

Tættere på det levede liv

Vidensprojekt om
potentialer ved den nære
sundhed og nærhospitaler

Støttet af Realdania

Tættere på det levede liv - vidensprojekt om potentialer ved den nære sundhed og nærhospitaler

Partnere:

- BL- Danmarks Almene Boliger, administrerende direktør Bent Madsen og afdelingschef Rikke Lønne
- Rigshospitalet, konst. vicedirektør Helen Bernt Andersen
- Sygehus Lillebælt, sygeplejefaglig direktør Hanne Andersen og stabschef Malene Vestergaard Runge
- Arkitektforeningen, administrerende direktør Lars Autrup
- Bornholms Hospital hospitalsdirektør Annemarie Hellebek
- Nordsjællands Hospital, hospitalsdirektør Bente Ourø Rørth og afdelingschef Karen Giliese-Nielsen
- Aarhus Kommune, sundhedschef Otto Ohrt
- Regionshospitalet Nordjylland, hospitalsdirektør Henrik Larsen

Oplæg og inspiration i workshops:

- Professor plantefysiologi, Københavns Universitet Michael Broberg Palmgren
- Professor Emerita, Institut for Folkesundhedsvidenskab Signild Vallgård
- Overlæge og leder af Nationalt Center for Kunst og mental sundhed Birgit Bundesen
- Jakob Blom, Journey

Projektledelse og tekst: not a box

Projektperiode: ultimo december 2022 - april 2023

Publicering: 2023

Grafisk tilrettelæggelse: Le bureau ApS

Skrift: Tiempos Text og Lay Grotesk

Papir: Amber Graphic

Tryk: Tarm Bogtryk

Støtte: Projektet har modtaget støtte fra Realdania



Henvendelse:

not a box

Henrik Schødts, Direktør + partner

Peter Mandrup Jensen, ass. partner

Tættere på det levede liv

Vidensprojekt om
potentialer ved den nære
sundhed og nærhospitaler

Indhold

2	Forord
8	Læseguide
12	Prolog
16	Kapitel 1: <u>Summary</u>
26	Kapitel 2: <u>Hvorfor vidensprojektet?</u>
46	Kapitel 3: <u>Fysiske rammer og helende arkitektur</u>
66	Kapitel 4: <u>Aktuelle udfordringer</u>
90	Kapitel 5: <u>Skift i logik</u>
108	Kapitel 6: <u>Metode-motor</u>
140	Kapitel 7: <u>Skitser til koncepter</u>
162	Kapitel 8: <u>Anbefalinger</u>
182	Epilog
184	Egne noter
192	Litteratur

4 Forord

Edward Hopper, New York Office, 1962 (Foto: Henrik Schødt)



Hoppers mennesker er fortabt i sig selv, selv når de er i andres tilstedeværelse og summen af et socialt liv sker omkring dem. Med sine øde bylandskaber og isolerede figurer fangede den amerikanske maler det moderne livs ensomhed og fremmedgørelse. COVID-19-pandemien gav hans arbejde en skræmmende ny betydning og man begyndte at tale om at vi alle levede i et Hopper-maleri. I Danmark bor mere end 1,7 mio. borgere alene.

At være en del af sundhedsvæsenet er et stort privilegium, som jeg værdsætter dagligt. At arbejde for at gøre en forskel for mennesker når sygdommen rammer er utroligt meningsfyldt og motiverende. Derfor er jeg også oprigtig stolt over, at det lykkes at mobilisere en så bred kreds af engagerede mennesker i det indledende arbejde om sammen at kigge på, hvordan fremtidens nære sundhed kan se ud med afsæt i det levede liv. Som menneske frem for patient.

Sundhed i fremtiden involverer mange flere aktører end i dag. Både dem vi kender og dem, som vi ikke kender. Sundhed handler om mere end fraværet af sygdom, eller om et sundt liv med sygdom. Det handler om livskvalitet. Om hvordan vi sikrer, at de sidste leveår er bedst mulige. Hvordan vi skaber bæredygtige lokalsamfund. Hvordan vi undgår ulighed. Hvordan vi gør op med kasserne og samtænker behandling og forebyggelse, og ikke mindst husker dem, som har det sværest

6 i vores samfund. Jeg bad derfor Kira West, forperson for Rådet for Udsatte, om at sætte ord på hendes ønsker til fremtiden. Her er hvad hun sagde:

”I fremtidens nære sundhedsvæsen skal mennesker med sociale problemer have lige så nem adgang til den behandling, de har brug for og ret til, som alle andre.

I fremtidens nære sundhedsvæsen er der derfor ”No Wrong Door”. Uanset om du kommer ind ad døren på skadestuen, hos lægen, i psykiatrien, en kommunal forvaltning eller på nærhospitalet, skal du hjælpes til den støtte og behandling, du har brug for. Og ingen må give slip på dig, før en anden har taget over.

I fremtidens nære sundhedsvæsen er det hjælpesystemerne, der er indrettet efter menneskers behov, og ikke mennesker, der skal indrette sig efter systemerne.

Ja, vi tænker fremtidens sundhed anderledes end i dag. Tak til partnerkredsen for at involvere jer så engageret i arbejdet, tak til Realdania for at støtte initiativet. Jeg håber, dette blot er startskuddet og vil tjene som inspiration på tværs af landet i arbejdet med de nære sundhedsløsninger og nærhospitaller, hvor fokus i højere grad er på det levede liv, livskvaliteten, og på initiativer der kan ses, mærkes og måles.

Hanne Andersen
Sygeplejefaglig direktør,
Sygehus Lillebælt

Forperson for projektet 'Tættere på det levede liv, potentialer ved den nære sundhed og nærhospitaller'.

8 Læseguide

Dette er en kort læseguide til bogens kapitler, der falder i fire hovedtrin, som kan læses fra start til slut, men det er også muligt at shoppe rundt og fokusere på særlige interesser.

Logikken i publikationen er, at den starter med opgaven, altså “hvorfors?”, og beskriver dernæst “hvad står vi på?” - politisk, arkitektonisk og sundhedsmæssigt. Tredje trin er projektets og partnernes perspektiver, visioner og drømme - altså “hvors skal vi hen?”, og endelig er fjerde trin beskrivelse af de store skift i logik, af løsningen - altså “hvordan?”, og anbefalingerne.

Det vil være en fordel at læse kapitel 2 “Hvorsfor vidensprojektet” til en start, men derefter kan man springe frem og tilbage alt efter, hvor ens primært interesser er.

Nysgerrighed efter hvad projektets otte partnere mener og drømmer om, kan man få stillet løbende i bogen. Undervejs møder du parternes perspektiver, visioner og drømme i otte interviews. Her udfoldes partnernes ønsker om at gøre en forskel – og ikke blot at arbejde med ”mere af det samme”.

De store megatrends som ikke blot vedrører sundhedsvæsenet, men hele sam-

10 fundet, kommer vi ind på i kapitel 5. På mange områder sker der store skift i logik – der blandt andet betyder et langt større fokus på mental sundhed, trivsel og livskvalitet.

Det grundlag vi står på, kommer vi omkring i kapitlerne 3 og 4, der handler om udgangspunkter for vidensprojektet på tre dimensioner. For det første de politiske forudsætninger for udviklingen mod fremtidens nære sundhedsvæsen, for det andet det arkitekturmæssige grundlag, som vi står på i forhold til sundhedsbyggeriet – og endelig for det tredje en beskrivelse af nogle af sundhedsvæsenets hovedudfordringer.

Den 'metode-motor', som vidensprojektet har udviklet, præsenteres i kapitel 6. Her er det muligt at dykke ned i de metodiske greb, som partnerkredsen har fundet vigtige og velegnede til at løse opgaven, altså at få skabt en model, hvor vi får skabt viden, der gør, at vi kan gå fra enkeltstående, succesfulde projekter til noget, vi ved der virker og noget, der kan udvides.

Til sidst i denne publikation beskriver vi de væsentligste findings, som er kommet ud af vidensprojektet. I kapitel 7 beskrives skitser til et antal koncepter, der kan være aktiviteter i

fremtidens nære sundhed og vigtige bidrag til at styrke sundhed og livskvalitet gennem nye løsninger.

Og endelig er der en opsamling af anbefalinger i kapitel 8 til, hvordan vi kommer videre fra koncepter til realiteter, og hvordan vi kan skabe mobilisering og alliancer, der kan virkeliggøre etableringen af nye løsninger med et systemisk greb.

Vidensprojektet har samlet en række konkrete eksempler på sociale tiltag og sundhedsinitiativer, der adresserer sundhed gennem aktive og inkluderende fællesskaber – og ikke mindst aktivering af det fysiske rum. Disse eksempler præsenteres gennem hele publikationen til inspiration.

Vidensprojektet har endelig også indsamlet en række fakta om samfund og sundhed, og en del af disse præsenteres også løbende.

Vidensprojektet er ikke at sammenligne med et forskningsprojekt, hvorfor der ikke indgår fodnoter, men i stedet en omfattende litteratur- og inspirationsoversigt bagerst i nærværende publikation, som viser dele af den omfattende viden der er på de forskellige områder om sundhed.

12 Prolog

Dette vidensprojekt har som ide været længe undervejs. De første tanker om at undersøge potentialer ved nærhospitalet blev allerede for to år siden drøftet blandt repræsentanter i partnerkredsen.

Sammen med initiativets ejer, Sygehus Lillebælt, var Arkitektforeningen i den tidlige fase central i at udfordre vanetænkningen, dele erfaringer og koble allerede eksisterende tiltag til inspiration. På Folkemødet 2022 på Bornholm blev de første partnerkonturer optegnet i begejstringen ved at møde nye perspektiver og fælles tankegods på tværs af hospitaler, kommuner og den almene sektor. Tænk hvis, og hvorfor gør vi ikke noget var nogle af de afgørende udtalelser som skubbede på realiseringen af nærværende vidensprojekt. Og netop ønsket om forstyrrelser, handling og virkekraft er bærende for initiativet og for partnernes motivation både nu og efterfølgende.

Partnerne bag projektet repræsenterer på mange måder nogle meget veldefinerede og samfundsbærende positioner, vel nærmest en tredeling. Fra behandling af sygdom til det rehabiliterende og til det levede liv tæt på borgeren. Det er herfra partnerne rækker

14 ud og peger på, hvordan de kan komplementere og opnå synergier til gavn for de borgere, som har mest brug for det, men også i forhold til at fremme den mentale sundhed bredt på tværs af samfundet. Det er på mange måder at udvide sundhedsforståelsen, som vi kender den i dag, til i højere grad at ophæve søjlerne i samfundet og i stedet gå på tværs og følge det enkelte menneske gennem livet med afsæt i at stimulere det raske - også i livsperioder, hvor det er svært.

Vidensprojektet henvender sig først og fremmest til aktører i berøring med velfærds-samfundet. regioner, kommuner og stat, men i høj grad også i civilsamfundets kerne, NGO'er, foreningslivet og fondsverdenen om at aktivere den nære sundhed og øge livskvaliteten hos den enkelte, og så er det en invitation til partnerskaber med private aktører om at involvere sig i at samskabe løsninger lokalt. Løsninger der kan ses og mærkes.

1

Summary

18 Kort fortalt

I nærværende udgivelse kommer vi rundt om, hvordan vi forstår og ser fremtidens sundhed. En fremtid, hvor sundhed ikke er afgrænset ved væsenet. Det er en integreret del af vores hverdag. Det handler om trivsel og livskvalitet. Vores primære identitet skal ikke være sygdom, men livet som menneske.

Vidensprojektet peger på, at svarene på udfordringerne må være langsigtede og systemiske, og de skal skabes gennem involvering af borgere, virksomheder, fonde, civilsamfund og nye partnerskaber. Mental og fysisk sundhed skabes ikke i siloer, men ved at tænke på tværs, lokalt og sammen. Et skift i den herskende logik.

Samme logik har partnerkredsen også været undersøgende over for, herunder om 25 "centrale" nærhospitaler kan gøres reelt nære gennem en lokal forankring og i en netværks- eller hubstruktur, der skal forbinde og koble 200 DSBstationer eller tusinde fælleshuse, der har (sundheds)aktiviteter tilknyttet ud fra et "15-minutter fra ens bolig" princip.

Med inspiration fra cases på tværs af landet har partnerkredsen sammenfattet fire anbefalinger:

① Fokus på det levede liv og livskvalitet – fra nice til need

Der bør anlægges et bredere perspektiv på sundhed, der understøtter forskellige menneskers daglige behov og skaber grundlag for fælles aktiviteter lokalt og styrker de sociale relationer. Her har de fysiske rum en væsentlig funktion som social infrastruktur. Det kan fx være grønne områder og mødesteder som bygger bro mellem civilsamfundets omsorg og velkommenhed, og samtidig give mennesket dets handlingskompetencer tilbage og fremmer social, fysisk og mental sundhed.

② Brug for en ny valuta – fra BNP til livskvalitet

Til at understøtte ønsket om mere vari-ge løsninger der fungerer fra Thisted til Køge (og i mindre grad er afhængige af ildsjæle) er at etablere en livskvalitetsbank, der både kan agere oversætter af livskvalitet til afkast i kroner, men samtidig også er et rammeværk for opsamling og spredning af erfaringer. Det bør ske gennem strukturel indretning af trivsels-økonomi og værdisætning af blandt andet sociale og trivselsrelaterede indsatser. Indsatser-

ne skal adressere samfundsudfordringer som ensomhed, stress og dårlig mental sundhed.

Livskvalitet som valuta forudsætter, at der ses på de sammenhængende forløb, livet, at det sker på tværs af sektorer, og at det indgår som grundlag for beslutninger og investeringer. Vi anbefaler derfor at tiltag og indsatser fremover bliver forbundet som et landsdækkende netværk, hvor den fælles forbindelse er en livskvalitetsbank, der ikke styrer og bestemmer, men som opsamler og videredistribuerer.

③ Konceptualisering – det skal virke fra Hedensted til Frederiksberg

Vi har skitseret ni koncepter for fremtidens nære sundhed, der har til formål at øge livskvaliteten for borgerne i samfundet. Koncepterne er forskellige i forhold til målgrupper og skal videreudvikles til netop den kontekst, som der ønskes løst i forhold til de konkrete målgrupper og de konkrete udfordringer. Der skal skabes løsninger til i lokalområdet i et samarbejde mellem kommune, hospital, frivillige, private virksomheder og fonde. Der er udviklet seks designprincipper med fokus på 1) det raske, 2) så tæt som mulig sundhed, 3)

22 mulighed for at tilpasse 4) fokus på at (re)aktivere 5) fokus på aktørerne - og 6) et princip om at sam-lokalisere.

④ Mobilisering af koalitioner – fra koncepter til udbredelse

Fremtidens løsninger kalder på nye konstellationer og nye koalitioner. De frivillige og civilsamfundet skal spille en langt større rolle i fremtidens nære sundhedsvæsen. Det er derfor også en anbefaling, at der inviteres meget bredt, så der dannes koalitioner mellem kommuner, hospitaler, regioner, frivillige foreninger, almene boligselskaber, forsikringselskaber og andre private aktører og ikke mindst fonde. Inddragelse af flest mulige vil være perspektivet for at skabe momentum for udviklingen.

Det anbefales, at et antal koncepter udvælges og afprøves i fuldt format flere steder i landet mellem forskellige partnere. Indhold, omfang og målgruppe skal specificeres, og konceptet skal udvikles fysisk og testes. Samtidig skal der arbejdes med forslag til en udbredelsesplan for konceptet med plads til de lokale fingeraftryk.



Lars Autrup Administrerende direktør, Arkitektforeningen

I vidensprojektet har partnerne arbejdet over en kort periode med at skabe overblik over feltet den nære sundhed, men har også brugt tid på workshops og på at høre oplæg fra forskere, der har præsenteret vidt forskellige vinkler på sundhed, natur, sygdom og mennesker – og de vilkår og muligheder, der er for at skabe nye måder at arbejde med sundhed – og særligt den nære sundhed.

Partnerne har også brugt tid på at dele og drøfte erfaringer med allerede eksisterende sociale og sundhedsmæssige initiativer, der adresserer sundhed og ikke mindst mental sundhed, og endelig har

partnerne drøftet perspektiver, visioner og drømme for fremtidens nære sundhed.

I løbet af bogen finder du interviews med otte ledere, der repræsenterer de partnere, der indgår i vidensprojektet.

De otte partnere repræsenterer vidt forskellige organisationer og har forskellige perspektiver og vinkler på fremtidens nære sundhed og hvilke hensyn, der skal lægges til grund, når der skal ske en prioritering af den nære sundhed. De er blevet spurgt om deres perspektiver, visioner og drømme.

I: Du har talt om ”opgøret med sundhedsmaskinen”. Hvad mener du med det?

LA: Jeg er meget tiltrukket af diskussionen, om ikke vi har brug for at genopfinde rammen omkring sundhedsvæsenet og i bredere forstand nok også rammen om - og sammenhængende mellem - samfund og sundhed. Vi har gennem kæmpestore fremskridt skabt et sundhedsvæsen, der kan ufatteligt meget. Ting vi ikke havde fantasi til at forestille os. Men alle mønter har jo en bagside, også denne mønt. Vi har samtidig med centralisering og teknologi og videnskabelige fremskridt givet afkald på noget af det menneskelige i sundhedsvæsenet. Menneskeligheden skal vi tale om og overveje, om vi kan gentænke.

I: Så hvordan kan vi i det nære sundhedsvæsen blive bedre til at favne også det menneskelige?

LA: Jeg har ikke et enkelt svar. Men grunden til at jeg og min forening er med i vidensprojektet er den overordnede ide, at der kunne bringes ny læring ind i sundhedsvæsenet. Vi skal noget nyt i dette her land. Jeg tænker ikke, at fremtidens nære sundhedsvæsen skal være en kopi af landsbyhospitalet. Så vi har brug for at tænke nyt og tænke på tværs. Vi fik nok ikke tænkt tilstrækkeligt nyt og tilstrækkeligt meget på tværs i forbindelse med planlægningen af strukturreformens superhospitalet. Så når vi nu skal investere større beløb i den nære sundhed og måske nærhospitalet, har vi da alle sammen en pligt til at medvirke til, at samfundets penge bruges bedst muligt.

I: Du taler også om mere bæredygtighed?

LA: Hvis vi vil en bæredygtig omstilling i samfundet, hvor forskellige funktioner skal fungere sammen,

og hvor vi flytter os fra det monofaglige samfund, så kræver det omtanke. Vi må ikke blive ved med blot at tænke egen organisation.

Der findes fine eksempler på at bringe forskellige funktioner og mennesker sammen i samme hus, og jeg er stærkt nysgerrig på at finde nye modeller, der bidrager i fremtidens samfund, hvor vi er mindre monofaglige og mere favnende og inkluderende.

I: Når vi diskuterer koncepter for fremtidens nære sundhed, er du så for standardkoncepter, eller ...?

LA: Jeg går stærkt ind for, at vi får drøftet i bund og udviklet nogle standardkoncepter. Hvis vi lægger al vores kreativitet i arbejdet og bidrager med alle vores forskellige perspektiver, tror jeg bestemt, at vi kan komme frem med nogle – bæredygtige - koncepter.

Koncepterne skal jo så skal omsættes i den virkelige verden. Og realiseringen bør kunne blive forskellig på Frederiksberg og i Hedensted. Det er jo meningsløst at forestille sig, at vilkår og omstændigheder ikke er vidt forskellige, forskellige steder i vores land. Hvis ikke vi satser meget bevidst på lokal tilpasning, mister vi let den lokale forankring.

På den måde bliver det også vigtigt i et større, samfundsmæssigt perspektiv, hvordan vi realiserer fremtidens nære sundhedsvæsen, så det kan bidrage til et mere menneskeligt samfund og et mere bæredygtigt samfund.

I: Så har du en kort drøm om fremtidens nære sundhed?

LA: Jeg drømmer om, at fremtidens nære sundhed bliver et sted, man absolut må komme. Et sted hvor man bliver glad af at komme – og et sted, hvor man bliver gladere, stærkere og sundere.

2

Hvorfor
vidensprojektet?

28 Hvorfor vidensprojektet?

Der er i den politiske og den offentlige debat stigende interesse for sundhed og sundhedsvæsen. Fokus er nogle gange mest på videnskabelige og teknologiske fremskridt, andre gange på fejl og svigt.

De senere år er der kommet fokus på det, vi tidligere anså som bløde værdier - ikke mindst trivsel eller mistrivsel, og hvor den primære del af sundhedsvæsenet - kommuner, praksisområdet og i mindre grad også de frivillige organisationer får en stadig større rolle. Med den politiske beslutning om sundhedsreform fra maj 2022 er der nu momentum i diskussionen om det nære sundhedsvæsen, og dette vidensprojekt er en del af denne bevægelse og har som formål at tegne perspektiver og visioner for fremtidens nære sundhed og gennem opsamling af viden og erfaringer komme med forslag og anbefalinger med betydning årtier frem, som tager livtag med kassetænkningen og bagud skuende perspektiver.

Fremtidens nære sundhed skal i højere grad balancere og bygge bro mellem krop og sind, mellem somatik og psykiatri og mellem patientforløbet og livet. Der har i sundhedsvæsenet været meget fokus på fysisk sygdom og behandling. I fremtidens nære sundhedsvæsen skal opmærksomheden i højere grad være på samspillet mellem fysisk, social og mental sundhed, hvor alle tre dele er afgørende for borgernes trivsel. Borgerne skal opleve sammenhæng, så sundhedsfremme- og forebyggelsesindsatser og behandling spiller sammen med det levede liv. Det gør ikke forståelsen nemmere, eller mere afgrænset. Tværtimod. Det stiller os over for en række nye problemstillinger og spørgsmål om roller og ansvar, værdi og mening.

Sundhed er ikke blot fraværet af sygdom

Vores begreb om sundhed er under forandring. Sundhed er ikke blot fravær af sygdom. Det er en tilstand af fysisk, social og mental velvære, og de tre dele er nært forbundet

med hinanden. Vi har i sundhedsvæsenet haft en tendens til at definere borgere eller patienter i forhold til deres adfærdsmønstre eller skavanker. En ryger, en knæ-patient osv.

Der er en stigende erkendelse af, at om vi som samfund, fællesskaber og mennesker har det godt eller ej, afhænger af en mangfoldighed af faktorer. Vores sundhed handler i høj grad også om sociale fællesskaber, mental trivsel og mellemmenneskelige relationer. Forfatteren Knud Romer reflekterede i sommeren 2020, medens Covid-19 rasede, over netop værdien af de sociale relationer og kunst og kultur.

”En sommerfugl der blafrer med vingerne i Wuhan kan udløse en storm i Californien.

Vi starter det forkerte sted. Vi burde starte i relationen. Det er jo udefra, vores sprog, vores kultur, vores vardier, vores verdenssyn - alting er socialt formidlet. Og der fandt vi jo ud af, at vi jo egentlig kun er til i kraft af hinanden. Men vi er kun til i kraft af hinanden, fordi der er udtryk, der skaber relationer. Det er musikken, det er litteraturen, og det er Inden folk styrtede sammen i angst og ensomhed og blev eksistentialister alle sammen, så var der Netflix, og så blev der udsolgt af puslespil.” (Knud Romer, DR2, den 10. juli 2020)

Sundhedsvæsenets indretning, funktioner og kultur skal derfor i morgen og i overmorgen i højere grad afspejle en mere helhedsorienteret opfattelse af sundhed, hvor krop og sjæl næres gennem fællesskaber, kultur, indbydende fysiske rammer og kontakt med naturen.

“What the NHS does is life-saving. But what the arts and social activities do is life-enhancing.”
(Matt Hancock, sundhedsminister, november 2018)

Dette vidensprojekt satser på at skabe større erkendelse af og opmærksomhed omkring værdien af mere sammenhængende sund-

hedsløsninger og dermed bidrage til en bredere forståelse af sundhed og værdien af de fysiske rum og rammer, der skal kunne rumme forskellige behov, og samtidigt være aktiverende og inviterende.

Der skal skabes nye løsninger, der adresserer fremtidens sundhedsbehov, understøtter inkluderende, aktive og lokale fællesskaber og styrker det enkelte menneskes livskvalitet. Sundhed redder liv, hedder det, men det der gør livet værd at leve er i høj grad vores sociale relationer og kulturen, altså det, at du som menneske har fællesskaber, som du er en del af og som gør, at du kan finde nærhed og venskaber.

Fremskridt, tendenser og nye opgaver

Over årene er der sket fantastiske fremskridt på sundhedsvæsenets område, når det drejer sig om undersøgelse og behandling. Det gælder både i Danmark og internationalt, hvor samfundenes øgede velstand har skabt store fremskridt og har givet mulighed for at gøre fremskridtene tilgængelige for flere og flere. For at fastholde fremskridtene og for at sikre, at vi kan håndtere fremtidens udfordringer, skal samfund og sundhedsvæsen fortsat udvikles, for de kommende årtier vil der ske væsentlige ændringer.

Der vil ske fortsat udvikling af en række allerede nu kendte trends. Demografien udvikler sig i retning af betydeligt flere ældre, sygdomsbilledet ændrer sig, borgernes og patienternes ønsker og værdier forandres, teknologien udvikler sig i rasende tempo – og hele synet på sundhed er under forandring og bliver bredere. Sundhed er i dag afgjort ikke bare fraværet af sygdom, men noget mere og noget andet. Der har været talt meget om forebyggelse, men fortsat er det jo overvejende sådan, at vi har et sundhedsvæsen, der primært reparerer, og den brede sundhedsfremme og forebyggelse har fortsat begrænset plads, ligesom også fokus på at komme tilbage til livet gennem rehabilitering efter alvorlig eller langvarig sygdom heller ikke har et stærkt fokus.

En konsekvens af langvarig sygdom kan være manglende kontakt til sociale netværk. En større andel ofte føler sig uønsket alene (13 %) end blandt personer, der ikke har en langvarig sygdom (7 %).

Mens samfundets sygdomsbyrde for 100 år siden var præget af infektionssygdomme, er det i dag ikke mindst kræft og hjertesygdom, der er tunge sygdomsområder. Over de næste

Fysisk aktivitet:

Stillesiddende aktivitet medfører 4.650 dødsfald om året.

Fordelt på mænd og kvinder er det 2.600 kvinder og 2.050 mænd.

Kilde: Sundhedsstyrelsen,
"Sygdomsbyrden i Danmark"



30 år vil sygdomsbyrden i Danmark ændres fra kræft og hjertesygdom til en højere grad af varetagelse af mentale lidelser, som fx børn og unges mistrivsel, og neurologiske sygdomme som Alzheimers, demens, angst, stress, ADHD mv. Der er fortsat opgaver til sundhedsvæsenet inden for de hyppige, somatiske sygdomme, men der kommer nye opgaver til, som ligger i det, der nogle gange betragtes som yderkanten af sundhedsvæsenets opgaver – som fx når der tales om mistrivsel.

De opgaver vil udgøre en markant større del af fremtidens sygdomsbyrde, og her skal vi finde nye løsninger, der blandt andet skal skabe mere sømløse overgange i sundhed og mellem sundhed og samfund. Der skal ses langt mere på tværs og langt mindre inden for den enkelte organisation eller silo. Vi ser frem mod nye generationer, der kræver nye løsninger, og vi ser frem mod store skift i samfundets logikker. Skift der også er væsentlige for sundhedsvæsenets måde at fungere på.

Rationalerne flytter sig og øger kompleksiteten og evnen til at forstå og skabe mening. Vi flytter os også fra et patientperspektiv til et menneskeperspektiv, hvor livsvilkår, forhold og forudsætninger indtager en stor rolle, og fokus er på at skabe nærhed, tilgængelighed og sammenhæng forankret i lokalområdet, hvor beboerne selv er aktive medspillere og har mulighed for at handle i forhold til at forme den sundere fremtid.

Trygfondens fællesskabsmålingen fra 2022 viser et stort behov for flere inkluderende fællesskaber. Særligt for de borgere der beskrives som værende ”på kanten af samfundets fællesskaber”. Behovet hos gruppen af børn og unge er trådt endnu tydeligere frem i de senere år, når det gælder ensomhed, angst og stress, og de samme tendenser underbygges af sundhedsstyrelsens seneste rapport om den nationale sundhedsprofil – og også den seneste rapport fra sundhedsstyrelsen om Sygdomsbyrden i Danmark.

Fokus på livskvalitet

Samfundet kan ikke ”behandle sig ud af” alle nye udfordringer. Forskning viser, at svaret ikke bare er mere behandling, men også en stigende erkendelse af, at vi er hele mennesker, og at vores livskvalitet skabes i fællesskab. Fokus på livskvalitet er således stærkt voksende. I den aktuelle Wor-

Id Happiness Report 2023 formuleres det sådan, at indkomst, sundhed, at have nogen at regne med, at have frihed til at træffe vigtige livsbeslutninger, generøsitet og fraværet af korruption har alt sammen stærk betydning for borgernes livskvalitet, og at fokus livskvalitet må blive centralt for fremtidens beslutningstagere. OECD arbejder også kontinuert med livskvalitet, og på



Et andelssamfund ved Aarhus har inviteret en gruppe unge udviklingshæmmede til at bo i deres lokalsamfund i ønsket om at skabe de bedste rammer for fællesskab. (Foto: Realdania, Lefif Tuxen)

nordisk plan er der også i regi af Nordisk Råd drøftelser om et stærkere fokus. I rapport fra rådet fra 2021 anføres blandt andet, at på trods af mange spændende initiativer, ser Danmark af alle de nordiske lande ud til at være mindst engageret i konceptet om 'wellbeing economy'.

Det er oplagt at blive inspireret af transformationsprocesserne af de økonomiske systemer i New Zealand, Skotland, Wales, Island, og Finland mod en velvære-økonomi, hvor man aktivt bruger målinger af trivsel og livskvalitet som grundlag for prioriteringer og politik.

Disse tendenser taler direkte ind i det vigtige i, at vi ved tilrettelæggelsen af fremtidens nære sundhed søger efter de løsninger, der tager fat om udfordringer mental sundhed og livskvalitet og søger at skabe løsninger, der trækker på et stærkt samvirke med civilsamfund, frivillige og fællesskaber.

Ulighed er dobbelt uretfærdig

Endelig er den fortsatte ulighed i sundhed en vigtig dagsorden. Social ulighed i sundhed betegner det, at sundhed og sygdom er skævt fordelt i samfundet. Det betyder, at social position har betydning for borgernes levevilkår og sundhed, somatiske og psykiske sygdomme samt for middellevetiden. Nogle grupper i befolkningen bliver med andre ord tidligere syge, mærker større konsekvenser af sygdommen og dør i en tidligere alder end andre.

Otto Ohrt, Sundhedschef Aarhus Kommune: ”Det er tilsyneladende sådan, at nogle borgere hellere vil gå i hundene end komme i hænderne på kommunen eller sundhedsvæsenet. Det nytter jo ikke noget, at vi i bedste mening designer indsatser, som ikke reelt rammer dem, de er tiltænkt. Så vi skal blive meget bedre til at finde den nøgle, der ligger i den enkeltes motivation for at søge hjælp.”

Eksempelvis kan en 30-årig person med en grunduddannelse forvente at leve 5-6 år kortere end en person med erhvervsfaglig, gymnasial eller videregående uddannelse. Kortere uddannede bliver mere syge og dør før højere uddannede, og ser vi på mænd i toppen og bunden af lønstatistikken er uligheden i levealder 10 år. Og de sociale forskelle i levealder øges, særligt hos kvinder.

Uligheden i sundhed bliver dobbelt uretfærdig fordi de som allerede lever stressede liv, oftest med økonomiske bekymringer og fysisk udsat arbejde, også får byrden med dårligere sundhed, og sociale forskelle i sundhed er uretfærdige og unødvendige. De repræsenterer et tab for både det enkelte menneske, familierne og samfundet.

Tallene taler sit tydelige sprog. I Danmark er der hvert år 34.000 somatiske indlæggelser, 1,3 mio. ekstra kontakter til almen praksis, 2,3 mio. ekstra dage med sygefravær fra arbejde samt 630 flere dødsfald blandt personer med svær overvægt i forhold til øvrige danskere. Dagsordenen om hvordan uligheden i sundhed mindskes er en vigtig dagsorden også for fremtidens nære sundhedsvæsen.

De fysiske rum

Det nære sundhedsvæsen er mange ting. Det nære sundhedsvæsen er de kommunale sundhedstilbud, det er den praktiserende læge - eller for nogle: familielægen - og det er de mange, forskellige sundhedstilbud fra kommune eller sygehus, som kommer ud i den enkeltes hjem. Det er også de mange digitale tilbud, der er udviklet og som udvikles.

Mænd i pensionsalderen

Mænd i pensionsalderen er en guldgrube for velfærdssamfundet – sådan får vi dem i arbejde.



Mænd er i undertal i det frivillige sociale arbejde – men ikke hos Cykling uden alder. [Foto: Cykling uden alder]

Mænd engagerer sig i mindre grad end kvinder i frivilligt arbejde. På det sociale område er to ud tre personer kvinder. Men i Cykling uden alder er kønsbilledet omvendt, her inviterer cykelpiloter ældre ud i rickshaw, og sammen får nye oplevelser og frisk luft.

Der skal være bevægelse og fysisk aktivitet i det frivillige arbejde, men aktiviteten ikke er nok, og der peges på fem hovedgreb:

- + Mænd motiveres af det konkrete,
- + Lokale udfordringer,
- + Man skal finde ind til kernen,

- + Lad tiden arbejde
- + Hvorvidt de kan knytte sig til det store fællesskab.

Mænd aktiveres ofte af at kunne se løsninger og hjælp folde sig ud i det lokale gennem handlingsorienteret arbejde.

De vil ikke belæres, og ikke alle mandlige frivillige kan se sig selv som en del af det større fællesskab, og det er derfor vigtigt at have fokus på det konkrete og lokale. Men det store fællesskab er udgjort af de små fællesskaber - og det er der stort potentiale i.

Men den nære sundhed skal i fremtiden fortsat i rigtig mange sammenhænge have et fysisk udtryk. Fællesskaberne, som er en væsentlig del af den nære sundhed, skal have et fysisk udtryk, og der skal være rum og rammer, hvor vi mødes som borgere, og der skal være lokalsamfund, hvor vi har mulighed for at skabe relationer og fællesskaber.



Kræftrådgivningen i Herlev er lyst og imødekommende - med et fællesrum som hjerte og med grønne uderum og faciliteter. (Foto: Realdania Helen Høyer Mikkelsen)

Sundhedsvæsenet og den nære sundhed er en brik i det at kunne skabe og opretholde lokale fællesskaber. Over de seneste årtier har der været en udvikling med koncentration og centralisering af – også – sundhedsinstitutioner, så den fremtidige tilrettelæggelse af den nære sundhed bør tage i betragtning, hvordan de lokale samfund og fællesskaber kan understøttes i højere grad end det i dag er tilfældet.

Både eksisterende og nye fysiske rammer rundt om i landet skal aktiveres og derigennem indgå som fremtidens bæredygtige velfærdsbygninger og byrum, der understøtter de lokale samfunds ønsker om fællesskaber, herunder fællesskaber, der medvirker til også at give et bidrag til den brede sundhed, det mentale velvære og livskvaliteten blandt borgerne.

Natur, aktive fællesskaber, bæredygtighed og imødekommende arkitektur har stor betydning for vores livskvalitet.

Danskere som lever med langvarig sygdom:

I 2020 havde 32,1 % af alle mænd og 34,7 % af alle kvinder en langvarig sygdom.

I 2021 havde 34,5 % af alle mænd og 37,9 % af alle kvinder en langvarig sygdom.

Kilde: Danskernes sundhedsdatabase

tet. Alle disse elementer kan bidrage til at udbrede betydningen af højere kvalitet af det byggede miljø og sætte en ny standard inden for sundhedsbyggeri med afsæt i værdien for det enkelte menneske og fællesskabet. Vi har gode eksempler både i landets boligforeninger, fra Realdanias støttede projekter og ikke mindst fra Jan Gehls 'Livet mellem husene' og Roger Ulrichs vidensbaserede sundhedsforskning om helende arkitektur. Dog udestår fortsat en mere konsekvent og systemisk udbredelse og prioritering.

Vidensprojektet afdækker potentialerne for, at den nære sundhed og nærhospitalerne kan få en favnende karakter og måske skal dele lokaler med områdets "fælleshus", "multihus" eller "borgerservicecenter" som integrerer offentlige aktiviteter med civilsamfundets. I samskabelse udvikles fremtidens hjælpere.

Momentum for forandringer

Der er aktuelt politisk opbakning bag prioritering af det nære sundhedsvæsen, og med den politiske

beslutning fra 2022 om sundhedsreformen, den nære sundhed og nærhospitaler er der momentum for forandringer. I marts 2023 blev sundhedsstrukturkommissionen nedsat, hvor en af de vigtige sigtelinjer er udviklingen af det nære sundhedsvæsen.

Med den politiske aftale fra maj 2022 om sundhedsreform blev der sat et nyt og tydeligere fokus på "et sammenhængende, nært og stærkt sundhedsvæsen". Sundhedsvæsenet er fundamentet under velfærdssamfundet, hedder det også i aftalen, og sundhedsvæsenet skal være velfungerende med høj kvalitet, sammenhæng, og afstand bør ikke være en barriere.

Sundhedsreformen anerkender, at der gennem de seneste årtier er sket en positiv udvikling med specialiseringen af behandlingen, særligt af alvorlig sygdom, men det anerkendes også, at "specialisering rummer ikke hele svaret på et stærkt sundhedsvæsen".

Nærhospitalerne er en væsentlig del af aftalen om sundhedsreform, men sundhedsreformen understreger også, at



En ældre borger på besøg i ældremedicinsk klinik til kontrol for sine skavanker. (Foto: Regionshospitalet Nordjylland)

Aktive fællesskaber i Odsherred

Formålet er at styrke brobygning mellem kommunale forebyggelsestilbud og motionstilbud i civilsamfundet.



Aktive Fællesskaber er et partnerskab mellem Odsherred Kommune og TrykFondens Center for Aktiv Sundhed, Steno Diabetes Center Sjælland og Det Sekorfti Forebyggelseslaboratorium. (Foto: Odsherred Kommune)

Det er et projekt, der søger at støtte beboer med type-2-diabetes, hjerte-kar-sygdomme og svær overvægt til forsat at være aktive efter endt kommunalt forløb.

Det sker ved at skabe nye forløb og linke borgeren op til et aktivt foreningsliv eller lignende.

Det nye forløb bliver sammensat gennem dialog med borgeren med henblik på hvad deres behov,

deres ressourcer og udfordringer er. Der er mulighed for opfølgende samtaler og holdforløbstilbud, hvilke underviser om for eksempel livet med diabetes og udfordringer – alle initiativer som søger at fastholde de sunde vaner og en aktiv livsstil hos borgeren.

”Det forpligter”. Borgere som har benyttet sig af tilbuddet roser det for at have hjulpet til at holde fast i motionen.

Svær overvægt:

Andelen med svær overvægt (BMI \geq 30) er dobbelt så stor blandt personer med grundskoleuddannelse (30 %) i forhold til personer med en videregående uddannelse (15 %).

Der synes at være en sammenhæng med motion, hvor kun hver fjerde med en grundskoleuddannelse opfylder anbefalingerne fra WHO om fysisk aktivitet, mens det for dem med lang videregående uddannelse er 52 %.

Kilde: 'Danskernes sundhed', Sundhedsstyrelsen, 2022

det nære sundhedsvæsen også i væsentligt omfang er de kommunale sundhedstilbud, almen praksis og hele praksisområdet.

Partierne bag sundhedsreformen er enige om, at sundhedsvæsenet gennem nye og moderne nærhospitaler skal bringes tættere på borgerne i områder, hvor der er langt til det nærmeste akutsygehus, og nærhospitalerne skal flytte sygehusfunktioner, som kan leveres uden for akutsygehusene, og sikre sammenhængende tilbud tættere på borgerne. Med aftalen om sundhedsreformen er afsat 4 mia. kr. til at opføre op til 25 nærhospitaler på tværs af Danmark.

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet en 'Faglig ramme for etablering af nærhospitaler' fra oktober 2022, der beskriver den organisatoriske og sundhedsfaglige ramme for nærhospitalerne og indeholder anbefalinger til, hvilke kerneopgaver, der forventes at være i nærhospitalerne. Det beskrives hvilke indsatser på hovedfunktionsniveau, der bør være til stede i alle nærhospitaler. Det beskrives også, at der samtidig bør etableres kommunale sundhedsindsatser i regi af nærhospitalerne ud fra en vurdering af, hvilke kommunale indsatser, der kan bidrage til at skabe sammenhæng i patienternes forløb. De kommunale sundhedsindsatser har styrelsen beskrevet på et overordnet niveau.

I sammenhæng med nedsættelsen af sundhedsstrukturkommissionen i marts 2023 besluttedes en udskydelse af processen omkring etablering af nærhospitalerne. Da det nære sundhedsvæsen er et element i det samlede sundhedsvæsen og skal hænge sammen med den samlede udvikling af sundhedsvæsenet, har regeringen derfor besluttet, at udmøntningen af de resterende midler fra nærhospitalspuljen afventer sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger, der vil foreligge i foråret 2024.

Med det vidensprojekt, du sidder med i hænderne, vil partnerne bidrage med forslag til, hvordan sundhedsvæsenet og det nære sundhedsvæsen kan udvikles de næste årtier.



Otto Ohrt Sundhedschef, Aarhus kommune

I vidensprojektet har partnerne arbejdet over en kort periode med at skabe overblik over feltet den nære sundhed, men har også brugt tid på workshops og på at høre oplæg fra forskere, der har præsenteret vidt forskellige vinkler på sundhed, natur, sygdom og mennesker – og de vilkår og muligheder, der er for at skabe nye måder at arbejde med sundhed – og særligt den nære sundhed.

Partnerne har også brugt tid på at dele og drøfte erfaringer med allerede eksisterende sociale og sundhedsmæssige initiativer, der adresserer sundhed og ikke mindst mental sundhed, og endelig har

partnerne drøftet perspektiver, visioner og drømme for fremtidens nære sundhed.

I løbet af bogen finder du interviews med otte ledere, der repræsenterer de partnere, der indgår i vidensprojektet.

De otte partnere repræsenterer vidt forskellige organisationer og har forskellige perspektiver og vinkler på fremtidens nære sundhed og hvilke hensyn, der skal lægges til grund, når der skal ske en prioritering af den nære sundhed. De er blevet spurgt om deres perspektiver, visioner og drømme.

I: Hvad er det nære sundhedsvæsen egentligt?

OO: Det er mange ting, lige fra borgerens eget hjem til mange af de institutioner, vi har skabt kommunalt eller regionalt. Men vi skal være mere opmærksomme på, at sundheden og livskvaliteten basalt set skabes i det levede liv og kommer til os, når vi færdes i vores sociale sammenhænge. I vores idrætsklub, i boligforeningen, i skakklubben eller i en kolonihaveforening. Og det er netop derfor, at dette projekt er så interessant at gå ind i.

I: Så er der i mindre grad brug for det offentlige, nære sundhedsvæsen?

OO: Der er brug for såvel de regionale som de kommunale tilbud. Fx er et velfungerende system af praktiserende læger, som jo er en meget nær del af sundhedsvæsenet, vigtigt for rigtig mange af os. Men når man politisk vil prioritere det nære sundhedsvæsen i højere grad, så skal vi bestemt tænke os grundigt om og overveje, hvad og hvem en ekstra indsats i særlig grad skal gøres for.

I: Så hvem skal der gøres en større indsats for?

OO: Det enkle svar er: Dem der i dag har de største behov, som ikke tages hånd om. Men det enkle svar er jo ikke et præcist svar, og der er flere dilemmaer og vanskelige spørgsmål, som vi bliver nødt til at tale om, når vi siger, at vi vil prioritere den nære sundhed højere.

Et eksempel: Det er tilsyneladende sådan, at nogle borgere hellere vil gå i hundene end komme i hænderne på kommunen eller sundhedsvæsenet. Hvorfor søger vi ikke hjælp, når behovet er der? Er det fordi, motivationen ikke er der? Det nytter jo ikke noget, at vi i bedste mening designer indsatser, som ikke reelt rammer

dem, de er tiltænkt. Så vi skal blive meget bedre til at finde den nøgle, der ligger i den enkeltes motivation for at søge hjælp.

- I:** Hvad tænker du om balancen mellem individ og fællesskaber?
- OO:** I nogle sammenhænge er mere inkluderende fællesskaber en del af det, der skal til, for at flere kan finde sig bedre til rette i livet. I sundhedsvæsenet er vi ikke altid de bedste til at løse alle problemer, fordi den sociale dimension og de nære relationer ofte spiller afgørende ind. Derfor bør vi tænke over, at måden vi arbejder på, skal være med til at løfte lokalsamfundene, som tit er omdrejningspunktet for sociale aktiviteter og fællesskaber. Derved kan nye sundhedsfællesskaber i lokalsamfundene måske også give mere lighed i sundhed ved at kombinere sundhed og den sociale dimension.
- I:** I Aarhus har I gang i etableringen af sundhedshuse. Hvorfor?
- OO:** I Aarhus etablerer vi sundhedshuse i fællesskabsperspektivet 0-100 år. Vi gør det, fordi vi tror på, at det er det rigtige, og at det er til gavn og nytte, men også fordi vi skal finde nye løsninger. For vi har hverken personale eller økonomi til blot at udvide de eksisterende systemer og ordninger, og vi er som nævnt heller ikke altid de bedste til at løfte opgaverne. Derfor skal vi kigge mere mod civilsamfundet og rykke tættere sammen med alle de frivillige aktiviteter, der findes, og i arbejde på at løse i udfordringerne omkring sundhed i fællesskab.
- I:** I tænker givet også over balancen mellem de fysiske tilbud og de digitale?
- OO:** Bestemt. Det digitale rummer en masse muligheder. Det potentiale skal vi fortsætte med at forløse.

Men man skal ikke underkende de fysiske omgivelseres sundhedsperspektiver, især fordi vi i Danmark har en god tradition for at indrette vores bygninger efter borgernes behov, og det skal vi arbejde endnu mere med. Vores bygninger og lokale byrum skal være med til at styrke både den fysiske og mentale sundhed. Der er stadig et uforløst potentiale, hvor vi tænker de sundhedsmæssige og sociale muligheder for borgerne mere sammen.

I: Du har sagt, at vi skal udfordre vores grundantagelser?

OO: Vi går med vores grundantagelser og tænker innovation og fremtidens nære sundhedsvæsen inden for de antagelser. Tiden er lige nu til, at vi får tænkt over og talt om alt det, der ligger uden om eller ved siden af sundheden og sundhedsvæsenet. Det skal civilsamfund, boligorganisationer, foreningslivet, fællesrådene og mange flere hjælpe os med.

I: Hvad er din drøm om fremtidens nære sundhed?

OO: Jeg vil gerne turde tænke sundhed uden altid at tænke sundhedsvæsen. Den nære sundhed og nærhospitalerne skal i fremtiden nok i mindre grad består af sundhedsprofessionelle, og vi skal i højere grad turde tænke mindre på os selv og mere på at række ud og støtte mange af de positive og livsbekræftende aktiviteter, der rundt omkring er med til at give mange mennesker en bedre livskvalitet.

3

Fysiske rammer og helende arkitektur

48 Fysiske rammer og helende arkitektur

De fysiske rammer som vi som mennesker lever og bor i har stor betydning for vores liv og livskvalitet. Det gælder i vores personlige liv, men det gælder også for livet i de offentlige rum og rammer.

Historien om samfundets institutioner, der har med vores helbred og sundhed at gøre, er lang og afspejler forskellige måder at skabe rum og rammer for det sundhedsvæsen, der til hver tid har været. Det er gavnligt og inspirerende at kende til historien. Der er klare læringer, vi med fordel kan lade os inspirere af i forhold fremtidens nye, nære sundhed og de rum og rammer, den skal udfoldes inden for.

Sundhedens fysiske rum og rammer

Historien om de fysiske rammer for sundhedsinstitutionerne i Danmark, og i resten af verden for den sags skyld, er en integreret del af samfundets historie og afspejler i høj grad samfundets udvikling i medicinsk videnskab, teknologi og rigdom – men også de syn, der har været på sundhed, samfund og mennesker.

Bygninger og arkitektur har på den måde afspejlet samtiden og reflekteret de meninger og holdninger, der har været til sygdom, lidelse, helbred og sundhed, og på den måde er sundhed og sundhedsvæsen er en del af hele samfundsudviklingen.

Gennem en tour de force berører vi udviklingen i de fysiske rammer, hvor der er bedrevet sundhed de seneste 250 år og udfolder det vanskelige begreb 'helende arkitektur', som på trods af dets åbenlyse egenskaber historisk har haft svært ved at

blive prioriteret, når bygninger skulle opføres. Værdien af de fysiske rammer og rum bør derfor have en mere central placering i fremtidens nære sundhed, hvorfor disse forhold vil blive udfoldet i nærværende afsnit.

De første hospitaler i Danmark

Historien om institutioner for syge, fattige og svagelige er lang, og allerede i den tidlige middelalder opstod der i forbindelse med klostre mange hospitaler for syge, fattige og enlige. Den egentlige medicinske behandling fandtes på det tidspunkt kun i yderst begrænset omfang, så fokus var på helbredelse gennem tro - og lindring frem mod døden. Et hospital dengang var nærmere et plejehjem eller et hospice og ikke hospital i moderne forstand.

Under middelalderens spedalskhedsepidemier førte frygten for sygdommen til, at de smittede blev forvist til Sankt Jørgens-gårde, der var isolationsbygninger uden for byerne, så på den måde blev beskyttelsen af samfundet mod sygdom kombineret med en – vis – omsorg for de syge.

Med tiden blev der bygget særlige sygehuse til hæren og flåden, hvor man ud over de sårede også tog sig af almindeligt forekommende sygdomme hos mandskabet, og i København var der et kvæsthus for hærens personale fra midten af 1600-tallet. Det var selvfølgelig vigtigt for kongen og statsmagten at sikre en rask og velfungerende hær.

For den civile befolkning blev forholdene kun langsomt bedre, og lægehjælp var i stor udstrækning forbeholdt den del af befolkningen, der selv kunne betale de private læger.

Det første offentlige hospital

I 1757 åbnedes det første egentlige, offentlige sygehus med Det Kongelige Frederiks Hospital i København. Hospitalet modtog patienter fra København og blev samtidig uddannelsessted for de vordende læger, der studerede ved Københavns Universitet. Principperne for udformningen af hospitalet var ganske tydelige og enkle og er beskrevet således:

” Arkitekterne formede sygesalene som lange gallerier. Deres dimensioner blev bestemt af grundelementet, som var sygesengen, sat til seks

gange tre fod. Sengene skulle stå med hovedgærdet ind mod en væg, så man kunne komme til fra begge sider og fra benenden. Der skulle stå en række ud fra vinduesvæggen og en fra bagvæggen. Mellem sengene skulle der på begge ledder være et åbent rum på seks fod. Det gav en rumdybde på atten fod (to sengelængder plus en gangbredde i midten), og en afstand fra sengemidte til sengemidte på ni fod.”

Morgenkaffe i grønnegården, Det Kongelige Frederiks Hospital 1908.
(Foto: Københavns Museum)



Selv om det næppe var nogen behagelighed at opholde sig på Det Kongelige Frederiks Hospital, hvor behandlingsmuligheder fortsat var ganske begrænsede, var selve oprettelsen af hospitalet startskuddet til en ganske hurtig udvikling gennem de kommende årtier, hvor flere hospitaler blev grundlagt.

Fremskridt og vækst fra 1800-tallet

I løbet af 1800-tallet tog de lægevidenskabelige fremskridt for alvor fart, og med fremskridtene fulgte også en kraftig vækst i antallet af sygehuse, der strukturelt blev præget

af opkomsten af de lægelige specialer. Både hovedstaden og købstæderne byggede i 1800-tallet nye sygehuse, der ofte var indrettede med store, indre gårde og med sengeafdelinger, der vendte mod syd, så patienterne kunne få lys og luft.

En del af indretningen var inspireret af Florence Nightingale (1820-1910), der fra midten af 1800-tallet skrev og talte om vigtigheden af høj hygiejne, god ventilation, ro, æstetik og afveksling for patienter og besøgende. Renlighed og ventilation blev på den måde et afgørende og definerende hensyn for bygningen af hospitalerne i de år, der ofte skete i form af pavillonbyggeri.

Amterne, der fungerede som administrative enheder fra 1662 frem til kommunalreformen i 2007, havde til opgave at sørge for sygehuse til befolkningen i landdistrikterne, og amterne opførte mange små sygehuse i de mindre byer, men gik desuden sammen med købstæderne og byggede et betydeligt antal amts- og by-sygehuse, som blev drevet i fællesskab til betjening af byerne og deres opland.

Sanatorier og kuranstalter i 1900-tallet

Fra omkring 1900 blev der blandt andet bygget en række sanatorier eller kuranstalter til at behandle først og fremmest patienter med en af tidens store svøber, tuberkulose. Sanatorierne blev typisk opført i naturskønne områder og stadig med vægt på lys og luft, som man vurderede var godt for sundhed og lindring - og i bedste fald helbredelse. Skodsborg, Vejlefyord og Silkeborg er kendte eksempler på smukt beliggende sanatorier og kurbade.

I første halvdel af 1900-tallet blev mange hospitaler typisk fortsat opført med en pavillon-struktur, hvor der var fokus på at understøtte den medicinske funktion og samtidig også fokus på hygiejne.

Modernismens kompakte hospitaler – sidste halvdel af 1900-tallet

I tiden op til anden verdenskrig og særligt i tiden efter kom de mere modernistiske strømninger til at præge hospitalsbyggeriet, og et særdeles karakteristisk eksempel herpå er Glostrup Hospital. De modernistiske hospitaler blev som udgangspunkt bygget i meget kompakte strukturer, der i forhold

til pavillon-strukturen skabte mere nærhed og bedre sammenhæng mellem hospitalets funktioner, men i et vist omfang gik det dermed også ud over patienternes udsyn, og de tidligere ofte forekommende gårdhaver var ikke længere et bærende element.

I 1960'erne og 70'erne stiger byggeaktiviteten, og mange af de sygehuse, der kom til verden i de to årtier, er dem, vi kender og bruger i dag. Der kommer i høj grad endnu stærkere fokus på rationelle strukturer og indretninger, hvor effektivitet og mere industrielle processer kunne understøttes og der tales ofte om hospitalerne som "den medicinske maskine". Den betydelige medicinske og teknologiske udvikling betød fx også, at der blandt andet var behov for større diagnostiske afdelinger, fx røntgenafdelinger og laboratorier.

Det store antal patienter i én sengestue, som tidligere var normen, blev reduceret, men der blev fortsat indrettet sengestuer med både fire og seks sengepladser op i 1990'erne.

Hospitaler fra år 2000

Kommunalreformen trådte som nævnt i kraft i 2007. Som følge af reformen blev der etableret fem regioner, der overtog opgaverne på sundhedsområdet fra amterne, der i samme ombæring blev nedlagt. Øvrige opgaver blev overført til stat eller kommuner, og herunder blev en række sundhedsopgaver som forebyggelse og genoptræning overført til kommunerne.

Kommunalreformen blev samtidig baggrunden for beslutning om 16 store kvalitetsfondsprojekter, der var udtryk for ønsket om en fortsat centralisering af sygehusfunktionerne på større og fortsat mere effektive og mere strømlinede hospitaler.

Der blev udstukket en opgave omkring at udarbejde forslag til en stor investeringsplan for sygehusvæsenet – altså netop ikke sundhedsvæsenet, der blev givet til et ekspertudvalg, der meget tydeligt formulerede hovedtanken om, at: "samling af funktioner på færre enheder er den overordnede forudsætning for ændringer i sygehusstrukturen". I forlængelse af det var "øvelse gør mester" et af de gennemgående argumenter, der blev lagt til grund for centraliseringen og samlingen af funktioner og opgaver på færre og større sygehusenheder.

Der blev i forbindelse med kvalitetsfondsprojekterne fastsat en række principper for fremtidens sygehusinvesteringer.

Kvartershuset i Aalborg Øst

Formålet er at nå ud til borgerne og skabe bedre sammenhæng mellem forebyggelse, udredning og behandling i området.



I Aalborg Øst har man skabt et centrum og givet bydelen et løft via et tværfagligt sundheds- og kvartershus.
(Foto: Himmerland Boligforening)

Kvartershuset fungerer som et sundhedshus der samler samfundets forskellige funktioner et sted. Befindende i bydel Aalborg Øst er her praktiserende læger og speciallæger, sundhedsplejersker, fysioterapeuter, hjemmepleje, apotek og nærpolti flyttet ind i Sundheds- og Kvartershuset.

Selve bygningen blev etableret som en nybygning på fundamentene af tre eksisterende boligblokke på Fyrkildevej - det er en optimeret udnyttelse af eksisterende og ledige rammer, hvilket er mere bæredygtig end nybyggeri. Huset krydser gennem hele boligområdet med forskellige funktioner i hver ende. I den ene sundhedshuset, i den anden planlægges en større sportshangar med plads til bevægelse og aktivitet. Områderne omkring huset er også blevet tænkt ind i arbejdet

med at gøre det åbent og imødekommende for alle borgere. Huset er i alt 7.500 m.

Udbredelse.

Der efterspørges denne slags fysiske mødesteder og Aalborg kommune arbejder videre med at etablere yderligere kvarterer. Fokus er på at tænke på multifunktionel benyttelse af kommunale bygninger.

Et kommende bydelshus på Stigsborg vil henvende sig til børn og unge. Dets funktioner vil både kunne rumme vuggestue, børnehave, skole, idrætsfaciliteter og bydelshus i ét. Med flere funktioner vil stedet kunne benyttes af forskellige grupper hen over døgnet og derved holde lyset tænkt også efter kl. 16.

ger. Principperne, omhandler helt overvejende ”samling af enheder, kvalitet, driftsøkonomisk rentabilitet samt effektivitet.”

Nogle af de 16 kvalitetsfundsprojekter er i 2023 taget helt eller delvist i brug, men en del er fortsat under bygning, og på regionernes hjemmeside www.godtssygehusbyggeri.dk findes en status for de regionale sygehusbyggeprojekter. Der beskrives i alt 45 projekter, der er i gang eller er afsluttede inden for de senere år, så efter beslutningen om de 16 kvalitetsfundsprojekter er der over de følgende årene på regionalt plan besluttet en lang række nye projekter ud over de oprindelige.

Bente Ourø Rørth, Hospitaldirektør Nordsjællands Hospital: ”Det har vi særligt brug for omkring sundhedsfremme og forebyggelse, hvor der er et stort udfaldsrum, men samtidig har vi også brug for noget nyt. Jeg er særligt optaget af det, fordi det har med diskussionen om ”nice to have” og ”need to have” at gøre.”

De psykiatriske hospitaler

Der er en særlig historie om hospitaler for mennesker med psykiske eller udviklingsmæssige sygdomme eller handicap. Psykiatriske sygehuse som behandler psykiatriske patienter, er først kendt fra midten af 1800-tallet. Før det tidspunkt havde man stort set ingen behandlingsmuligheder, og man anbragte derfor ofte sindslidende og evnesvage i dårekister, hvor de levede under miserable vilkår udstødt af samfundet.

Det første store sindssygehus, Sankt Hans Hospital uden for Roskilde, blev taget i brug 1808, og staten opførte efterfølgende store sindssygehospitaler i blandt andet Aarhus, Vordingborg, Viborg, Middelfart, Nykøbing Sjælland, Augustenborg, Brønderslev, Glostrup og Aalborg. De voksede gennem årene og blev typisk meget store institutioner med et stort antal indlagte patienter, der var dels under behandling, dels reelt boede på institutionerne. Gennem de følgende årtier blev der også etableret en række psykiatriske afdelinger på eller i umiddelbar nærhed af de somatiske sygehuse.

Af de 16 oprindelige kvalitetsfundsprojekter var der blot to, der vedrørende nybyggeri af psykiatriske hospitaler, men ud over de to, er der aktuelt yderligere seks regionalt finansierede projekter i gang vedrørende psykiatrisk sygehusbyggeri.

Institutioner for evnesvage

Med erkendelsen af at psykiske lidelser og evnesvaghed er to forskellige ting, blev fra midten af 1800-tallet og de næste

100 år opført en række institutioner, blandt andre Ebberødgård, Andersvænge, Ribelund, Sølund, Vodskov og Brejning, hvor man anbragte dem, der blev betegnet som åndssvage eller evnesvage.

Institutionerne var store, hele landsbyer, og voksede i omfang og antal beboere helt frem til 1960'erne, hvor man begyndte at udtynde dem og etablere flere, mindre institutioner.

Fra 1980 blev opgaverne blev lagt over til amterne, og herefter ændrede man strukturerne mere radikalt og reducerede antallet af meget store institutioner og fokuserede i højere grad på mindre institutioner og bofællesskaber mm., hvor der blev lagt vægt på små enheder, mulighed for hjemlige forhold og større åbenhed over for det omkringliggende samfund.

Nyt fokus på arkitektur der heler

Begrebet helende arkitektur er kun omkring 50 år gammelt, men interessen for at skabe fysiske rammer, der gavner sundhed og trivsel, er jo betydeligt ældre, som der også fremgår af beskrivelserne ovenfor.

I nyere tid skabte industrialismens fremvækst i 1800-tallet behovet for at huse en hurtigt voksende befolkning, og det medførte en byudvikling med små, brandfarlige, usunde boliger, åben kloakering og dårligt drikkevand. Det medførte meget store sundhedsmæssige udfordringer, og ikke mindst koleraepidemiene gav opmærksomhed på behovet for at skabe sunder boliger og byer - eller i det mindste mindre farlige boliger og byer. "Lys og luft" og "frisk luft, sæbe og vand" kom på dagsordenen, og over de kommende årtier skete der væsentlige ændringer og forbedringer.

Fokus på øget hygiejne og "lys og frisk luft" kom som nævnt oven for også i høj grad til at præge udformningen af fx de hospitaler, som blev bygget fra midten af 1800-tallet.

De seneste 50 år er helende arkitektur som begreb blevet brugt som betegnelse for et designkoncept, der repræsenterer en viden og erfaring om, at de fysiske rammer påvirker det menneskelige velvære, og at denne viden bør bruges systematisk.

Arbejdet med helende arkitektur har ofte haft fokus på byggeri relateret til helsesektoren – ikke mindst hospitalsbyggerier, men principperne for helende arkitektur har også sin stemme i relation til plejefaciliteter, rehabilitering og hospices.



En række af de elementer, der oftest er fokus på i relation til helende arkitektur, er lys, kunst, lyd, luft, relationer og sammenhænge.

Lys

Både dagslyset og kunstige lys, som patienter, personale og pårørende opholder sig i, er et område, der er velbelyst af forskning. Adgangen til dagslys er i høj grad vigtig for såvel institutionens brugere som institutionens medarbejdere, og det er veldokumenteret, at dagslys kan være med til at opretholde både døgnrytmen og søvnrytmen, og samtidig modvirker dagslys depression og er til gavn for det generelle miljø - og dermed for både brugere, pårørende og medarbejdere.

Kunst

Kunst er i denne sammenhæng ikke alene enkeltstående kunstværker, men også anvendelsen af farver. Farver kan indgå som del af et kunstværk, men den samlede farvesætning kan i sig selv opleves som et kunstværk. Kunst kan indgå som designelement i forhold til generelt velvære, sansestimulering eller som mental afledning.

Lyd

Omkring lyd fokuseres der ofte på et overordnet niveau. En række af funktioner og institutioner inden for helse-sektoren har ofte et generelt uhensigtsmæssigt højt niveau af støj - altså uønsket lyd, som dog ofte kan nedbringes.

Men ud over niveauet af lyden er det vigtigt, at der er opmærksomhed på rummets lyd og akustiske kvalitet, som har indvirkning på brugeres og medarbejdernes oplevelse af stress og miljø. Betydning af lyd er også et veldokumenteret forskningsfelt inden for den helende arkitektur.

Luft

i relation til luft er der også aspekter i forhold til hygiejne, hvilket helt aktuelt er blevet tydeligt i forbindelse med Covid-19 pandemien. Men den omgivende luft har også betydning i forhold til at påvirke vores komfort og velbefindende – ikke mindst gennem temperaturer og dufte.

”Although (...) artificial ventilation may be necessary, it never can compensate for the want of the open window.”

Relationer

Relationer handler blandt andet om de relationer, som opstår i private rum og i rum til fællesskabet, og der er inden for den helende arkitektur stor opmærksomhed på forholdet mellem rum og den menneskelige interaktion.

Personligt rum handler om den privathed den enkelte bruger, pårørende og personale kan føle og kan have brug for, mens begrebet socialt rum i denne sammenhæng dækker over menneskeligt samvær og kommunikation og muligheden for at skabe eller deltage i fællesskaber. De forskellige typer samvær kræver i sagens natur forskellige typer rum og rammer.

Arkitektur handler om sammenhænge

Ud over disse enkeltstående elementer i den helende arkitektur er der selvsagt også fokus på at forbinde dem, fx ved at kunne finde vej, skabe overgange, adgang og mulighed for at bruge eller betragte naturen. Uderum er nyttige og funktionelle,

men bidrager også til basale, menneskelige følelser om tilknytning til verden og naturen, som mødested og til aktiv udfoldelse. Arkitekturen har til opgave at skabe rammer til konkrete behov og sikre at hensyn imødekommes - samt stimulerer og understøtter brugerne i deres forehavender.

Fysiske rum og rammer for fremtidens nære sundhed

Der er enkelte eksempler på arkitektur på sundhedsvæsenets område, der bygger på principperne om at gøre rum og rammer så menneskelige som muligt, men eksemplerne er få. Sundhedsvæsenet har i mange år hovedsageligt behandlet sundhed som fravær af sygdom, og sundhedsvæsenets institutioner har på mange områder været præget af stærkt institutionelle rammer, og særligt hospitalerne har typisk været upersonlige "maskiner", der ofte ikke har haft mange forsonende elementer. Sat på spidsen bliver man som patient eller borger oftest mødt af et lyseblåt linoleumsgulv, hvide vægge og duften af rengøringsmidler og håndsprit, hvilket giver umiddelbare associationer til effektivitet og klinisk kvalitet. Alt for ofte opleves i mange af vores nuværende sundhedsinstitutioner, at rum, lys, lyd og lugt er med til at skabe utryghed og virker fremmedgørende og – for nogen – ligefrem kan virke angstprovokerende.

Det harmonerer dårligt med, at vi som mennesker har brug for humane omgivelser – ikke mindst fordi man typisk er i en situation, som i forvejen er præget af sygdom og andre problemer. Den nære sundhed og fremtidens nære sundhedsvæsen bør derfor blive ved med at være nysgerrig og orientere sig mod en højere grad af menneskelighed og mindre grad af institutionalisering, når der drejer sig om rum og rammer.

Der er fine, internationale eksempler på institutioner, hvor vægten ligger på det menneskelige og det ikke-institutionelle, fx REHAB Basel, der er en institution for neurorehabilitering, der hjælper mennesker med hjerneskader på vej tilbage til livet. REHAB er tegnet af arkitekterne Herzog & DeMeuron, der også har tegnet Nyt Hospital Nordsjælland, der er under opførelse. Et andet eksempel på forbilledlig helende arkitektur, hvor der er en tydelig sammenhæng mellem mennesket og omgivelserne, er Paimio Sanatorium, der er tegnet af Aino og Alvar Aalto, og som

Antallet af danskere, som føler sig ensomme:

I 2021 følte 15 % af alle kvinder i Danmark sig ensomme, hvilket svarer til 438.598 kvinder.

Hos mænd var tallet 11 %, hvilket svarer til 315.543 mænd.

Kilde: Danskernes sundhedsdatabase



har haft forskellige funktioner som sanatorium, hospital og institution for rehabilitering.

Der er også eksempler på byggerier inden for det boligsociale område, hvor Aalborg Øst repræsenterer en bevidst satsning på at skabe nye, inkluderende samlingspunkter i en byggesel, der ellers har været præget af stor ensartethed – og hvor samlingspunkterne også rummer en række sundhedstilbud til beboerne og er med til at styrke fællesskab og livskvalitet.

På et tredje område er der med kræftrådgivningscentrene, som er etableret over de seneste 10 år, eksempler på, hvordan viden om, hvordan de fysiske rammer påvirker menneskers heling og helbred. Grundtanken er, at arkitekturen skal være med til at give patienterne livsmod og inspiration, og centrene adskiller sig tydeligt fra det traditionelle sygehusbyggeri og signalerer ro til at overskue livssituationer og indbyder til åbenhed og samvær.

Bent Madsen, Adm. Direktør BL – Danmarks Almene Boliger: ”Vi har en meget blandet sammensætning af beboere i de almennyttige boliger, men vi har også en del, som ikke lige er i fokus hele tiden i vores sundhedsvæsen. Sat på spidsen så er velfærdsstaten vist mest til for middelklassen og ikke for dem, som i nogle sammenhænge har mest brug for. Derfor er emnet vigtigt for BL og for mig. Jeg vil gerne give opmærksomhed til et emne, hvor vi som samfund bør kunne gøre det lidt bedre.”

Mursten til mennesker

Den højere grad af menneskelighed skal som vist med eksemplerne komme til udtryk i de fysiske rum og rammer vi mødes i. Når vi enten genanvender eksisterende bygninger eller skal etablere nye bygninger, skal vi have fokus på at give rum og rammer en human skala og et arkitektonisk greb, der gennem mere organiske former er med til at skabe en tryk og imødekommende følelse for såvel brugere som pårørende og medarbejdere.

Vi har som mennesker, der har en lidelse eller et handicap, brug for at mødes om noget andet end det at være syg, og de fysiske rum og rammer skal understøtte dette ”andet”. Det ses måske tydeligst

i arbejdet med mennesker med psykiske lidelser, hvordan der er brug for rammer, der inviterer til og skaber tryghed og mulighed for menneskelig kontakt. Dette behov for menneskelige rum, hvor det ikke er sygdommen, der er det eneste dominerende tema, gælder for mennesker med både psykiske og somatiske lidelser. Vi har brug for ”noget fælles tredje” at mødes om, som vores rum og rammer skal understøtte bedst muligt. På Psykiatrisk Center

Amager holder Nationalt Center for Kunst og Mental Sundhed til. Her arbejdes med at af-institutionalisere og at gøre op med syge miljøer, der låser patienterne fast i deres sygdom. Ved at henvende sig til mennesket og sindet stimuleres det raske. Det sker blandt andet gennem skrivegrupper og scenekunst og med afsæt i at mødes i det fysiske rum. De steder hvor fremtidens nære sundhed skal "bo" skal planlægges og indrettes med det for øje, at vi skal indrette os mindre institutionelt og mere menneskeligt. Mindre maskinelt og mere humant.

Vores sundhed handler i højere grad også om fællesskaber og sociale relationer, og den nære sundheds fysiske rammer skal derfor se anderledes ud og skal anvendes på nye måder. Indretningen og organiseringen skal i højere grad afspejle en mere helhedsorienteret opfattelse af sundhed, hvor krop og sjæl næres gennem kontakt med natur, kultur, fællesskaber og kunst, og rum og rammer skal - indendørs og udendørs - invitere til fysisk aktivitet og sociale fællesskaber, men den skal også tilbyde mulighed for ro og refleksion.

Det nære sundhedsvæsen skal være imødekommende. De fysiske rammer bidrager til menneskers sundhed og trivsel, og den nære sundhed skal derfor skabe tryghed, være imødekommende, tilgængelig og æstetisk. De fysiske rammer skal understøtte en ligeværdig relation mellem brugere og personale og dertil tage hensyn til, at mennesker er forskellige og har forskellige behov.

Sammenfattende bør fremtidens nære sundhed præges mindre af institution og mere af menneske.

Fremtidens nære sundhed vil formentlig i højere grad dele rum og rammer – tæt eller mindre tæt – med mange andre aktiviteter, som kan være offentlige servicefunktioner, men kan i høj grad også være civilsamfundets liv og aktiviteter. Denne samlokalisering trækker i retning af en mere bæredygtig brug af rum og rammer, men stiller også nye krav til indretning og tilrettelæggelse.

Der er på den måde mange krav til fremtidens fysiske rum og rammer, men i lyset af deres vigtighed for både brugere, pårørende og medarbejdere skal der ske en bevidst planlægning og indretning af fysikken omkring den nære sundhed.



Maltfabrikken i Ebeltoft er folketets fabrik – et samlingspunkt for børnefamilierne, for de unge og for de ældre. Og i særdeleshed for livskvaliteten og mangfoldigheden i det lokale. (Foto: Realdania, Steffen Stamp)



Helen Bernt Andersen Konst. vicedirektør, Rigshospitalet og formand for Kræftens Bekæmpelse

I vidensprojektet har partnerne arbejdet over en kort periode med at skabe overblik over feltet den nære sundhed, men har også brugt tid på workshops og på at høre oplæg fra forskere, der har præsenteret vidt forskellige vinkler på sundhed, natur, sygdom og mennesker – og de vilkår og muligheder, der er for at skabe nye måder at arbejde med sundhed – og særligt den nære sundhed.

Partnerne har også brugt tid på at dele og drøfte erfaringer med allerede eksisterende sociale og sundhedsmæssige initiativer, der adresserer sundhed og ikke mindst mental sundhed, og endelig har

partnerne drøftet perspektiver, visioner og drømme for fremtidens nære sundhed.

I løbet af bogen finder du interviews med otte ledere, der repræsenterer de partnere, der indgår i vidensprojektet.

De otte partnere repræsenterer vidt forskellige organisationer og har forskellige perspektiver og vinkler på fremtidens nære sundhed og hvilke hensyn, der skal lægges til grund, når der skal ske en prioritering af den nære sundhed. De er blevet spurgt om deres perspektiver, visioner og drømme.

I: Du og Rigshospitalet er med i arbejdet med det nære sundhedsvæsen – selv om I selv ikke er et ”nærhospital”?

HBA: Rigshospitalet er et højt specialiseret hospital hvilket betyder, at vi modtager patienter til behandling fra andre hospitaler i Danmark og fra akutberedskabet samt fra Grønland og Færøerne. Hospitalet har en ambition om ikke at komme til at virke og fungere som et ”fjernt hospital”. Vi skal være i et så tæt samarbejde som muligt med de øvrige hospitaler, kommuner og praksisområdet, i en fælles ambition om at give patienterne den bedst mulige og velkoordinerede behandling.

I: Du lægger meget vægt på det menneskelige aspekt i sundhedsvæsenet?

HBA: Ja, helt afgjort, og det afgørende er, at vi inddrager patienterne og de pårørende i meget større udstrækning i alle de beslutninger, der vedrører deres forløb. Det kræver informationer og tid til at samtale om, hvad der vil være det bedste at gøre for patienten i relation til sygdommen eller den aktuelle tilstand patienten er i.

Tryghed og tillid til vores sundhedsvæsen handler også om, hvordan man bliver modtaget, og på hvilken måde, kommunikationen foregår på. I forhold til arkitekturen i bygninger, adgangsforhold og indretning kan man gøre meget for at skabe et imødekommende miljø og give patienter og pårørende en fornemmelse af at være ventet og velkommen. Heldigvis ser vi rundt om i vores sundhedsvæsen, at der lægges mere og mere vægt på disse forhold til stor glæde for både patienter og ansatte.

Anvendelsen af kunst, musik og kulturelle tiltag og adgang til et udendørsareal kan være med til

at give en kærkommen adspredelse eller blot nydes for en stund.

Der skal være fokus på det enkelte menneske og det levede liv og det gælder især også, når det handler om svære kroniske eller livstruende sygdomme, hvor behandlingsmuligheder måske er begrænsede eller symptomerne fra sygdommen vanskeliggøre bevægeligheden.

I: Så vi skal have et sundhedsvæsen, der er mindre institutionelt?

HBA: Ja, det skal vi overalt, hvor det er muligt. Vi hører fra både patienter og pårørende, at de er taknemmelige for de områder og funktioner i sundhedsvæsenet, hvor det ikke er de hvide vægge og sengepanelerne med ilt og sug, der er det dominerende udtryk.

Disse forhold skal man virkelig tænke på i forbindelse med oprettelsen af nærhospitaler rundt om i Danmark. Der skal man som patient og borger kunne komme og få dele af en behandling, støtte og rådgivning som ikke behøver at være på et af de større hospitaler, men netop kunne foregå i et nærmiljø tættere på hvor man bor. Og endelig: En del af det mindre institutionelle vil jo også være, når vi inddrager flere af vores brugere og borgere og i det hele taget en større del af civilsamfundet.

I: Du har også slået et slag for stærkere fokus på rehabilitering?

HBA: Mange sygdomme kan heldigvis helbredes, men for mange mennesker kommer man til at leve med en kronisk sygdom eller med følger efter en sygdom, og i den sammenhæng er det vigtigt, at vi ikke bare "redder liv", men også forsøger at bidrage til, at livet kan leves så godt som muligt med de begrænsninger, der er. Rehabilitering har

nok været en lidt overset ting i sundhedsvæsenet og er noget, som vi skal være mere opmærksomme på og gennem forskning udvikle bedre tilbud. Her kan det nære sundhedsvæsen og de kommende nærhospitaler uden tvivl spille en meget vigtig rolle.

I: Hvad er din drøm for fremtidens nære sundhedsvæsen?

HBA: Jeg drømmer om at hele det danske sundhedsvæsen opleves som et nært sundhedsvæsen. Uanset om man behandles for en folkesygdom, går til kontrol eller har en meget sjælden lidelse, som kun behandles af Rigshospitalet. Vores fælles mål på tværs af sundhedsvæsenet må være, at patientbehandlingen sker så tæt på den enkelte borger, som det overhovedet er muligt. Både geografisk og menneskeligt!

4

Aktuelle udfordringer

68 Aktuelle udfordringer

På mange måder er det danske sundhedsvæsen i verdensklasse – og samtidig drøftes jo fortsat mange forskellige udfordringer i og omkring sundhedsvæsenet.

Der er mange forskellige perspektiver på udfordringerne i sundhedsvæsenet. Perspektiver, der kan være forskellige alt efter, hvem du er, hvor du står, og i hvilken retning du kigger.

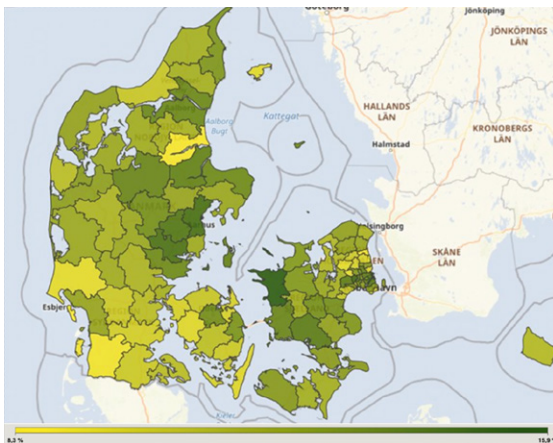
Når det handler om borgernes sundhed, er det ofte kategorier som leveår og sygelighed, borgernes sundhedsadfærd (herunder risikofaktorer/-adfærd), sundhedsvæsenets tilgængelighed (fx hvem er dækket af hvilke ordninger, og hvordan er tilfredsheden blandt brugerne), der ses på og tales om. Der tales også om sundhedsvæsenets kvalitet og sundhedsvæsenets kapacitet, fx udgifter og antal medarbejdere. Med andre ord: Fokus er på behandling.

Dette kapitel indeholder en beskrivelse af en række udvalgte, aktuelle forhold og tendenser, og har det formål at beskrive de væsentligste forhold, som en udvikling af det nære sundhedsvæsen skal medvirke til at løse ved at finde nye veje.

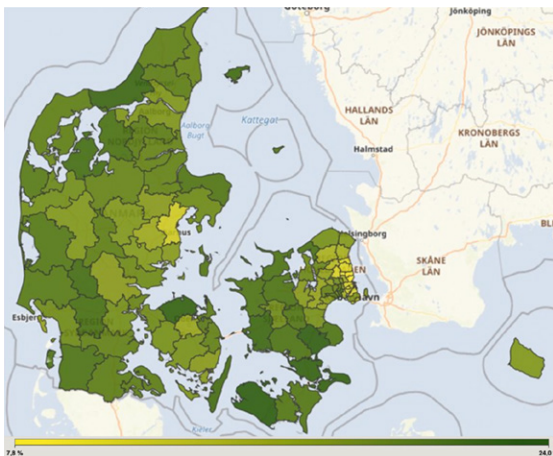
Kort om Danmark

Sygdomsbyrden vil ændre sig over de kommende årtier. Udfordringerne bliver flere og ligeså de tilbud og løsninger, der skal udbydes. Når vi kigger på mønstrene på tværs af landet for at blive klogere på hvordan udfordringerne fordeler sig, så er der både tendenser og mønstre, men også modsatrettede bevægelser. I byerne er ensomheden størst, men også dér hvor borgerne motionerer mest. Ved at bruge data på tværs af landet, på tværs af generationer, køn, sociale markører osv. bliver

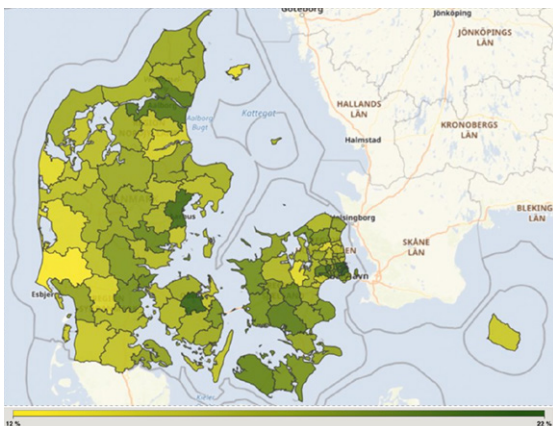
Ni kort om Danmark. Data om mentalt helbred, fysisk helbred, ensomhed og inaktivitet:



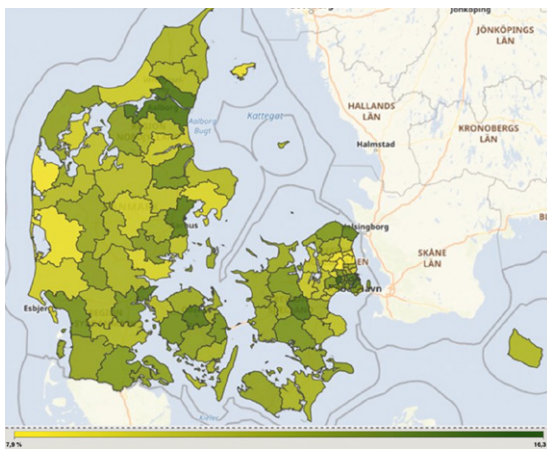
← Andel med årligt mentalt helbred, 2021



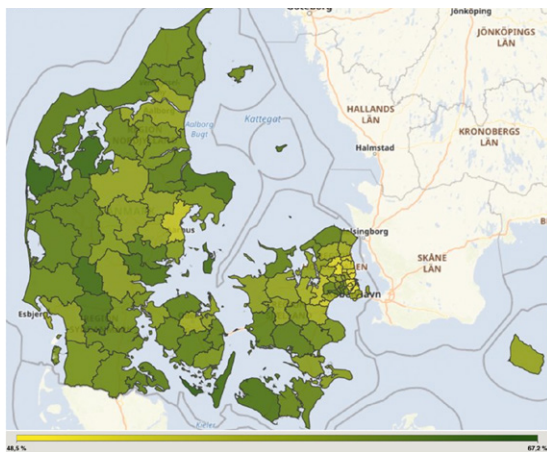
← Andel med svær overvægt, 2021



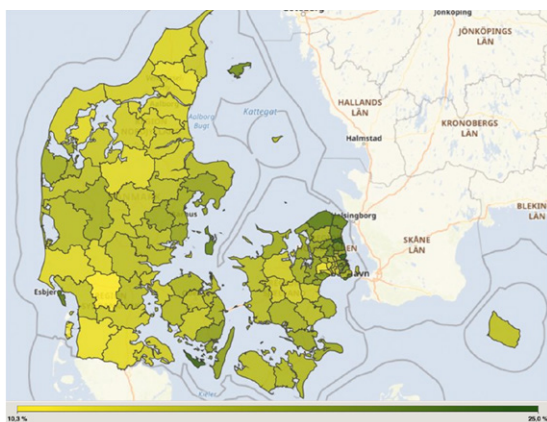
← Andel, der lider af ensomhed, 2021



← Andel, der har angst, 2021



Andel, der ikke opfylder WHO's anbefalinger for fysisk aktivitet,
← 2021



Andel, der drikker mere end 10
← genstande om ugen, 2021

Værestedet Blæksprutten på Bornholm

Formålet er at forbedre brugerens funktionsmulighed, så de kan fungere på mere ligeværdig vis med deres omgivelser.



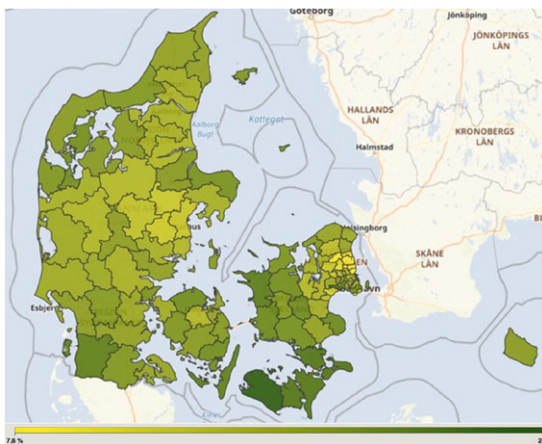
Blæksprutten formål er at dække det eksisterende behov for et værested, som er brugerstyret og uden for det offentlige psykiatriske behandlingssystem. (Foto: Værestedet Blæksprutten)

Tilbuddet henvender sig til personer med psykiske problemer/lidelser og deres pårørende. I værestedet er der ingen forpligtelser eller registrering, og her tilbydes hjælp og kontakt, såvel som et sted at opholde sig.

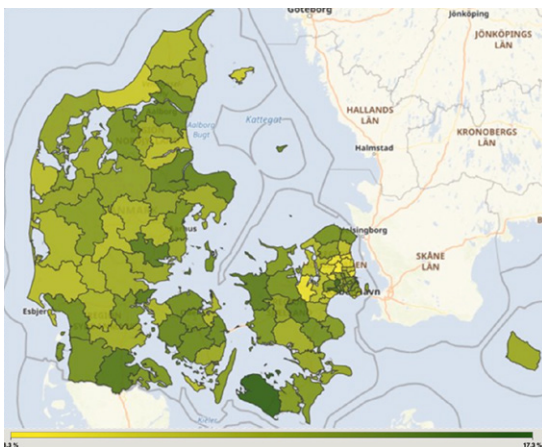
Her er muligt for at indgå i fællesaktiviteter og projekter, der kan være med til at udbygge og forbedre målgruppens sociale netværk. Et bærende element i værestedet er, at den enkelte syge

har en følelse af at have direkte indflydelse på sit eget liv. Udover de ansatte, så har de mange timer, som frivillige investerer haft en afgørende betydning for succesen.

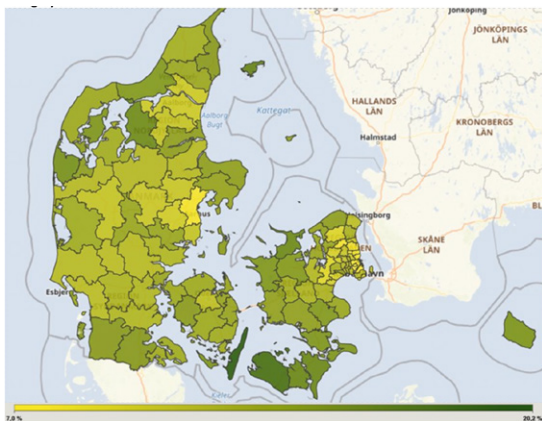
I værestedets værksted arbejdes der med syning, påske/juleklip, reparationer, træværksted, og motion. Der er ligeledes adgang til en kolonihave, hvor der dyrkes grøntsager og blomster.



← Andel, der ryger, 2021



← Andel med depression. 2021



Andel med dårligt fysisk helbred,
← 2021

Ensomhed er dyrt for det enkelte menneske – men også for samfundet:

Hvert år vurderes ensomhed at koste samfundet 8,3 mia. kr. i form af bl.a. flere sygedage, flere kontakter til sundhedssektoren og flere tidlige dødsfald.

Ifølge de nyeste tal føler hver 8. ung i alderen 16-26 år sig ensom.

kilde: www.rodekors.dk

vi klogere på, hvilke løsninger der skal tilbydes, hvordan de virker, og hvornår de virker henholdsvis ikke virker. Data bliver således væsentligt for at forstå sammenhænge og forskellene mellem somatik og psyke, krop og sind, og når løsninger skal konceptualiseres så de kan måles og udbredes.

I international sammenligning

I international sammenhæng bliver Danmark af OECD bedømt på forskellige kategorier, og resultatet af bedømmelsen falder ud på denne måde:

- Middellevetid:
højere end OECD-gennemsnittet – men lavere end ”de lande, vi normalt sammenligner os med”
- Risikofaktorer:
højere forbrug af tobak og alkohol end OECD-gennemsnit, lavere forekomst af overvægt
- Tilgængelighed og tilfredshed:
højere dækning af sundhedsvæsenet og højere grad af tilfredshed end OECD-gennemsnit
- Kapacitet og ressourcer:
flere penge anvendes på sundhedsvæsenet, og der er flere læger og sygeplejersker end OECD-gennemsnittet

En stor del af debatten i sundhedsvæsenet – og om sundhedsvæsenet - drejer sig ofte mest om ressourcer. Både de menneskelige og de økonomiske. I internationalt perspektiv bruger vi i Danmark nogenlunde den samme andel af samfundets rigdom som mange sammenlignelige OECD-lande. Vi bruger lidt mere end Finland og lidt mindre end UK og Norge, mens Sverige ligger lidt højere, og Tyskland noget højere, og målt i absolutte størrelser ligger Danmark i den høje ende af OECD-landene.

Målt på andelen af den samlede arbejdsstyrke, ligger Danmark sammen med Sverige, Norge, Finland højest blandt OECD-landene, da 15-20 pct. af alle beskæftigede arbejder in-

den for sundheds- eller socialområdet. Målt på antallet af læger i forhold til befolkningens størrelse ligger Danmark en del over gennemsnittet, og i forhold til sygeplejersker ligger Danmark en smule over gennemsnittet for OECD-landene.

Ved siden af diskussionen om, hvor mange ressourcer, der skal bruges på sundhed og sundhedsvæsen er der en diskussion af, hvordan de ressourcer, der anvendes, også anvendes bedst muligt. Som professor Jakob Kjellberg spørger: "Skal vi



Foreningen Makværket står bag omdannelsen af den historiske keramikfabrik og har fået støtte fra Realdania til at etablere en multisal. (Foto: Realdania, Steffen Stamp)

i bruge ressourcerne der, hvor de efterspørges, eller skal vi bruge dem der, hvor de gør nytte?"

Med den øgede politiske prioritering af den nære sundhed og det nære sundhedsvæsen sættes der spot på, hvordan fremtidens nære sundhed kan bidrage, i endnu højere grad kan bidrage til at løse samfundets opgaver.

I en international sammenligning er udgangspunktet som nævnt oven for, at det danske sundhedsvæsen på mange områder er velfungerende. Men samtidigt er det tydeligt, når man lytter til patienter, pårørende og medarbejdere, at der fortsat er problemer, der skal løses bedre end i dag. De fremtidige udfordringer, taget den ændrede sygdomsbyrde i betragtning, kræver nye og bredere løsninger.

Det bredere sundhedsbegreb stiller også spørgsmålstegn ved den tidligere opfattelse af, at vi nemt kunne skelne mellem "need to have" og "nice to have". Den almindelige opfattelse har været, at sundhedsvæsenets opgave havde med det, der var need to have at gøre altså selve behandling af sygdom. Så hvor need to have tidligere blev opfattet som kernen i sundhedsvæsenets opgaver, indeholder det bredere sundhedsbegreb flere elementer, der tidligere mest er blevet set på som nice to have. Der skal være et større fokus på sikre, at man under og efter sygdom eller i en udsat livssituation får mulighed for at komme tilbage til livet.

Sundhed og sygdom

Med faste mellemrum offentliggøres den nationale sundhedsprofil af sundhedsstyrelsen. Den seneste, "Danskerne Sundhed - Den Nationale Sundhedsprofil 2021", er udgivet i 2022 og giver et facetteret overblik over danskernes sundhed. I denne sammenhæng vil vi blot referere tre faktorer, som profilen beskriver: udvikling i middellevetid, forekomst af kronisk sygdom og forekomst af multisygdom.

Middellevetid

Middellevetiden er stigende for både mænd og kvinder, og fra 2010 til 2021 er den steget for mænd fra 76,5 til 79,2 år og for kvinder fra 80,8 til 83,2 år.

I international sammenhæng ligger Danmark i 2019 med et samlet gennemsnit på 81,5 år over OECD-gennemsnittet på 81,0 år og omkring samme niveau som Tyskland, UK, Grækenland og Portugal, men lavere end fx Finland, Norge og Sverige.

Kronisk sygdom

En stigende andel danskerne må i dag regne med at komme til at leve en del af deres liv med én eller flere langvarige sygdomme (kroniske sygdomme). I takt med en stigende middellevetid og bedre behandlingsmuligheder vokser andelen af ældre i befolkningen, og da ældre oftere får kroniske sygdomme, stiger forekomsten af kronisk sygdom og dermed behovet for undersøgelse og behandling.

Udviklingen af kronisk sygdom kan medføre tab af

Aarhusbakken i Silkeborg

Formålet er at øge og styrke borgernes trivsel og sundhed samt sammenhængskraften i lokalsamfundet.



Projektet har fire indsatsområder: Venskaber og fællesskaber – Forældredeltagelse – Sundhed og trivsel – Det gode ungeliv (Foto: Silkeborg Kommune)

Gennem indsatser der søger at skabe venskaber og fællesskaber i alle aldersgrupper søger Aarhusbakken i Silkeborg at øge mestring af sundhed og trivsel, samt at skabe et miljø, hvor unge oplever at de har ressourcer, der kan anvendes både i et uddannelsesliv, arbejdsliv og fritidsliv.

Det er et nærmiljøprojekt i lokalsamfundet, der udvikles, eksekveres og forankres i samarbejde med borgere samt kommunale og frivillige aktører med udgangspunkt i de ressourcer, udfordringer og muligheder, der findes lige præcis i dette område.

Eksempler på aktiviteter er:

- + Kaffe på kanden – et uforsigtigt fællesskab for voksne udenfor arbejdsmarkedet
- + Etablering af et udeområde for og med unge i

- lokalområdet
- + Fællesspisning
- + Mandeklub

Et eksempel på en succeshistorie er, hvordan en pensioneret kvinde på 65 år efter at have kommet fast i Kaffe på Kanden's fortæller, at hun har kunne undgå indlæggelser på det akutte døgntilbud.

Hun mener selv, at hun bedre har kunne klare weekenderne i ensomhed, når hun vidste, at hun skulle til Kaffe på Kanden allerede mandagen. På baggrund af det opsøgende arbejde, samt den sociale brobyggers samtaler med kvinden, har projektet succesfuldt skabt en tryk overgang og tilknyttes af det eksisterende fællesskab.

livskvalitet for den enkelte, men kan også medføre store samfundsmæssige omkostninger.

Samfundet – og det nære sundhedsvæsen - skal derfor være med til at løfte den stigende opgave omkring mennesker med langvarige lidelser. Ikke blot gennem behandling, men også gennem støtte til ændret sundhedsadfærd og støtte til at skabe sociale relationer og til at modvirke ensomhed og dermed være med til at skabe højere livskvalitet.

Hanne Andersen, Sygeplejefaglig direktør, Sygehus Lillebælt

”Vi er meget optaget af, hvordan vi skaber sundhed tæt på borgerne, så borgeren i langt højere grad selv kan. Til at løse denne opgave, er partnerskaber helt afgørende. Vi har brug for tætte bånd med mange flere – kommuner, praksis, frivillige, virksomheder - og andre hospitaler.”

Multisygdom

At leve med to eller flere længerevarende sygdomme (multisygdom) er en stor og voksende udfordring for både den enkelte, for sundhedsvæsenet og for samfundet. Multisygdom hænger sammen med alder og sociale forhold, så alene det faktum, at der er flere ældre, vil betyde flere med multisygdom.

Undersøgelser viser, at multisygdom er forbundet med dårlig livskvalitet og nedsat fysisk funktions-ejne, og derudover har personer med multisygdom øget risiko for længere indlæggelser og øget risiko for tidlig død.

Det skal gøres lettere at leve med multisygdom ved at støtte arbejdet med at reducere risikofaktorer først og fremmest rygning, alkohol og hjælp til højere fysisk aktivitet. Disse indsatser er i høj grad

en opgave for det nære sundhedsvæsen, men det er også en opgave, hvor der skal findes metoder og rammer der understøtter. Herunder skal der også være fokus på de fysiske rammer, der kan understøtte denne bevægelse.

Ensomhed og trivsel

Der er en stærk sammenhæng mellem menneskers sociale relationer og deres fysiske og psykiske helbred. Personer med stærke sociale relationer har som regel et bedre helbred. De bliver sjældnere syge, og de kommer sig hurtigere over sygdom end personer med svage sociale relationer, og når sociale relationer opleves som svage eller belastende, kan det medføre eller øge følelsen af ensomhed.

Undersøgelser viser også, at personer, der føler sig ensomme, har en øget risiko for blandt andet forhøjet blodtryk og hjerte/karsygdom. Modsat har personer med stærke sociale relationer en lavere risiko for psykiske lidelser og dødelighed sammenlignet med personer med svage sociale relationer, og i Danmark er ensomhed årligt relateret til godt 2.200 ekstra dødsfald, hvilket svarer til omkring 4 % af alle dødsfald.

Fællesskabsmålingen udgivet af VIVE undersøger den samme emnekreds, og undersøgelsen fra 2022 viser hvilken andel af de deltagende, der angiver, om de oplever en lav, social eksklusion, en vis social eksklusion eller meget høj social eksklusion.

Fra 2016 til 2021 er der en stigende udvikling af særligt gruppen, der angiver en vis eksklusion, fra 18 pct. til 24 pct., mens gruppen med høj eksklusion steg fra en andel på 4 pct. til 5 pct., og der rapporteres en klar sammenhæng mellem høj grad af eksklusion og dårligt helbred, ringe økonomi og svage sociale forhold.

Målingen peger således på, hvor vigtigt det er at sikre en sammenhængende støtte og hjælp på tværs af forskellige livsdimensioner og også forskellige sektorer: social, beskæftigelse, sundhed til dem, der har mest brug for støtte.

Alt dette taler direkte ind i behovet for, at fremtidens nære sundhedsvæsen sikrer en høj opmærksomhed på forhold, der reducerer ensomhed og styrker trivsel og mental sundhed.

Lighed og ulighed

Lighed i adgang til sundhedsvæsenets ydelser er ikke afgørende for uligheden i sundhed, for sundhed og usundhed skabes især uden for sundhedsvæsenet, har blandt andre professor emerita Signild Vallgård dokumenteret.

Den største folkesundhedsudfordring i Danmark er den stigende sociale ulighed i sundhed. Social ulighed i sundhed er betegnelsen for det faktum, at sundhed og sygdom er skævt fordelt i samfundet. Det betyder, at social position har betydning for borgernes levevilkår, sundhed, sygdom og levetid. Nogle grupper i befolkningen bliver med andre ord tidligere syge, mærker større konsekvenser af sygdommen og dør i en tidligere alder end andre. Dem med kortere uddannelse og lavere indkomst bli-

ver mere syge og dør før end dem med højere uddannelse og høj indkomst. En rapport fra 2023 fra Statens Institut for Folkesundhed under SDU dokumenterer, at den samlede middellevetid for socialt udsatte mennesker i 2021 er 64 år, hvilket er 17 år kortere end den øvrige befolknings.

Uligheden i sundhed bliver dobbelt uretfærdig, fordi de som allerede lever stressede liv, oftest med økonomiske bekymringer og fysisk udsat arbejde, også får byrden med dårligere sundhed. Befolkningens totale sundhedspotentiale udnyttes ikke fuldt ud. Det er ikke bæredygtigt.

Men sundhedsvæsenets indsats kan også på nogle områder bidrage til at mindske uligheden. Desuden er væsenets opgave ikke kun at helbrede, men også at lindre, og det er under alle omstændigheder oplagt uretfærdigt, hvis mennesker med kort uddannelse, lav indkomst og svage sociale netværk ikke har samme adgang til ydelser som andre.

Når sundhed i alt væsentlighed skabes uden for sundhedsvæsenet, er der grænser for, hvor meget man i sundhedsvæsenet kan rette op på denne ulighed. Men det skal jo ikke forhindre, at man i det mindste behandler alle patienter lige godt og prioriterer de sygdomme, som især rammer mennesker med få penge og kort uddannelse, argumenterer Vallgård.

En stærkere satsning på det nære sundhedsvæsen bør derfor også adressere spørgsmålet om, hvordan vi gennem bredere indsatser – og indsatser, der rækker ud over sundhedsvæsenet - får favnet de grupper i vores samfund, der har de største, uopfyldte sundhedsbehov. Sat på spidsen virker det uretfærdigt, at man helst skal være veluddannet, ansat i sundhedsvæsenet eller kunne betale sig til rådgivning og hjælp, for at man kan være sikker på at få det bedst mulige ud af et komplekst forløb, hvor man skal behandles for flere lidelser eller behandles mange forskellige steder. Ulighed i sundhed er en afgørende dagsorden.

Specialisering og nærhed

Hospitalerne i Danmark er gradvist blevet mere og mere specialiserede. Specialiseringen sikrer, at patienterne i højt omfang modtager behandling af høj faglig kvalitet, men bagsiden af denne specialisering er blandt andet, at mange patienter og borgere oplever et stort og ikke altid opfyldt behov for koordine-

Tingbjerg Changing Diabetes i København

Formålet er at skabe trivsel, fremme det gode, sunde liv og forebygge type 2 diabetes for beboerne.



Tingbjerg Changing Diabetes er et langsigtet, forskningsbaseret initiativ, som bygger på mange års erfaringer med social udvikling og sundhedsfremme i lokalsamfund. (Foto: tingbjergchangingdiabetes.dk)

Tingbjerg Changing Diabetes (TCD) bygger på hypotesen om at det er muligt at fremme sunde hverdagsliv og forebygge diabetes i udsatte boligområder via koordinerede og integrerede indsatser på tværs af sektorer og med udgangspunkt i lokal borgerinddragelse og samskabelse.

3 af TCD's indsatser omfatter blandt andet:

- + Bæredygtig bydel – søger at gøre det social og attraktivt for børnefamilier at befinde sig i naturen og dermed skabe nye sociale fællesskaber for områdets børnefamilier.
- + Fælleshaven - at skabe en fysisk ramme og et lokalt samlingssted for dyrkning, produktion, madfællesskaber og sociale aktiviteter. Søger at bringe de uudnyttede ressourcer i lokalområdet i spil.

Integreret Diabetesintervention – en brobygning mellem boligområder og sundhedssystemet, som søger at styrke udsatte borgers motivation og mulighed for at deltage i diabetesrelaterede indsatser i nærområdet.

ring af undersøgelse og behandling på tværs af sundhedsvæsenet. Det gælder internt på hospitalet mellem specialer og afdelinger, men det gælder også i forhold til de andre aktører, herunder egen læge og de forskellige, kommunale indsatser.

Bagsiden består i høj grad også af, at ikke mindst borgere med multisygdom oplever, at der ikke er tilstrækkelig sammenhæng i deres behandlingsforløb. Mange kommuner oplever, at de specialiserede hospitaler ikke er tilstrækkeligt orienterede om de vilkår, de kommunale sundhedstilbud gives under, og almen praksis oplever, at sygehusene ikke giver dem den bistand og hjælp, som praksis har brug for at sikre deres borgere de bedst mulige forløb.

Den gradvis større specialisering har bragt store fremskridt for patienterne og borgerne, når det drejer sig om den mere specialiserede behandling. Men der er i dag og vil fortsat være mange sundhedstilbud, som kan og skal gives i det nære sundhedsvæsen uden for de store sygehusinstitutioner, og den medicinske og teknologiske udvikling vil accentuere



I bymidten er Brugsen og hallen vigtige mødesteder i lokalsamfundet, ligesom busholdepladsen og børnehaven kan være vigtige samlingspunkter. (Foto: Realdania, Leif Tuxen)

denne udvikling.

Når det nære sundhedsvæsen og nærhospitalerne prioriteres som med aftalen om sundhedsreformen fra 2022, kræver det, at det nære sundhedsvæsen prioriteres med kompetencer, opmærksomhed og ressourcer. Men det kræver også, at sygehusene åbner sig mere op og er mere bevidste om at styrke bidraget til, at de øvrige dele af sundhedsvæsenet i langt højere grad bliver understøttet af de sundhedsfaglige kompetencer, sygehusenes i dag har langt de fleste af.

Det digitale sundhedsvæsen og innovationen

De senere årtier er den digitale bølge rullet ind over sundhedsvæsenet. Op gennem 90'erne og 00'erne har der været en transition fra papir til digitale løsninger, men i de senere år er en reel transformation igangsat omkring avancerede digital sundhed. De nye løsninger handler om både digitale diagnostiske metoder, men også mange former for avanceret monitorering af patienter, både på og uden for hospitalerne. Dette stiller større krav til sundhedspersonalet, og er medvirkende til, at it spiller en større og stør-

re rolle i sundhedsvæsenet. Opsamling og brugen af data er fortsat det helt store debattemne, både på grund af sikkerhedshensyn og persondata-lovgivningen, men også fordi de store datamængder giver mulighed for at lave modeller, hvor kunstig intelligens kan være med til at diagnosticere og forudsige sygdomsforløb.

Endvidere er vores befolkning også blevet mere digital, og med smartwatches og nye typer wearables er en ny verden ved at åbne sig, hvor den enkelte borger kan monitorere en lang række biomarkører og følge med i sin egen sundhed. Vi har endnu ikke set det helt store gennembrud i Danmark, hvor borgernes eget udstyr bliver brugt systematisk i sundhedsvæsenet, men dette er blot et spørgsmål om tid, kultur – og ikke mindst it-integrationer til de styrende sundhedssystemer.

Et eksempel på digitalisering er videokonsultationer, som teknisk har været muligt i flere årtier, men som først for alvor blev indført i forbindelse med Covid-19 pandemien, hvor der kom skub i en bredere anvendelse på både hospitaler og i almen praksis. Flere steder er man gået tilbage til de fysiske løsninger, hvilket giver mening, hvis borgerne ikke er parate eller er digitalt udfordret, men ofte er det sundhedspersonalet, der vælger for borgerne – som følge af kultur eller bekvemmelighed. Det skal dog huskes, at der er fortsat en stor gruppe af patienter, som er udfordret af de digitale løsninger. Det er derfor nødvendigt, at ved tilrettelæggelsen af fremtidens sundhedsvæsen, skal der være en bevidsthed omkring begrænsningerne, for der er borgere, der har større nytte af mødes fysisk med sundhedspersonalet frem for forsøg med digitale løsninger.

De nye muligheder giver dog nogle løsningsrum i forhold til den nære sundhed, især da test og monitorering af borgere kan foregå hos den enkelte, og det betyder, at mange fysiske besøg på hospitaler og nærhospitaler kan undgås i fremtiden. Så når vi taler fremtidige koncepter og tilbud i den nære sundhed, så er der nogle helt nye decentrale behandlingsmæssige muligheder, der kan indtænkes. Digitaliseringens udbredelse er ikke et enten-eller i forhold til det fysiske samlingssted eller sundhedsinstitutionen. Det murstens-

Annemarie Hellebek, Hospitalsdirektør Bornholms Hospital: ”Jeg lægger stor vægt på at få talt om og foldet ud, hvordan vi fremover kan udvikle vores fællesskaber mere og lade dem blive en del af arbejdet for bedre folkesundhed. Kan vi løsne op for vores organisering af sundhedsvæsenet og lade os inspirere af modeller eller muligheder, hvor der er mere vægt på civilsamfund og fx nabofællesskaber?”

løse hospital kan ikke stå alene. Når vi kigger på fremtidens sundhedsudfordringer kan digitaliseringen forventeligt imødekomme nogle rekrutteringskvaler, medens behovet for at have mødesteder og relationelle tilbud ikke løses ved virtuelle løsninger alene, hverken når det gælder behandling eller at skabe og fastholde meningsfulde liv.

På mange områder i sundhedsvæsenet sker der spændende og perspektivrige test og forsøg med nye og innovative løsninger, hvilket er positivt og lovende. Svagheden er, at der ofte ikke sker en udbredelse af de resultater, som faktisk er så gode, at de burde skaleres. Der kan være flere grunde til den manglende udbredelse. En kan være, at der generelt er for lille deling af erfaringer på tværs af geografier eller myndigheder, en anden kan være, at dagligdagens udfordringer ikke levner tid til enten at dele ud af erfaringer eller at søge efter nogen, der vil dele erfaringerne. Endelig kan en tredje grund være, at der mangler incitamenter til at sikre spredningen, og at der ikke er en levende kultur herom.

Disse observationer taler ind i, at for at sikre mere gennemgribende udviklinger af fremtidens nære sundhed, skal der i høj grad være en systemisk tilgang til arbejdet hermed og en tilgang, der har stærkt fokus på ledelse og kultur som vigtige faktorer for succesfuld spredning.

Behandling og forebyggelse

Undersøgelse og behandling er på mange måder de dominerende aktiviteter i sundhedsvæsenet i dag, og hvis der mangler ressourcer, er det ofte sundhedsfremme og forebyggelse, der bliver valgt fra. Der er nogen opmærksomhed på KRAM (kost, rygning, alkohol og motion). KRAM-undersøgelsen er en af de hidtil største undersøgelser af danskernes sundhed. Det Nationale Råd for Folkesundhed tog initiativ til KRAM-undersøgelsen, som blev finansieret af TrykFonden og Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Men et bredere perspektiv på folkehelse, som der er en større tradition for i vores nordiske nabolande, er ikke tydeligt.

Når vi drøfter fremtidens nære sundhed er det oplagt, at forebyggelse og sundhedsfremme kommer i centrum, og vi taler om, hvordan vi fremover kan udvikle vores fællesskaber mere og lade dem blive en del af arbejdet for af bedre folkesundhed.

Der findes en sammenhæng mellem indkomst og livsglæde; den er ikke endelig, men identificerbar:

Rigere mennesker indberetter oftere, at de er glade, end fattigere mennesker gør, og det gør sig gældende for både rige og fattige lande.

Kilde: Our World In Data





Henrik Larsen Hospitaldirektør, Regionshospitalet Nordjylland

I vidensprojektet har partnerne arbejdet over en kort periode med at skabe overblik over feltet den nære sundhed, men har også brugt tid på workshops og på at høre oplæg fra forskere, der har præsenteret vidt forskellige vinkler på sundhed, natur, sygdom og mennesker – og de vilkår og muligheder, der er for at skabe nye måder at arbejde med sundhed – og særligt den nære sundhed.

Partnerne har også brugt tid på at dele og drøfte erfaringer med allerede eksisterende sociale og sundhedsmæssige initiativer, der adresserer sundhed og ikke mindst mental sundhed, og endelig har

partnerne drøftet perspektiver, visioner og drømme for fremtidens nære sundhed.

I løbet af bogen finder du interviews med otte ledere, der repræsenterer de partnere, der indgår i vidensprojektet.

De otte partnere repræsenterer vidt forskellige organisationer og har forskellige perspektiver og vinkler på fremtidens nære sundhed og hvilke hensyn, der skal lægges til grund, når der skal ske en prioritering af den nære sundhed. De er blevet spurgt om deres perspektiver, visioner og drømme.

I: Hvad er dit og dit hospitals fokus i debatten om det nære sundhedsvæsen?

HL: Vores fokus er flere ting, men det er jo især interessant, om fællesskaber mellem hospital og kommuner kan skabe et reelt fællesskab og reelle, fælles tilbud til borgerne. Målet er jo, at de skal kunne opleves af borgeren. Vores ambition er, at vi skal signalere entydighed i forhold til borgeren, som skal være tryk ved en fælles opgaveløsning. Vi skal være opmærksomme på, at vi ikke skaber kunstigt komplekse systemer. Og endelig er vi som hospital stærkt interesserede i at være med på forkanten af debatten om fremtidens nære sundhed, fordi vi tror på, at vi også som hospital skal forandre os for fortsat at være vigtige for patienterne og borgerne.

I: Er fremtidens nære sundhed fysisk eller digital?

HL: Fremtiden er både og. Det er vigtigt, at vi udvikler de digitale løsninger, som kan være med til at understøtte både patienternes forløb og oplevelse af sundhedsvæsenet. Det er et område, hvor hele sundhedsvæsenet skal hjælpe patienten med konkrete opgaver i eget hjem. Vi har regionale projekter på bedding omkring de nære services til patienterne. Men der er fortsat også vigtigt, at der vil være store dele af patientbehandlingen som vil kræve fysiske tilstedeværelse på hospitalet. Her har vi som hospitalsvæsen en stor opgave i at sikre denne service bliver så decentral som muligt, og i den kontekst er debatten om nærhospitaler særdeles velkommen.

I: Så hvad tænker dine kolleger og medarbejdere om fremtidens nære sundhed og nærhospitalerne?

HL: Mange af vores medarbejdere har overvejende haft fokus på at arbejde på en enkelt matrikel, så hvis – eller rettere når – vi skal understøtte aktiviteter på flere matrikler, er det en væsentlig forandring for de fleste medarbejdere. Og ikke nødvendigvis noget, der opleves som en forbedring. Vi har taget hul på diskussionerne, men har fortsat til gode at komme tættere på gode løsninger på de mange praktiske opgaver. Det er jo selvsagt vigtigt for os, at vores medarbejdere kan se den positive motivation i at være med i forandringer i fremtiden.

I: Har I et aktivt samarbejde med jeres partnere i de øvrige dele af sundhedsvæsenet?

HL: Vi har et positivt samarbejde med vores partnere, men der er også en erkendelse af, at det ikke er a piece of cake at skabe et reelt sammenhængende sundhedsvæsen. En ting er, at vi kan være enige på et abstrakt plan, en anden ting, at det jo skal slå igennem i vores processer og vores organisationer. Så der er en meget positiv dialog, men der er samtidig en ”vi og de” følelse mellem kommune, praktiserende læger og region. Kendskabet til hinandens sektorer og opgaver er mindre, end jeg kunne ønske mig. Det skal vi også have løst, så vi kender hinandens opgaver og vilkår og på den viden kan skabe mere sømløse sammenhænge. Kan vi slå hul på udfordringerne med at skabe et dybere, gensidigt kendskab og en endnu bedre gensidige tillid, vil vi komme langt.

I: Hvad er din drøm for fremtidens nære sundhed?

HL: Når vi taler om hospitaler, særligt nærhospitaler og det nære sundhedsvæsen, bør vi højere grad være i stand til at indarbejde flere aspekter i udviklingen af fremtidens tilbud. Vi bør have tænkt

igennem, hvordan sundhedsvæsenet bliver en mere aktiv del af sygdomsforebyggelsen, så vi i langt højere grad understøtter borgere med konkrete forstadier af sygdom til ikke at blive syge. Der har vi brug for, at hospitalernes knowhow i langt højere grad kommer ud i samfundet. Jeg håber også, at vi kan gøre nærhospitaller til en lidt mere integreret del af lokalsamfundet og bybilledet, frem for de kolosser, et hospital typisk udgør i dagens bybillede.

5

Skift i logik

92 Skift i logik

Det er en slidt frase, at verden forandrer sig. Men det gør den. I disse år ses der store bølger af kulturelle og politiske forandringer, der betyder langt større fokusering på bæredygtighed, ligestilling, klima, global retfærdighed, fokus på trivsel frem for vækst - og meget mere.

Mange af de store trends drives eller bæres af de nye generationer af unge og yngre, som vi kalder generation Y, Z og Alpha, og kan ses som en reaktion på de foregående generationers livssyn og prioriteringer.

De nye bevægelser vil også ændre måden, vi ser på sundhed og betydningen af livskvalitet

Generationer

Vi har i de senere år haft hele fem generationer på arbejdsmarkedet – samtidig, og mens vi fortsat har nogle få af den ældste generation tilbage, så er den næste generation ved at gøre sig klar til at deltage på arbejdsmarkedet og i samfundsdebatten.

Hvor vi før havde livscyklusser opdelt i barndom, ungdom, uddannelse, job og pension, ser vi ind i en fremtid, hvor man forlænger arbejdslivet med +10 år, og hvor man kan forestille sig flere forskellige arbejdsliv. Her vil frivilligt og filantropisk arbejde fylde mere, og opgaver forbundet med civilsamfundet være mere udbredt. Med den forståelse vil det over de kommende år-

tier være sandsynligt, at det at tage større del i det nære samfund vil blive en markør og et aktiv, som erstatter den sidste del af det gængse arbejdsliv, som vi kender i dag.

Hver generation har sine referencer og sine måder at lære og forstå vores verden på, og lige som arbejdsmarkedet er ved at omstille sig til de forskellige krav, så skal fremtidens sundhed også forstås ud fra mange forskellige perspektiver og opfattelser. Det kræver en omstilling i vores logik og også omstilling i, hvad vores sundhedsvæsen skal kunne.



I Odden Havneby er byens gamle fiskeauktionshal blevet omdannet til event-hal, hvor lokalbefolkningen bl.a. kan afholde udstillinger og koncerter. (Foto: Realdania, Lelf Tuxen)













Ser vi på tværs af generationerne, er der en bevægelse fra den industrielle og styrede tidsalder til den resiliente tidsalder. Det betyder, at der tænkes mere i sammenhænge og mindre i kasser, og der er en søgen efter, hvad der betyder noget for den enkelte og derfor også for samfundet. Sundhedsbegrebet får derfor også en ny betydning, det handler nu meget om trivsel og livskvalitet og ikke kun om fravær af sygdom.

Det er således nogle helt andre markører for, hvad sundhed er, og det udfordrer i høj grad den nuværende forståelse af roller og ansvar for sundheden, og især mellem de organisationer og de mennesker, som i dag udgør sundhedsvæsenet. Denne udvikling betyder, at der er behov for, at nye aktører bidrager.



























Hvad former generationer?

Forskellen mellem generationer har til alle tider været til debat. I fremtiden bliver det endnu vigtigere at generationer på tværs skaber et bånd og forståelse for sammen at understøtte nye velfærdsløsninger.

Generationer	Mellemkrig Født før 1945	Boomer 1946-1964
Befolkningstal 5.932.654	100%	463.668
	1.188.572	
Skelsættende øjeblikke		
2. Verdenskrig 1940-45	Første mand på månen 1969	
% dårligt mentalt helbred	14%	12%
17%		
Musik		
Pladespiller 1948	Kassettebånd 1962	
% som føler sig ensomme	10%	8%
12%		
Ikoniske biler		
Model T Ford 1927	Folkevognsboblen 1950	
% med højt stressniveau	27%	22%
29%		
Ideelle ledere L: leder I: nye ledere		
Kommandør	Tænker	
% med dårligt fysisk helbred	30%	16%
11%		
Læringsstil		
Formel	Struktureret	
% som ikke opfylder WHO's krav om fysisk aktivitet	74%	61%
58%		
Søger råd hos		
Dommere & politikere	Ekspertter	
% med lang- varig sygdom	53%	47%
36%		



X 1965-1979	Y 1980-1994	Z 1995-2009	A 2010-2024
1.185.788	1.095.808	1.121.148	877.670
 Berlinmurens fald 1989 15%	 11. September 2001 20%	 Finanskrisen 2008 28%	 Covid-19 2019- N/A
 Walkman 1979 10%	 Ipod 2001 15%	 Spotify 2008 22%	 Smart speakers N/A
 Volvo stationcar 145 1974 26%	 Golf 1997 33%	 Tesla Model S 2012 42%	 Selvkørende biler N/A
 Do'er 10%	 Supporterende 5%	 Samarbejde 2%	 Co-creative N/A
 Deltagende 54%	 Interaktivt 55%	 Mange modeller 50%	 Virtuelt N/A
 Praktikere 36%	 Ligesindede 27%	 Fora 19%	 Chatbots N/A

Vores nuværende sundhedsvæsen er bygget op med et fokus på effektivitet og kvalitet. Vi skal bruge tid, energi og materialer, så vi får mest muligt ud af dem. Optimering, rationalisering og fokusering er nøglen til at være stadig mere produktiv og skabe den vækst og fremgang, som gør mennesker til noget særligt her på planeten. Men ifølge den amerikanske økonom Jeremy Rifkin, så er det efterhånden tydeligt, at effektiviseringen og jagten på økonomisk og materiel vækst i alle sektorer underminerer vores mulighed for at opnå trivsel og bæredygtighed fremover.

Vi har brug for en økonomi, anfører Rifkin, der i stedet for at være effektiv til at omdanne naturen til penge, skal være i stand til at tilpasse sig de enorme miljømæssige forandringer, vi står over for. Vi skal som samfund være resilient - modstandsdygtige - og i stand til at genopbygge og styrke de økosystemer, vi troede, vi kunne sætte os ud over. Det er på den baggrund tydeligt, at vi skal tage begrebet bæredygtig sundhed og et bæredygtigt sundhedsvæsen alvorligt.

Vi har i mange år samlet og centraliseret, men nu taler vi i Danmark om at fokusere mere på det nære, det lokale. Det kræver et kig på vores infrastruktur, og Rifkin ser på den baggrund et skift i hele samfundets logik.

Fra		Til
Ejerskab	→	Adgang
Analoge bureaukratier	→	Digitale platforme
Vækst	→	Trivsel
Produktivitet	→	Regeneration
Centraliserede	→	Frisættelse
BNP	→	Indikatorer for livskvalitet
Silo	→	Tværgående samarbejder
Globalisering	→	Glokalisering
Nulsumsspil	→	Netværkseffekter

Nivå Trim i Nivå

Formålet er at gøre motion socialt.

Løb i Langstrup Mose (Foto: nivaastrim.dk)



Med cirka 100 medlemmer som spænder fra børn til pensionister tilbydes løb, gang, stavgang (nordic walk) og cirkeltræning. Udover at afholde fast træning fem gange ugentligt, afholdes her også større sociale begivenheder blandt andet socialløb, julepakkeløb, nytårstaffel og fester.

Den ugentlige træning afholdes på flere niveauer og sværhedsgrader – her er løbende ruter fra 3 km til 20 km.

Klubben mødes i sine klublokaler og benytter sig af løbe ruter i lokalområdet. Ligeledes foregår stavgang rundt i byområdet med udgangspunkt fra Nivå Kirke og cirkeltræning i Laden, Mariehøj.

Træning benytter sig af den lokale natur og blander således bevægelse med sociale fællesskaber i naturens grønne omgivelser.

Disse skift i logik er kendetegnende for de globale samfundstrends, og det er i høj grad det, som kommer til at være gældende i fremtidens sundhedsvæsen og det, som vi skal tage hul på, når vi taler om fremtidens nære sundhed i Danmark.

De store skift i logikker har mange og forskellige konsekvenser og betyder blandt andet, at de elementer i sundhedsvæsenet, som vi før så som nice to have, fx de sociale implikationer som følge af fysisk eller psykisk sygdom, nu går hen og bliver need to have. Et skifte, hvor man kunne satse på forebyggelse, der kan forebygge behov for undersøgelse og behandling, og en øget opmærksomhed på at komme tilbage til livet efter alvorlig eller langvarig sygdom gennem en øget indsats for rehabilitering, vil kunne give både en langt større livskvalitet og samfundsmæssig nytte. Det bredere sundhedsbegreb bliver på den måde need to have.

Det betyder også, at hvis omstillingen i retning af den nære sundhed skal lykkes, så skal vi være mere opmærksomme på de store skift i logikker og herunder ikke mindst større vægt på trivsel, frisættelse, livskvalitet og tværgående samarbejder, og fællesskaber og lokalsamfund får større betydning.

Frivillighed og lokale fællesskaber

Frivillighed og lokale fællesskaber er ikke de dimensioner, vi normalt måler på i sundhedssektoren, men det er dimensioner, som i højere grad bliver stimuleret og omfavnet af dagligdagen, og derfor er det en nødvendighed, at frivilligheden og de lokale fællesskaber bliver en del af fremtidens løsninger.

Frivillighed forstået som ønsker om at yde noget for andre og til fællesskabet rummer kort sagt et stort potentiale, selvom det ikke er den eneste kerneværdi i civilsamfundet. Antropologen Ulla Habermann skønner, at der i Danmark leveres ulønnet arbejde af denne art i størrelsesordenen 100.000 årsværk. Civilsamfundet hviler på mange måder på denne frivillighedslogik, som også udgør sammenhængskraften i Danmark.

Der er mange danske eksempler på fremragende aktivering af frivillige i sociale og sundhedsaktiviteter. 'Vaskeriet – en øvebane for udviklingshæmmede' er en almennyttig

Helen Bernt Andersen,
Konst. Vicedirektør Righospitalet: "Anvendelsen af kunst, musik og kulturelle tiltag og adgang til et uden-dørsareal kan være med til at give en kærkommen adspredelse eller blot nydes for en stund."

forening og ikke et helt almindeligt vaskeri, hvor det er udviklingshæmmede, du møder, når du afleverer dit vasketøj. I Center for Social Nytænkning eksperimenteres med mange nye løsninger, fx effekten blandt langtidsledige på brugen af borgerstyrede budgetter. I Maskine Maskine Amager er der skabt et alternativ eller supplement til traditionel psykiatrisk behandling. Folk kommer og får et netværk her og nyt håb for fremtiden, og i initiativet Cyklung Uden Alder inviterer mandlige cykelpiloter ældre ud i rickshaw, og sammen får nye oplevelser og frisk luft. Der er flere eksempler fra fx Code of Care, People like Us og Social Sundhed. Social empati og entreprenørskab går hånd i hånd.



KU.BE, Kultur- og bevægelsehuset i Flintholm samler bevægelse, sundhed, kunst og kultur under samme tag; uanset alder og social baggrund. (Foto: Realdania, Gitte Lottinga)

De målgrupper for den nære sundhed, som vi har identificeret i de tidligere afsnit, er ikke gennemsnitsbefolkningen, det er derimod forskellige udsatte grupper, og det er personer, der ikke ofte bruger de almindelige sundhedstilbud.

Der er mange eksempler på, at man har forsøgt at intervenere i disse grupper, omend også mange eksempler på, at forsøgene enten ikke virker eller ikke bliver permanente, simpelthen fordi man ikke har haft forståelse for gruppernes forskellige perspektiver. Der hvor der til gengæld er gode resul-

tater, er, når lokalsamfundet lykkes med at integrere og forstå målgrupperne.

En interessant case fra Calgary handler om, at den politiske ledelse ønskede en særlig indsats for stofmisbrugere. Byen gjorde alle de rigtige ting og aktiverede alle de rigtige personer, men det virkede ikke. Efter en række evalueringer og nye tilgange kom de frem til, at tilbuddene ikke blev udformet på målgruppens præmisser, og det var først, da man fik etableret et cirkulært flow, hvor brugerne og det eksisterende miljø blev en del af løsningen, at koden blev knækket. Det er eksempler, vi også ser i Danmark, hvor det at stimulere og mobilisere engagementet lokalt er afsættet for at få initiativer til at virke.

Hvis man flytter blikket fra den offentlige velfærd hen på civilsamfundet, og ikke alene ser civilsamfund og frivillige som et redskab for offentlig velfærd, så bliver det tydeligt, at civilsamfund og frivillige påvirkes på forskellige måder. I Danmark har civilsamfundet historisk set især haft en demokratisk funktion og i mindre grad en servicefunktion. Når det offentlige ændrer tilgang til og forståelse for civilsamfund og frivillige, så forandrer civilsamfundet sig også. Det er derfor væsentligt, at i der rammesætningen af relationen mellem civilsamfund, frivillige og det offentlige er opmærksomhed på, hvilket civilsamfund vi ønsker at fremme, og hvilke roller civilsamfund og frivillige skal spille - og ikke alene hvilken offentlig velfærd vi vil skabe.

De frivillige er også forskellige. Fra de kortere forløb som flere yngre indgår i som en del af deres personlige udvikling og engagement til de mere traditionelle og til eksempler, hvor de frivillige kommer med relevante erfaringer, som vi har eksempler på i psykiatrien. I en nær fremtid kan man forestille sig, at virksomheder giver medarbejderne mulighed for frivilligt arbejde nogle dage månedligt i ønsket om at støtte bæredygtige lokalsamfund, bygge bro til arbejdsmarkedet, og i erkendelse af, at arbejdet er meningsfuldt, øger livskvaliteten for den enkelte og bidrager til samfundet.

Frivillige i forskellige former spiller altså en væsentlig rolle i civilsamfundet og kan med fordel indtænkes, når sundhedsbegrebet udvides.

Det kan vi lære af, og vi skal investere i både eksisterende og nye økosystemer. Og da økosystemer per definiti-

Befolkningens størrelse
i Danmark er 5.932.654
personer:

Kvinder = 2.983.655

Mænd = 2.948.999

(Kilde: Danmarks Statistik)



on er cirkulære, så betyder det at civilsamfundet, de frivillige, de lokale fællesskaber og de specifikke målgrupper skal være en del af løsningen for at opnå permanente forbedringer på de dimensioner, der styrker livskvaliteten.

Livskvalitet som begreb

Den mentale trivsel i samfundet er under pres, og særligt blandt unge ses tendenser til øget forekomst af stress, mistroivsel og angstsymptomer. Der har de seneste år været en øget erkendelse af, at der på samfundsplan må tages nye metoder i brug for at skabe løsninger på problemerne, og mere traditionel behandling forekommer ikke længere at være en mulig løsning, så derfor er det vigtigt at finde et bredere greb i forhold til løsninger.

Den stigende anerkendelse af, at mental sundhed beror på både biologiske, men også sociale og kulturelle forhold, taler direkte ind i behovet for, at når der tales den nære sundhed, skal der ikke blot tales om det biologiske paradigme, men bredere og også om sociale og kulturelle forhold, der kan medvirke til at styrke det levende liv og livskvaliteten.

Det er flere måder at indkredse begrebet livskvalitet på, og vi har ladet os inspirere af både OECD og WHO, der arbejder med begrebet well-being. Flere lande har de seneste år strukturelt arbejdet med well-being økonomi og trivselsdata til værdisætning af blandt andet sociale og trivselsrelaterede ind-

satser, hvilket giver bedre mulighed for at adressere samfundsudfordringer som ensomhed, stress og dårlig mental sundhed. Well-being økonomi handler både om at anvende trivselsdata til at udvikle nationale trivselsstrategier, som går på tværs af sektorer, og til at skabe et bedre informationsgrundlag for offentlige beslutninger om investeringer og budgetter.

God livskvalitet defineres af WHO som en tilstand af velvære, hvor individet kan realisere sine muligheder, håndtere normale stress-situationer i livet, arbejde på en frugtbar og positiv måde og have mulighed for at bidrage oven for andre og i samfundet. Grundlæggende for ens livskvalitet er mental sundhed. Det har betydning for, om en person udvikler en psykisk sygdom, men samtidig har mental sundhed også betydning for

Lars Autrup, Adm. Direktør
Arkitektforeningen: ”Jeg
drømmer om, at fremtidens
nære sundhed bliver et
sted, man absolut må komme.
Et sted hvor man bliver
glad af at komme – og et
sted, hvor man bliver glade-
re, stærkere og sundere.”

Haverhill LifeLink i Storbritanien

Formålet er at skabe relationer mellem mennesker plaget af ensomhed.



Haverhill LifeLink støtter indbyggerne i byen ved at forbinde folk til de mange sociale aktiviteter, klubber og grupper, der tilbydes i lokalsamfundet. (Foto: onehaverhill.co.uk)

Haverhill LifeLink er et britisk projekt, der søger at hjælpe folk med dårligt mental helbred som ensomhed og angst med at skabe nye sociale og forbedre deres sociale færdigheder og øge deres helbred. Efter at blive henvist af en praktiserende læge (general practitioner) eller selv have opsøgt tilbuddet, hjælpes brugeren til komme i forbindelse med folk og aktiviteter i deres nærområde.

Projektet har indenfor to år set resultater og opnået anvendelse blandt til deltager læger. Det søger

aktivt at skabe broer mellem folk of fællesskaber, for at forbedre deres livskvalitet og well-being.

En handicappet patient blev opfordret til at deltage i ovenstående tilbud fremfor traditionel medicin. Patienten var plaget af dårligt humør og blev ikke udfordret i sin dagligdag. Patienten nød stor glæde af tilbuddet og siger ”LifeLink has made a difference to my life because I have met new people, got out of the house and feel more positive overall. I feel brighter and more upbeat since starting with Haverhill LifeLink.”

en persons livskvalitet og fysiske helbred, og betragtes som en beskyttende faktor i forhold til udvikling af psykisk og fysisk sygdom (Hosman,1997). Denne forståelse ligger til grund for arbejdet i vidensprojektet.

Partnerkredsens tilgang

Der har fra starten været et udtalt behov for at tænke i nye samarbejder, i mere frisættende strukturer og på tværs af samfundet for at løfte en dagsorden som fordrer, at alliancer skabes og viden og ressourcer deles.

Derfor har omdrejningspunktet for vidensprojektet været at udvide sundhedsforståelsen til i højere grad at flytte ud i samfundet, tættere på borgeren og med løsninger som aktiverer kræfterne i civilsamfundet sammen med de professionelle i sundhedsvæsenet i håbet om at få flest mulige til at deltage.

Opgaven i at forstå strukturerne i de forskellige systemer og at udfordre vanetænkningen, men i høj grad også at synliggøre de mange indsatser og skabe synergier, har været dominerende i vidensprojektet. Derfor har det været vigtigt at udforme en model, der kan identificere, screene, prioritere og udvikle fremtidige løsninger. Modellen tager afsæt i det arbejde som OECD, Economists og flere andre har udviklet om well-being og liveability, hvor der er udvalgt en række kategorier som er rammesættende for, hvad der udvælges, og dernæst har beskrevet, hvordan kategorierne tillægges værdi, altså det der værdisætter det konkrete tiltag.

Med afsæt i den metodik har vi formuleret seks kategorier som forudsætning for valg af typer af initiativer.

Vi har identificeret et antal 'benspænd', der bliver brugt som designprincipper, som vi vil bruge til at arbejde med udviklingen af koncepter for den nære sundhed og nærhospitaler.

Endelig har vi identificeret seks dimensioner i livskvaliteten, som der måles på – og arbejdet på at beskrive livskvalitet som den nye, afgørende valuta. Alt dette er indeholdt i næste kapitel, som beskriver partnernes 'metode-motor'.



Hanne Andersen

Sygeplejefaglig direktør, Sygehus Lillebælt

105

I vidensprojektet har partnerne arbejdet over en kort periode med at skabe overblik over feltet den nære sundhed, men har også brugt tid på workshops og på at høre oplæg fra forskere, der har præsenteret vidt forskellige vinkler på sundhed, natur, sygdom og mennesker – og de vilkår og muligheder, der er for at skabe nye måder at arbejde med sundhed – og særligt den nære sundhed.

Partnerne har også brugt tid på at dele og drøfte erfaringer med allerede eksisterende sociale og sundhedsmæssige initiativer, der adresserer sundhed og ikke mindst mental sundhed, og endelig har

partnerne drøftet perspektiver, visioner og drømme for fremtidens nære sundhed.

I løbet af bogen finder du interviews med otte ledere, der repræsenterer de partnere, der indgår i vidensprojektet.

De otte partnere repræsenterer vidt forskellige organisationer og har forskellige perspektiver og vinkler på fremtidens nære sundhed og hvilke hensyn, der skal lægges til grund, når der skal ske en prioritering af den nære sundhed. De er blevet spurgt om deres perspektiver, visioner og drømme.

Hvordan tænker du om projektets kerne – fremtidens nære sundhed og nærhospitalerne?

HA: Fra Sygehus Lillebælt er vi rigtig interesserede i, at vi gennem vidensprojektet får skaffet reel, ny viden og nye ideer til fremtidens sundhed og dermed også til fremtidens nærhospitaler. Der kommer nye roller og opgaver for mange aktører i sundhedsvæsenet, så hvordan kan vi sammen med borgerne gøre det bedre?

Vi har rigtig mange ting, vi gerne vil have foldet ud. Det kan være om hvordan vi skaber reel samskabelse, hvordan de frivillige inddrages, og hvordan kan vi fremme fællesskaber omkring sundhed? Vi er meget optaget af, hvordan vi skaber sundhed tæt på borgerne, så borgeren i langt højere grad selv kan. Til at løse denne opgave, er partnerskaber helt afgørende. Vi har brug for tætte bånd med mange flere – kommuner, praksis, frivillige, virksomheder - og andre hospitaler.

I: Og I vil gerne udvikle den nære sundhed videre?

HA: Bestemt, ja. Vi er nysgerrige på, om og hvordan vi gennem dette vidensprojekt kan komme længere. ”Patienten først” har gennem flere år været vores ledestjerne, og det vil den fortsat være – men vi har ligesom de fleste andre brug for at blive udfordret på vores ideer og tanker.

Vi kender den faglige ramme for nærhospitalerne, men vi må se mere innovativt på løsninger. Altså hvordan vi kan skabe, udvikle og re-tænke undervejs. Nye ledelsesformer som også taler ind i nye organiseringer. Ledelse helt ude hos det enkelte medarbejder, der står helt tæt på borgeren. Vi er også optaget af gruppen af borgere, vi slet ikke ser, og som vi ved alt om fra rapporterne om ulighed. Dem når vi jo desværre ikke altid helt i dag.

- I:** Hvad er jeres styrker i arbejdet med den videre udvikling af jeres sundhedstilbud?
- HA:** Vi har et temmelig godt datagrundlag. Vi har altid gjort en dyd ud af at arbejde data-drevet, så det er fortsat vores ambition. Det er væsentligt, at vores tilbud - enten det er sygehusets eller nogle, der skabes sammen med fx en kommune - baseres på, at der er et reelt behov og en reel efterspørgsmål efter tilbuddet.
- I:** Hvad er jeres allervigtigste ambitioner med fremtidens nære sundhed og nærhospitalerne?
- HA:** Vi skal give den enkelte patient netop den behandling, pleje, genoptræning og omsorg, som den enkelte har behov for. Det skal være så tæt på borgerens hjem som muligt, for der er jo ingen, der ønsker at komme på sygehus, hvis man ikke har et reelt behov for det. Så når vi skal tilrettelægge vores tilbud i det nære sundhedsvæsen med det, som er muligt at placere der, skal vi hele tiden have dette for øje. De nære tilbud skal gøre tingene lettere og bedre for vores patienter og borgere.
- I:** Dit og din direktions fokus er patientens/borgeren frem for systemet?
- HA:** Helt bestemt. Vi har på Sygehus Lillebælt i mange år arbejdet fokuseret med alle aspekter af ”Patienten først”, og i den sammenhæng taler vidensprojektet om den nære sundhed og nærhospitalerne godt ind. Vi lægger i vores daglige arbejde kæmpe stor vægt på, at vi hele tiden har vores sundhedsprofessionelle ledere og medarbejdere tæt inde i udviklingen af vores tilbud – og sådan vil det fortsat være. Vores patient- og pårørenderåd er også yderst vigtige i denne udvikling. De har senest sat ord på, hvad der er vigtigst for dem.

6

Metode-motor

110 Metode-motor

I dette kapitel beskrives den metode, som partnerne på baggrund af arbejdet i vidensprojektet lægger til grund for udvælgelsen og udviklingen af koncepter. Det er vigtigt, at der bliver tale om systemiske tiltag, der både kobler de allerede eksisterende tiltag på en måde, der gør dem egnede til udbredelse, fordi vi ved, at de virker og samtidig forstår, hvilke nye tiltag der skal til.

Tilgangen forudsætter et mindset som man kender fra missionsdrevet innovation, hvor tragten ikke begrænser og reducerer antallet af ideer, men initierer og udvikler flest mulige perspektiver som dernæst modnes, testes og observeres og på den måde muliggør flere løsningsmuligheder. Denne tilgang er værdifuld, når der arbejdes på løsninger i en ukendt fremtid, hvor det at skabe en stærk innovationskraft og komme på hurtige løsninger er afgørende. Mental sundhed rummer netop mange mulige typer af løsninger på tværs.

Metoden som partnerne har arbejdet på, skal være motor i arbejdet med initiativer omkring fremtidens nære sundhed, hvorfor den består af en model som udgør konceptets kerne:

- Kategorier
- Designprincipper
- Dimensioner

Der skal være en del af modellen som gør plads til lokalspecifikke hensyn og forhold i forbindelse med, at konceptet skal ibrugtages og handler om hvordan den specifikke lokale målgruppe motiveres. Her er det lokale fingeraftryk afgørende for om løsningerne opnår ejerskab og bliver benyttet. Om det er en 80-20 eller 60-40 vægtning, må det efterfølgende arbejde blive klogere på, og det kan angiveligt variere.

MarselisborgCentret i Aarhus

Formålet er at skabe størst mulighed synergi mellem aktører.



Gamle, arkitektonede bygninger omgivet af høje træer og store, grønne plæner. Parken er en lille oase, der ligger midt i Aarhus (Foto: Marselisborg Centret, Thomas A. Christensen)

Marselisborg Centret er et center for rehabilitering, der udvikler, forsker i og formidler rehabilitering tværfagligt og tværvideenskabeligt. Fordelt på Marselisborg Centrets ca. 15.000 kvm bygninger, 5-10.000 ugentlige besøgende og 400 arbejdere repræsenterer centret et bredt udsnit af mennesker i alle aldre med funktionsevne-nedsættelse; kognitiv funktionsevne-nedsættelse, bevægelseshandicap og synshandicap.

Centret inkorporerer sundhedsfremmende rammer ved at gøre brug af natur og grønne områder. Ved at facilitere naturlige og varierende omgivelser med forskellige sværhedsgrader, kan mennesker med funktionsnedsættelse udfordres og hjælpes med at opnå forbedringer, som er forskellig fra, hvad indendørsaktiviteter kan tilbyde. Dertil kan naturen anses for at være en form for

brobygger, der kan give anledning til og stiller krav om etablering af nye netværk og fælles løsninger.

Centret er arena for udvikling og afprøvning af nye løsninger. En platform for afprøvning af tiltag i mindre målestok som dernæst kan skaleres. Af igangværende fokusområder kan nævnes:

- + Et eksperimentarium, hvor der kan udvikles og afprøves nye modeller for samarbejde mellem offentlige myndigheder og civilsamfundet
- + Parken omkring centret har et stort potentiale mht. inklusion og etablering af socialøkonomiske virksomheder
- + Etablering frivillige netværk, hvor der skabes plads til alle. Døgnvariationen, og den faglige "affolkning" af området i aften- og nattetimerne samt i weekenden og ferieperioder åbner op for et område midt i byen.

Modellen





Modellen som vi bruger skal lidt forenklet fungere sådan, at udgangspunktet for initiativer, der skal skabe bedre resultater i fremtidens nære sundhed, er de kategorier (seks), som vi ved faktisk virker. Dernæst tilføjes seks benspænd eller designprincipper som giver retning til arbejdet med at udforme koncepter og skærper de koncepter, som der udarbejdes. Koncepterne skal så testes og evalueres, og effekten skal måles på de seks dimensioner, som vi har defineret for livskvaliteten.

Når et koncept skal udvikles fungerer metode-motoren på den måde, at man tager konceptet igennem metodens faser. Hvis man på Lolland fx vil skabe et koncept for enlige mænd over 40 år som lever usundt, så starter man med at kigge på de seks kategorier, for at se på hvilke af disse man skal tage hensyn til, og hvad det er for en type løsning (skal det handle om bevægelse, kultur, fysisk fællesskab mv). Dernæst tager man konceptet videre til designprincipperne, som er der hvor man kigger på hvordan konceptet skal se ud, og hvor man formentlig vil se et lokalt fingeraftryk, og endelig så når man til dimensionerne, der reelt skal afspejle selve effekten eller værdien af det koncept man skaber.

Kategorier

De overordnede greb vi har identificeret for fremtidens nære sundhed er følgende seks kategorier, hvor der for alle kategorier foreligger viden om, at indsatser inden for disse områder faktisk kan styrke fysisk og mental sundhed og dermed livskvaliteten.

De seks kategorier er valgt, dels fordi der er evidens for nytten af indsatser inden for kategorierne, dels fordi de taler direkte ind i de opgaver, der skal løses i fremtidens nære sundhedsvæsen. Vi ved fx, at når vi taler natur, er der i terapiovhaven i Arboretet ved Hørsholm forskning i, hvordan naturens sundhedsfremmende kvaliteter kan optimeres i haver og indgå i behandlingen af forskellige patientgrupper. Vi ved, at når det lykkes at motivere borgere med diabetes til at være mere fysisk aktive, opnår de en bedring af deres sundhed og reduktion i behov for medicin. Vi ved også, at når der gøres umage med at bygge rum og rammer som fx kræfttrådgivningerne Livsrum, giver det betydelige, positive effekter på brugernes velvære og trivsel.

Kategorier		
 Infrastruktur	 Fællesskab	 Natur
 Fysiske rum og rammer	 Kunst og kultur	 Bevægelse

1. Fællesskab

Fællesskab er i denne sammenhæng en mangfoldighed af lokale fællesskaber, der består af og inddrager frivillige organisationer, som kan skabe muligheder for mellemmenneskelige relationer og bidrage til mentalt velvære. Vi er sociale væsener, og det at have kontakt til andre mennesker taler til helt basale behov i mennesket.

Fællesskab kan give en følelse af både tilhørsforhold og identitet og en fornemmelse af at være en del af noget større end en selv. Brugerinddragelse har vist sig at være essentielt i at skabe en følelse af ejerskab for brugere. Det skal derfor medtænkes, hvordan brugere kan have størst mulig indflydelse på fællesskabets aktivitet.

2. Bevægelse

Bevægelse er en vigtig del af livet og er en del af mange fællesskabsorienterede aktiviteter, som er med til at skabe velvære og trivsel. Mennesket er skabt til at bevæge sig, og bevægelse er med til at

opretholde og styrke krop og sind og med til at reducere risikoen for sygdom.

Alligevel er en stor del af befolkningen inaktive – af mange grunde, men måske særligt som følge af manglende motivation, der igen kan basere sig på præferencer eller livsstil. Med vores viden om betydningen af bevægelse er det vigtigt at undersøge, hvordan bevægelse og fysisk aktivitet kan fremmes. Herunder er det vigtigt at være bevist om, at bevægelse kan være alt fra dans til løbetræning og dyrkning af en nyttehave, og der dermed er mange muligheder for fysisk aktivitet.

3.

Natur

Natur forstået som områder og omgivelser kan være både aktiverende og motiverende og kan skabe glæde og trivsel – og dermed også reducere stress og forbedre vores mentale sundhed.

Friluftsrådet har mange undersøgelser omkring danskernes brug af naturen, og mere end otte af 10 bekræfter, at det påvirker deres humør, psykiske trivsel og fysiske sundhed, når de bruger naturen aktivt. Friluftsliv er forbundet med naturglæde og øget livskvalitet.

De mange muligheder for at bruge og nyde naturen giver derfor både mulighed for at skabe ro og afslapning og for at være rum for bevægelse og fysisk aktivitet.

4.

Kunst og kultur

Kunst og kultur er meget mere end de såkaldte skønne kunster og kan forstås som mange og forskellige aktiviteter, der har en kreativ karakter og som - i bred forstand - er med til at give livet mening. Kunst og kultur kan være med til at skabe en følelse af samhørighed og identitet og kan også

give inspiration til selv at udtrykke sig gennem kreativitet. En del aktiviteter inden for kunst og kultur er også befordrende for aktiviteter i fællesskaber.

Kunst og kultur bruges aktivt flere steder i sundhedsvæsenet, både til at skabe imødekomende rum, men også - fx på Psykiatrisk Center på Amager, også aktivt gennem aktivt skabende, kunstneriske aktiviteter, der bruges som supplement til den øvrige behandling.

5. Fysiske rum og rammer / livsrum

Indbydende rum, der kan være eksilerende eller nye, skal være med til at skabe rammer for åbne og inkluderende fællesskaber. Som nævnt oven for er der gode erfaring med fx den positive effekt af indretningen af kræftrådgivningerne

Fysiske rum og rammer er - også inden for den nære sundhed - vigtige for trivsel og velvære. Vi har som mennesker, der har en lidelse eller et handicap, brug for at mødes om noget andet end det at være syg, og de fysiske rum og rammer skal understøtte dette "andet". Vi skal være opmærksomme på også gennem rum og rammer at henvende os til mennesket og tale til det raske og derigennem skabe de bedst mulige betingelser for at skabe øget sundhed eller kunne leve bedst muligt med de begrænsninger, sygdom eller handicap betyder.

6. Infrastruktur

Infrastruktur omfatter ikke blot grønne stier, parker, sollys og rum, men også hvordan borgere og brugere kommer fra a til b. Afstande til tilbuddene skal være nære og sikre, så det sunde valg på fx cykel også gøres til det nemme valg, og god, offentlig transport skal også understøtte infrastrukturen.

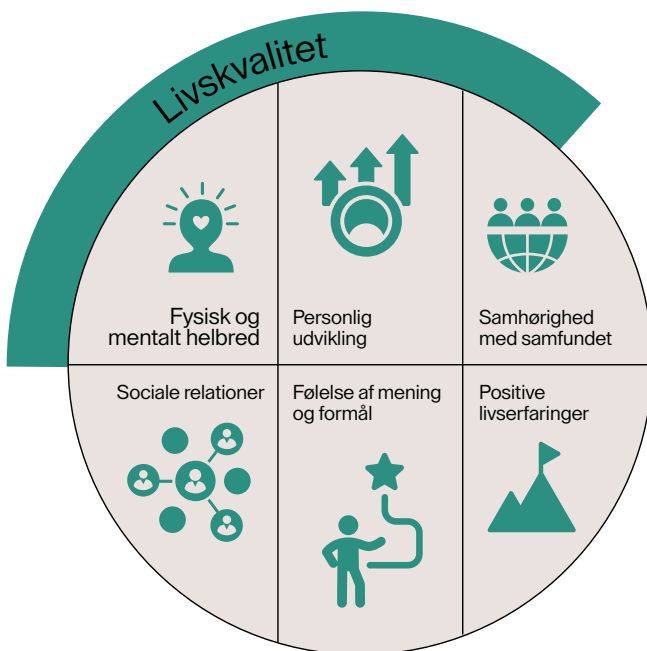
Vi ved fra mange projekter at den vanskeligste opgave er at få mobiliseret dem, som har mest brug

for tilbuddet til at deltage, både når det gælder at få dem motiveret til at indgå i initiativerne, den indbyggede mistillid og modstand til systemet, samt det at den fysiske afstand til mødestedet kan være en afgørende hindring.

Sammenfattende er disse seks elementer de overordnede kategorier, vi har identificeret som grundlag for fremtidens nære sundhed, og de har en sådan vigtighed, at flest muligt skal indgå i alle de konkrete koncepter for den nære sundhed.

Livskvalitet på formel

I dette afsnit beskriver vi først de dimensioner, vi har valgt som det, vi kan måle på, når vi vil måle livskvaliteten, og dernæst kommer vi med forslag til livskvalitet som den nye valuta. Det er disse seks dimensioner, vi skal måle på om vores indsatser i det nære sundhedsvæsen lykkes:



Ekstra dødsfald pga. depression:

I Danmark er der årligt 6.700 dødsfald med baggrund i depression.

Mentalt helbred:

Blandt personer med videregående uddannelse scorer 14,5 % lavt på den mentale helbreds-skala, mens 20 % af dem, der har grundskoleuddannelse, scorer lavt. Over 39 % af den gruppe, der er uden for arbejdsmarkedet, scorer lavt.

Kilde: "Sygdomsbyrden i Danmark" - Sundhedsstyrelsen

Dimensionerne i livskvalitet

OECD beskriver som nævnt oven for well-being med udgangspunkt i 11 dimensioner, der ud over en række materielle faktorer i høj grad relaterer sig til livskvalitetsfaktorer som fx subjektiv vurdering af livskvaliteten, den sociale forbundethed og engagementet i samfundets fællesskaber.

Henrik Larsen, Hospitalsdirektør Regionshospitalet Nordjylland: ”Kendskabet til hinandens sektorer og opgaver er mindre, end jeg kunne ønske mig. Det skal vi også have løst, så vi kender hinandens opgaver og vilkår og på den viden kan skabe mere sømløse sammenhænge. Kan vi slå hul på udfordringerne med at skabe et dybere, gensidigt kendskab og en endnu bedre gensidige tillid, vil vi komme langt.”

Erfaringerne fra de seneste tre år under Covid-19 pandemien har vist, at en høj grad af tillid er helt afgørende som den samfundsmæssige sammenhængskraft. Den høje grad af tillid skal vi værne om og bygge videre på, og vi skal sørge for, at såvel raske som syge er trygge - på basis af en grundliggende tillid til samfundet og fællesskaberne. Vi skal kigge ind i en infrastruktur og et sundhedsvæsen, hvor fundamentale udfordringer i hverdagen, som på den ene eller anden måde kan forårsage stress og angst, bliver adresseret.

Den nære sundhed skal derfor tænkes ind i nye rammer, og tryghed skal forstås på nye måder, og ansvaret herfor skal defineres på ny. Et nært sundhedsvæsen med fokus på omsorg skal give muligheder for at 'behandle' den utryghed, som kan forekomme hos den enkelte eller i familien. Det sundhedsmæssige og det sociale hænger sammen. Frygt for ikke at kunne betale husleje, frygt for sikkerhed, frygt for at præsterer dårligt – det pres skal ikke længere vendes indad, men skal have mulighed for at blive udtrykt, hørt og hjulpet. Dette er emner, der ikke adresseres i vores sundhedsvæsen i dag. Nogle gange overlades det til 'kommunen', men i de fleste gange til den enkelte og deres pårørende. Når det handler om at genstarte livet, så bliver rammerne, de sociale og det fysiske, meget afgørende.

Med afsæt i litteraturen, OECD's model og arbejdsgruppens diskussioner har vi valgt at livskvalitet kan defineres ud fra nedenstående seks dimensioner. Vi har valgt ikke at medtage de socialøkonomiske og materielle faktorer, fordi vi ønsker at fastholde fokus på de menneskelige forandringer, der kan opnås via den nære sundhed. Fokus er på de subjektive vurderinger af livskvaliteten – ikke for at se bort fra betydningen af de materielle

faktorer, men for netop at fokusere på de forhold, som taler direkte ind i livskvalitet i vidensprojektets kontekst.

Livskvalitet som valuta

Vi ved fx, at når man får mennesker til at mødes i fællesskaber, og når man får mennesker ud i naturen, så øger det velvære, og det øger livskvaliteten. Mange studier viser, at øget livskvalitet giver sundere liv, og det giver en gevinst i samfundet. Men studierne er baseret på cases, hvor n i hver case ofte er lille, og derfor kan gevinsterne ikke måles direkte på bundlinjen – hverken i projektet eller i kommuner eller regioner.

Men når vi fokuserer så stærkt på livskvalitet, har vi også brug for at kunne værdisætte ændringer i livskvalitet. Vi skal kunne måle livskvalitet, og den skal kunne veksles til kroner, så vi kan opgøre værdien. Livskvaliteten bliver ikke fremtidens eneste, gangbare valuta, men livskvalitet som valuta er en afgørende udvidelse af den måde, vi i dag primært ser på aktivitet, omkostninger og produktion.

Når man som kommune investerer x antal kroner i et tiltag, fx får mennesker til at mødes i et værksted to gange om ugen, så bliver det i det nuværende system opfattet som en serviceudgift. Men vi bør opfatte denne udgift som en investering i en indsats, der giver værdi for mennesker. Vi ved, at fællesskab er godt for helbredet, og vi ved, at det at lære noget, er godt for helbredet. Vi ved, at det at føle sig velkommen, er godt for helbredet, og vi ved, at det at gøre noget for andre, er godt for helbredet. Dette ved vi fra cases og videnskabelige artikler fra både ind og udland. Og vi har allerede mange indikatormålinger, vi har tal og trends fra Danmarks Statistik. Vi har de danske sundhedsprofile og en række andre offentligt tilgængelige databaser.

Opgaven er at få udarbejdet en model, hvor vi med afsæt i indikatorer for de seks livskvalitetsdimensioner kan få udarbejdet en reel baseline for Danmark, for hver region, for hver kommune og hvert lokalmiljø. Når vi herefter investerer i en sundhedsindsats eller en social indsats, så handler det altså om at identificere målgruppen, hvilke greb omhandler indsatsen, og hvilke parametre er i spil.

Det vil sige, vi måler på, om de ovenstående dimensioner forbedrer sig ved indsatsen. Gør de det, så er der en

gevinst. Næste step i modellen er at få vekslet denne livskvalitetsgevinst til kroner, så outcome kan måles og dernæst bruges i en reel business case, hvor der kan træffes beslutning om spredning af indsatsen, hvis der er en positiv effekt.

Et skift i logikken betyder således også, at der skal ske et skifte i, hvordan vi måler på vores sundhed. Hvis vi fortsæt-

Etablering af en Livskvalitetsbank skal binde aktiviteterne sammen og oversætte både "æbler og pærer" til et fælles sprog, én valuta, der kan angive værdien af aktiviteterne ude i landet.



Test, Måling, Evaluering og Udbredelse

ter med kun at måle og belønne på baggrund af input, output og andre traditionelle driftsmål, så kommer vi ikke til at lave om i vores logik, og vi kommer til at fastholde vores nuværende effektivitetsfokus, hvor det er sundhedsvæsenets produktion og processer og ikke menneskenes forbedrede sundhedstilstand, der er omdrejningspunktet.

De koncepter der er udviklet i dette vidensprojekt lægger således op til en systemisk ændring, hvor koncepterne understøttes af nye livskvalitetsmål og en ny valuta, der kan bruges til at sammenligne og sprede koncepterne og de tilknyttede tiltag. Mulighederne ved denne tilgang vil ikke kun favne fremtidens sundhedstiltag, men vil også kunne bruges som en ny gevinstmålestok ved fx kommunale investeringer i velfærdsteknologi og sociale tiltag, så de ikke som nu, oftest er betinget af en rent økonomisk businesscase på den enkelte institution.

Vi anbefaler på den baggrund, at der blive etableret en livskvalitetsbank, der opsamler og distribuerer den nye valuta.

Online fysisk træning og gruppesessioner

Forsøget søger at undersøge gennemførligheden af at skabe bedre motionsvaner online for personer med type 2-diabetes.



At kombinere online fysisk træning med online gruppemøder er en mulig måde at få gode resultater på. (Foto: diabetes.dk)

Gennem step-by-step samskabelse af de online træningsprogrammer skræddersyes de efter behov, hvilket forbedrer lysten til at motionere og gør det lettere at fastholde rutinen – programmerne suppleres med online møder, hvilket potentielt kan fungere som yderlig support.

Effekten hos type-2-diabetikerne blev målt gennem feedback i form af spørgeskema, selv-rapportering af sundhedsparametre og objektive målinger.







19 personer, med hovedsageligt samme baggrund og middel til højere uddannelse samt færdigheder i det digitale, deltog i forsøget.

89,5% var tilfredse med interventionen, og projektet levede op til deres forventninger. Desuden fandt 84,2% det motiverende at lave fysiske øvelser sammen med andre, selvom det blev udført online. Derudover følte 68,4 % en følelse af solidaritet i deres mindre motionsgrupper.

Benspænd som designprincipper

Partnerkredsen udviklede gennem vidensprojektet seks benspænd, der også fungerer som designprincipper, der skal ligge til grund for arbejdet med udvikling af koncepterne.

Disse seks principper anbefaler partnerne som det grundlag, som koncepterne skal overholde. De er vores dogmer, der fortæller, hvordan vi gerne vil arbejde med og forme koncepterne.

Designprincipper		
		
Det raske	Tæt på	Partnere
		
Tilpasse	(Re-)aktivere	Samlokalisere

1. Tale om det raske
For det første ønsker vi at tale om det raske. Det skal ikke gøres for at benægte sygdom og lidelse, men for at have fokus på det, der kan bringe størst muligt velvære og livsmod – også når der er smerter eller indskrænkninger i fysiske eller psykiske muligheder. Når vi taler om det raske, taler vi også om det der er muligt og ikke primært det, der ikke er muligt.

Vi tror ikke på, at et menneskes primære identitet skal handle om sygdom. Derfor er det vigtigt, at man

Trekanten i Holstebro

123

Hver anden tirsdag tager 10-15 mænd i boligområdet Trekanten i Holstebro et frikvarter fra hverdagen.



Boligsociale fællesskaber kan være et skridt på vejen til at styrke mænds sundhed i udsatte boligområder. (Foto: fagbladetboligen.dk)

Mandeklubben holder åben i tre timer hver tirsdag. Deltagerne laver mad, tager ud at bowle, samler svampe eller tager på fisketur. Mandeklubben er en af de boligsociale indsatser, der de seneste år har sat fokus på mænd, og det er der brug for, fordi mænd i udsatte boligområder i gennemsnit lever meget kortere end andre borgere.

En mand i et udsat boligområde i Aalborg lever i gennemsnit 16 år kortere end en mand i et velstillet kvarter i byen. Det viser den såkaldte Vedsted-undersøgelse fra 2016. Det gælder især singlemænd, fordi ingen giver dem et venligt skub til at komme til lægen.

Indsatsen handler om at få mænd til at være med i nogle fællesskaber, hvor de føler, at de betyder noget for andre og hvor man tager hånd om hinanden. Det er en vigtig forudsætning for, at kunne ændre sin livsstil.

I Holstebro har mange deltagere fysiske eller psykiske problemer, for eksempel PTSD, angst eller depression.

Flere andre boligsociale helhedsplaner laver også indsatser kun for mænd bl.a. i samarbejde med Forum for Mænds Sundhed om at oprette "Mænds Mødesteder".

henvender sig til mennesket og sindet, også når man er syg.

2. Tæt ud til der, hvor borgerne lever og bor
For det andet ønsker vi at komme tæt ud til der, hvor borgerne lever og bor. Når dagsordenen er styrkelse af det nære sundhedsvæsen, giver det mest mening, at intentionen er at skabe reel nærhed.

Der kan være vidt forskellige perspektiver på hvad, der er nært – og ikke alt og alle tilbud i det nære sundhedsvæsen kan praktisk have samme nærhed. Men intentionen om en høj grad af nærhed er vigtig for vidensprojektet. Neden for er der netop også beskrevet et “benspænd”, der spørger, “hvor nært kan det nære sundhedsvæsen blive?”. Den overvejelse er helt central.

3. Stærke, veldefinerede koncepter som skal kunne tilpasses
For det tredje er det godt at have stærke, veldefinerede koncepter, men vi skal kunne tilpasse dem i den konkrete implementering. Vi skal kunne tilpasse i forhold til de muligheder og vilkår, der er hen over landet. “Det er næppe sådan, at der er brug for det samme i Hedensted som på Frederiksberg”. Der giver derfor god mening at have klare koncepter, men uden tilpasning er der stor risiko for, at den konkrete implementering ikke giver mening og dermed ikke bliver reelt bæredygtig.

4. Aktivere eller reaktivere de mange initiativer, der findes over landet
For det fjerde er ambitionen at skabe noget nyt omkring den nære sundhed, men samtidig også at aktivere eller reaktivere de mange initiativer, der findes over landet. Velfungerende aktiviteter skal kobles sammen. Der er fremragende eksempler på aktiviteter, der tegner en del af fremtidens nære sund-

hedsvæsen. En stor del drives af enkelte ildsjæle, der gør et fremragende arbejde, men ikke altid er garanti for forankring af aktiviteterne.

Der er derfor i vidensprojektet en anerkendelse af, at der er behov for systemiske tiltag, der etablerer nye initiativer gradvist, men hvor opsamling af resultater af implementering og test er afgørende for langsigtede og bæredygtige resultater og for beslutninger om spredning.

5. Opmærksomhed på hvilke partnere, der kan facilitere de nye initiativer

For det femte skal der være opmærksomhed på hvilke partnere, der kan facilitere de nye initiativer.

Når vi lægger til grund, at civilsamfundet skal spille en større rolle i fremtidens nære sundhedsvæsen, er det vigtigt at kunne pege på den bredest mulige kreds af aktører (private og offentlige), der faktisk skal være med til at spille denne større rolle. Og der skal også tages stilling til, hvordan der kan dannes en sikker, systematisk opfølgning og understøttelse af initiativerne.

6. Ønsker at sam-lokalisere

For det sjette er det et vigtigt princip, at vi ønsker at sam-lokalisere. De fysiske rammer for de aktiviteter, der kræver fysiske rammer, kan være nye eller kan være eksisterende, fysiske rammer. Det er i sagens natur mest bæredygtigt at satse på den størst mulige genanvendelse af eksisterende fysik.

Der skal dertil satses på en langt større mangfoldighed i anvendelsen af fysiske rammer – altså mindre vertikal orientering, i egen organisation, og mere horisontal orientering, på tværs af organisationer og i samspil med andre. Når vi deles om rammerne, styrker vi også en bæredygtig drift.


Metode-motor

Kategorier








 Infrastruktur	 Fællesskab	 Natur
 Fysiske rum og rammer	 Kunst og kultur	 Bevægelse

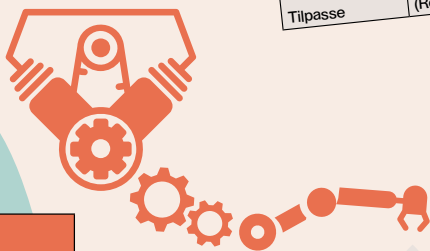
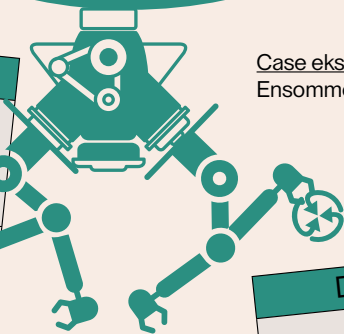
Case eksempel
Ensomme mænd

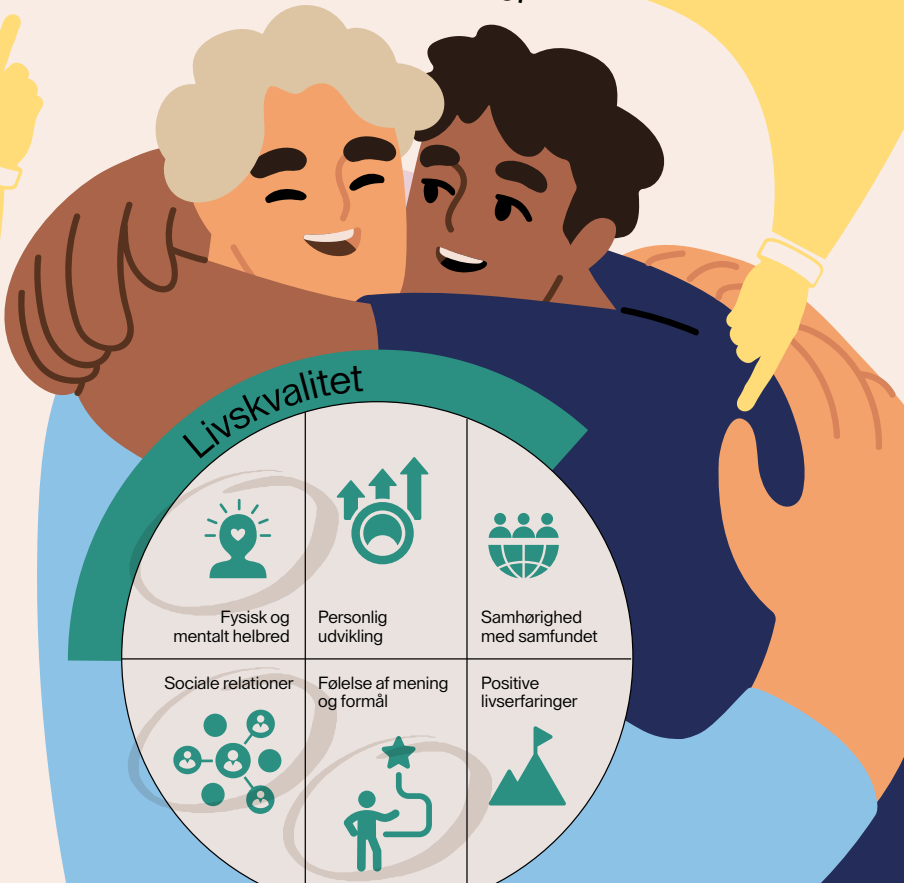
Designprincipper

 Det raske	 Tæt på	 Partnere
 Tilpasse	 (Re-)aktivere	 Samlokalisere

Koncepter

 Mobilisering i forhold til ulighed i sundhed	 Fælleshuset	 Forebyggelse gennem fællesskaber
 Tilpasse	 Værkstedet	 Mobilt & opsøgende i forhold til udsatte
 Skov, kyst og mark	 Fysisk aktivitet	 Kulturelle og kreative aktiviteter





Det nære og det motiverende

De seks benspænd eller designprincipper oven for kan bruges til at give retning og skærpe udarbejdelsen af koncepter, der skal tegne fremtidens nære sundhed. Nedenfor gives to eksempler på hvordan principperne kan sætte diskussionerne på spidsen.

- Det nære – hvor nært kan det nære blive?
- Det motiverende – hvordan skabes deltagelse og engagement?

Hvor nært kan det nære blive?

Når dagsordenen er styrkelse af det nære sundhedsvæsen, giver det mening, at intentionen er at skabe reel nærhed. Det kan være vidt forskellige perspektiver på hvad, der er nært – og næppe alle tilbud i det nære sundhedsvæsen kan praktisk have samme nærhed. Men intentionen om en høj grad af nærhed er essentiel.

Med beslutningen om etablering af ”op til 25 nærhospitalet” er der indtil videre lagt en ramme for dén del af det nære sundhedsvæsen.

Men i mange sammenhænge vil 25 lokationer af de fleste ikke blive omfattet som nært, og i det omfang, fremtidens nære sundhedsvæsen skal indeholde aktiviteter, der i deres natur bør have en lettere tilgængelighed, kan andre og mere radikale forståelser af nærhed overvejes. Særligt når vi taler om initiativer, der skal adressere den mentale trivsel, er det essentielt, at den nære sundhed bliver reelt nær - altså kommer langt længere ud end det er muligt med 25 lokationer.

DSB har fortsat +200 stationer, hvor der er potentialer for en bedre udnyttelse – til fx aktiviteter i relation til den nære sundhed. DSB's net af særligt mindre stationer ligger med en ganske stor geografisk spredning og vil på mange punkter imødekomme et ønske om let tilgængelighed, og mange af stationerne er – pr. definition – også trafikale knu-

Modellen

Med afsæt i historiske data for indikatorerne for livskvalitet, vil vi kunne udlede trends og sammenhænge på tværs. Disse trends kan vi måle op imod et korrigeret BNP-mål (skal udvikles) for det pågældende geografiske område som der investeres i. Med mange data kan vi skabe en datasæt, og datasættet kan udvikles til via korrelationer at kunne bruges til forudsigelser og følsomhedsanalyser. Det betyder, også at vi kan begynde at værdisætte de geografiske områders værdi (det korrigerede BNP-mål) alene med afsæt i livskvalitetsparameter. Denne værdiberegner giver herefter mulighed for at måle på effekten i et bestemt område ved at få eksempelvis 15 personer til at indgå i et fællesskab, der inkluderer fysisk aktivitet og hvor deres sundhedstilstand øges.

Boligsociale medarbejdere rykker ud

Boligsociale medarbejdere i udsatte almene boligområder hjælper med at bringe test og vacciner ud til beboerne .

Coronakrisen i 2020 kastede hurtigt lys på den sociale ulighed i Danmark. Især i landets udsatte boligområder var der flere der blev syge og færre der blev testet og siden vaccineret.

I de almene boligområder er der ikke langt fra medarbejder til beboer eller fra nabo til nabo. Det var en kæmpe fordel i en krisetid, hvor det er afgørende, at information fra myndighed til borger går stærkt. Den almene sektor udnyttede derfor denne stærke menneskelige infrastruktur til at distribuere statens løbende anbefalinger ud på 30 sprog ved at hænge plakater op i opgange, kommunikere via sociale medier mv.

Der blev hurtigt etableret stærkere relationer og smidige samarbejder på tværs af almene boligorganisationer, kommuner, sundhedsmyndigheder på mange niveauer og andre lokale aktører bl.a.

om at få mobile testcentre og siden vacciner ud til beboerne.

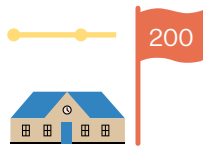
I en række af de udsatte boligområder samarbejdede de boligsociale medarbejdere med at støtte op om regionens mobile Corona-testcentre. De boligsociale medarbejdere sørgede for alt fra strøm til testpersonalets computere til kødannelser og information.

Testfolkene kom og gjorde det, de er gode til: at teste. De boligsociale medarbejdere stod for alt det andet, så de kunne arbejde hurtigt med at teste borgerne og ikke bruge tid på spørgsmål. Dertil blev lokale nøglepersoner i de forskellige etniske grupper aktiveret, så de sammen med de boligsociale medarbejdere kunne ringe på døre, informere og snakke med familier og understøtte, at de bliver testet næste gang testvognen var der.



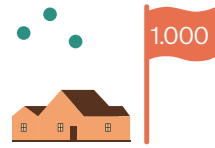
Hospitaller:

25 nærhospitaler skal i højere grad indeholde ikke-behandlingsrettede funktioner som også mobiliserer borgeraktiviteter og er samlingspunkt for inkluderende borgerrettede løsninger.



Stationer:

Anvendelse af f.eks. DSBs 200 mindre stationer med deres mange knudepunkter rundt i landet kan skabe et nærværende netværk med indhold, der er skræddersyet til det konkrete sted.



Fælleshuse:

Videreførelse af landets mange aktive samlingssteder – sundhedshuse, forsamlingshuse, haler, biblioteker, shoppingcentre, idrætsforeninger, boligforeninger mv. – forbindes i et vibrerende netværk.

depunkter. Stationerne, der også i forskellig grad har kulturel og arkitektonisk værdi kan blive vigtige samlingspunkter og måske ”forsamlingshuse”, der kan danne basis for et flertal af sociale og sundhedsmæssige aktiviteter.

Der er mange andre muligheder for at skabe mere lokale samlingssteder, hvor også sundhedsaktiviteter kan finde sted. Det kan være i landets omkring 65 indkøbscentre, hvor der er et stort flow af mennesker, men som måske også kunne varetage eller huse aktiviteter omkring sundhed. Det kunne landets omkring 245 folkebiblioteker, der allerede i vidt omfang er lokale centre for brede aktiviteter af kulturel karakter, også blive.

En endnu højere grad af nærhed vil kunne skabes, hvis de fælleshuse eller beboerhuse, som boligselskaber, andelsforeninger og visse ejerforeninger har – og hertil landets 1.000 forsamlingshuse - aktiveres som nye, samlende fælleshuse med sundhedsaktiviteter tilknyttet. I dette perspektiv vil der for mange mennesker kunne være en høj grad af oplevet nærhed for de aktiviteter, der sker i fælleshusene.

Valget mellem 25, 200 og 1.000 lokalisationer for den nære sundhed er ikke alt eller intet, og der findes ikke ét optimalt tal, men som udgangspunkt skal det anbefales at tage stilling til, hvor nært vi kan komme og ønsker at komme.

Udbredelse

Steder der samler

Det nære sundhed skal findes max 15 minutter fra ens bolig. Eksemplerne på vellykkede lokale projekter båret af ildsjæle er utallige. Dem skal vi bevare og understøtte og koble med yderligere initiativer, der adresserer de forskelligartede behov, der har betydning for den mentale sundhed.

Vi skal have fysiske rammer, der er inkluderende og mindre institutionelle og de mange mødesteder skal aktiveres under en paraply, som tilsammen udgør et nærværende netværk.

På kort sigt skal der investeres i at etablere infrastruktur og samle stederne. I et længere perspektiv skal der arbejdes med sundhedsfremme og forebyggelse bredt i hele landet, hvor nærhed til mødesteder for samtlige af landets borgere øger anvendelsesgrad og effekten betragteligt.



Udgangspunktet bør være ambitiøst og have effekt, og for at det lader sig gøre skal man lykkedes med at få borgerne til at deltage. Et forslag kunne være at mødestederne ”højest må være 15 minutter væk”.

Det motiverende - hvordan skabes deltagelse og engagement?

Det danske sundhedsvæsen er for alle borgere i Danmark uanset stand og status. Imidlertid er det veldokumenteret, at ikke alle borgere hverken har samme behov for sundhedsvæsenet – men heller har et brug af sundhedsvæsenet, der afspejler deres behov. Når sundhedsvæsenets tilbud er for ”alle”, er der mindre fokus på, at ikke alle har samme viden og kendskab til, hvordan sundhedsvæsenet bruges, fx af sociale eller kulturelle årsager. Der er på mange måder fortsat en stor ulighed i sundhed og i anvendelsen af sundhedsvæsenet i Danmark. Motivationen for at bruge sundhedsvæsenet, når der er behov, er meget forskellige på tværs af både generationer og sociale og kulturelle forhold, og det skal der være opmærksomhed omkring.

Det anbefales derfor, at der i det videre arbejde med koncepterne og planer for test og skalering lægges vægt på, at mange af de tilbud, som foreslås, har mennesker, som ikke socialt eller kulturelt er ”sundhedsvante” som målgruppe – så i tilrettelæggelsen af tilbuddene skal der tænkes over ikke at falde ned i en ”middelklasse-æstetik”, som ikke reelt har målgruppen i centrum. En overvejelse bør gå på, hvem er det der designer løsningerne og hvordan der sikres involvering og ejerskab hos brugerne.

Det er derfor en særlig opgave at finde metoder og veje til at inddrage mennesker, som ofte ikke af sig selv vil engagere sig og blive motiveret til at arbejde i fx projekter eller frivillige foreninger. Det er særligt vigtigt i sammenhæng med nye veje i relation til den nære sundhed, hvor der er grupper, der af sociale eller kulturelle grunde ofte ikke deltager i aktiviteter omkring sundhed.

Det at have indflydelse på sit liv og sine omgivelser kan virke positivt for ens livskvalitet, og det er meningsfuldt, livsbekræftende og kan skabe glæde. For at imødekomme fremtidens sundhedsudfordringer, er det vigtigt, at de nye, nære

Andelen af personer, der vælger at blive gift, er faldende:

I Danmark er antallet faldet med omtrent 29 % siden 1960. I dagens samfund sameksisterer og samarbejder seks generationer. Måden dagligdagen indrettes er under konstant forandring, og udviklingen i antallet af gifte par peger mod mere individuelle livsopfattelser end før. Store livsbegivenheder som bryllup har betydning for livsglæden, men effekten er overraskende kortvarig.

Kilde: Our World In Data

sundhedstilbud er attraktive og motiverende. Dette gøres ved at inddrage brugerne selv og skabe en forbindelse mellem dem og tilbuddene, samt ved at styrke de gode fællesskaber og ved at løse problemer i samarbejde.

Der findes mange rapporter og undersøgelser af, hvad der er vigtigt for både borgere og patienter. Danske Patienters rapport om 'Patienterne har ordet' giver mange elementer til svar på, hvad der er vigtigt – og er opsummeret i en enkelt sætning: 'Patienternes forståelse af kvalitet: Høj sundhedsfaglig ekspertise skal gå hånd-i-hånd med omsorg og styr på forløb'. Denne og mange andre undersøgelser rummer vigtige indsigter i de forhold, der skal stå i centrum ved i tilrettelæggelsen af fremtidens nære sundhedsvæsen.

På mere konkret plan kan brugerne opnå en tættere inddragelse og ejerskabsfølelse ved at have afgørende, organisatorisk indflydelse på projekterne. Den enkelte bruger skal føle sig hørt og inddraget. Dette vil medvirke til at knytte brugerne om fællesskaberne ved at kunne genkende dets udvikling og føle, at man har været en del af den. Det at hjælpe til med vedligeholdelse og skabe kreative personlige udtryk er også muligheder. Disse tiltag skaber en fælles historie for brugerne, som de har været med til at skrive.

Et eksempel er, at Aktive Fællesskaber fra Odsherred kommune samarbejder med borgere, hvor der via dialoger udarbejdes blandt andet motionsprogrammer baseret på behov, muligheder og inputs fra brugerne. Et andet eksempel er Tingbjerg Changing Diabetes (TCD) med udgangspunkt i en omfattende lokal borgerinddragelse og samskabelse i et arbejde for at modvirke type-2-diabetes.

Det anbefales, at der undersøges, hvornår det giver mening at inddrage forskellige typer af viden, beslutninger og ideer fra brugere, men det skal sikres, at muligheden skal være der og der skal sikres et godt og robust fællesskab med stor deltagelse.

UngMod og UngSex i Fredericia og Vejle

Forebyggelse af uønskede graviditeter og seksuelt overførte sygdomme .

'UngMod' og 'UngSex' er klinikker med tilbud om gratis udlevering og opsætning af spiral og p-stav, tests for seksuelt overførte sygdomme og rådgivning og samtaler om seksuel sundhed. Klinikkerne er et trygt sted hvor unge kan henvende sig. Det er et tilbud, der har fungeret siden 2019.

Rådgivning omkring livssituation og udlevering af gratis langtidsvarende prævention er ikke mindst en måde at forebygge anbringelser af børn uden for hjemmet på, ligesom det kan forebygge aborter. Og seksuelt overførte sygdomme, hvor klamydia er den hyppigste, har konsekvenser for både den enkelte og for samfundet.

Undersøgelser viser, at mange unge, særligt piger, har en negativ opfattelse af deres krop. De unge taler selv om manglende viden om prævention, krop og seksuelt relaterede emner og om manglende evne til at sætte grænser.

Klinikkerne i Fredericia og Vejle er et trygt sted, hvor unge kan komme anonymt og tale med fagpersoner om seksuelle og kropslige emner. Målgruppen er unge, primært i alderen 12-25 år, der bor, er under uddannelse eller arbejder i Fredericia eller Vejle kommune.



Bent Madsen Administrerende direktør, BL – Danmarks Almene Boliger

I vidensprojektet har partnerne arbejdet over en kort periode med at skabe overblik over feltet den nære sundhed, men har også brugt tid på workshops og på at høre oplæg fra forskere, der har præsenteret vidt forskellige vinkler på sundhed, natur, sygdom og mennesker – og de vilkår og muligheder, der er for at skabe nye måder at arbejde med sundhed – og særligt den nære sundhed.

Partnerne har også brugt tid på at dele og drøfte erfaringer med allerede eksisterende sociale og sundhedsmæssige initiativer, der adresserer sundhed og ikke mindst mental sundhed, og endelig har

partnerne drøftet perspektiver, visioner og drømme for fremtidens nære sundhed.

I løbet af bogen finder du interviews med otte ledere, der repræsenterer de partnere, der indgår i vidensprojektet.

De otte partnere repræsenterer vidt forskellige organisationer og har forskellige perspektiver og vinkler på fremtidens nære sundhed og hvilke hensyn, der skal lægges til grund, når der skal ske en prioritering af den nære sundhed. De er blevet spurgt om deres perspektiver, visioner og drømme.

I: Hvorfor er du og din organisation med i debatten om fremtidens nære sundhed?

BM: Vi er med i debatten, fordi det er vigtigt for hele den million mennesker, der bor i de almene boliger, at vi også fremover har et samfund og et sundhedsvæsen, der giver alle lige muligheder for et sundt liv og et så godt liv som muligt, hvis man har sygdom eller en lidelse, der begrænser hverdagen.

Vi har en blandet sammensætning af beboere i de almene boliger, og vi har også mange, der har behov for et velfungerende sundhedsvæsen. Personer med psykiske lidelser. Mange ældre, også dem som har forskellige sundhedsmæssige udfordringer. Derfor er et velfungerende sundhedsvæsen også afgørende for velfungerende liv i de enkelte hjem og velfungerende boligområder.

Samtidig ser vi også ind i en udvikling, hvor der kommer øget fokus på nære sundhedsydelser, og dét er en vigtig dagsorden for vores boligområder, hvor der kan være potentialer i et nyt samspil med vores daglige aktiviteter i boligområderne.

I: Hvilket behov har jeres boligforeninger for at komme i kontakt med sundhedsvæsenet?

BM: Der løftes en stor boligsocial opgave i de almene boligområder. Både i områder med boligsociale helhedsplaner med særlige indsatser og i de mange boligområder over hele landet, hvor medarbejdere og naboer udfører et stort civilsamarbejde hver dag. Vi huser helt almindelige mennesker, også dem med forskellige udfordringer i livet. En dobbelt så stor andel af borgerne i almene boliger har udfordringer som fx diabetes eller psykiske udfordringer sammenlignet med

resten af samfundet. Vi kunne ønske os et tættere samspil med sundhedsvæsenet, når eksempelvis beboere med psykiske lidelser måske får behov for akut kontakt til sundhedsvæsenet. Kunne det være forebygget ved et tættere samspil mellem vores hverdagskontakt og sundhedsvæsenet. Kan vi samarbejde om at modtage bedre, når borgere har været i behandling. Det vil være godt for den enkelte person med udfordringer, kunne bidrage til større tryghed i boligområderne og samfundsmæssigt være sund fornuft.

I: Har I konkrete erfaringer med forskellige indsatser?

BM: Vi både har uformelle og formelle erfaringer. De uformelle erfaringer fra den praktiske hverdag i boligområderne er, at mange ejendomsfunktionærer og naboer yder en ekstra indsats overfor beboere, der har brug for en hjælpende hånd. Det kan være til små praktiske opgaver i dagligdagen – bære indkøbsposer op, skrue en pære i loftslampen osv., som giver den almindelige menneskelige kontakt, der er så vigtig for at modvirke ensomhed. Det kan også være lokale gåklubber, fællesspisninger osv.

Disse uformelle netværk og styrker i civilsamfundet kan også medvirke til kontakter til fagprofessionelle, hvis der opleves brug for det.

I boligområder med boligsociale helhedsplaner har vi mere formaliserede strukturer med ansatte boligsociale medarbejdere, nogle steder frem-skudte indsatser fra kommunen. Et godt eksempel på samspil med sundhedssystemet er det store boligområde Aalborg Øst, hvor vi sammen med kommune og regionen bygget et sundhedshus med læger, træningsfaciliteter og meget andet. Samarbejde med det lokale erhvervsliv, idrætsfor-

eninger m.v. Det har medvirket til en transformation af boligområdet, flere i beskæftigelse, bedre skoleresultater og større nærhed i forhold til sundhedsydelse.

I: Kan man sætte jeres erfaringer bredere i spil?

BM: Det er vi slet ikke i tvivl om. Men vores daglige indsatser i lokalområdet bygger vi bro til borge, som de offentlige systemer ellers kan have vanskeligt ved at nå, også i forhold til gode råd om sundhed og forebyggelse. Vi har så at sige en menneskelig infrastruktur i boligområderne, hvor vi jo er til stede hver dag hele året rundt. Den nærhed, naboskab og typisk store tillid til vores medarbejdere kan med fordel for alle parter tænkes tættere sammen med kommunale tilbud til fx ældre og i samspillet med sundhedssystemet.

7

Skitseser til koncepter

I vidensprojektet har der været arbejdet med en bruttoliste på mere end 40 skitser til koncepter for initiativer omkring fremtidens nære sundhedsvæsen. Bruttolisten af koncepter har haft en stor forskellighed, men alle har baseret sig på, at fællesskaber bidrager til sundere liv, at bevægelse er vigtig for både krop og sind, frivillighed skal have en større rolle som aktiv i forhold til det sunde liv - og at fysiske rum er vigtige som steder der samler og skaber rammer for menneskets liv.

I en kort proces har partnerskabskredsen identificeret ni overordnede skitser til koncepter, som præsenteres nedenfor. For alle koncepterne gælder, at de er udarbejdet

på grundlag af de seks kategorier og ved anvendelse af de seks benspænd eller designkriterier.

For koncepterne gælder også, at de alle har tydelige 'fingeraftryk' i forhold til særligt fokus på frivilligheden, opmærksomhed på de fysiske rum og rammer og også fokus på de skift der sker i logik og dermed i generationernes syn på og brug af/deltagelse i det nære sundhedsvæsens aktiviteter og tilbud.

De ni identificerede koncepter er følgende:

1. Mobilisering i forhold til ulighed i sundhed
2. Fælleshuset
3. Forebyggelse gennem fællesskaber
4. Værkstedet
5. Biblioteket – Urban Living
6. Mobilt & opsøgende i forhold til udsatte
7. Skov, kyst og mark
8. Fysisk aktivitet
9. Kulturelle og kreative aktiviteter

For hver af de ni skitser til koncepter beskrives kort formålet og dernæst hvem, altså hvem er målgruppen eller målgrupperne, hvad, altså hvad er værdien ved dette koncept, og endelig hvor, altså hvilken fysik kan konceptet udfolde sig i.

Med henblik på målgrupper foreligger der – som illustreret i de Danmarkskort, der er præsenteret tidligere i denne rapport – en ganske præcis viden om sundhed og sundhedsudfordringer, der kan ligge til grund for den konkrete definition af målgrupperne i den specifikke kommune eller by. Der bør sikres plads til, at hvert koncept kan rumme det lokale steds specifikke forhold, som kan gøre konceptet nærværende, og som kan styrke ejerskabet.

Der er brug for at arbejde videre med skitsernes taksonomi, da de befinder sig på et lidt forskelligt niveau, men metode-motoren, der er præsenteret i kapitel 6, kan bruges til at forme og sikre fremdrift i konceptualiseringen. Hvert koncept fremstår endnu skitse-mæssigt og i umoden form og bør som nævnt i den næstkommende fase udsættes for analyser vedr. specifikke, lokale målgrupper, fx unge kvinders (16-34-årige) mistrivsel, enlige ældres ensomhed, udsatte på kanten af arbejdsmarkedet mv.



Fordybelse



Kulturelle og kreative aktiviteter



Åbne fællesskaber



Fælles om bevægelse



Adgang til natur



Mobile sundhedstilbud

Mobilisering i forhold til ulighed i sundhed

Motivationen for dette koncept tager afsæt i, at sundhedstilbud skal differentieres i i højere grad end i dag. Effekten skal være et større løft for dem, der har mest behov.

Sundhed er for alle, men social baggrund, uddannelse, ressourcer, alder og køn har alle indflydelse på, hvordan sundhed er og opfattes, og sundhedsrisici bliver højere i takt med en lavere social position. Denne skævvridning vil dette koncept adressere. Sundheden skal løftes for alle, men der skal være en særlig opmærksomhed og indsats over for de grupper, der har de største behov for et løft. Der skal skabes positive livserfaringer og der er behov for løsninger, der kommer tæt på konceptets målgrupper.

Konceptet tager særligt udgangspunkt i kategorierne fællesskab, fysiske rum og rammer og infrastruktur, og konceptet fokuserer på at skabe livskvalitet særligt gennem dimensionerne sociale relationer, mening, psykisk og fysisk helbred og positive livserfaringer. På baggrund af den faktiske ulighed differentierer konceptet mellem "de resourcestærke" og "de udsatte" – idet der er bevidsthed om, at ulighed ikke er et spørgsmål om to grupper, men at der er tale om en gradient. Konceptet taler ind i, at den eksisterende ulighed, der betyder øget sygelighed og langt kortere liv for grupper af udsatte, er uretfærdig og skal reduceres.

"Dem der kan, skal selv", og værdien ved dette koncept er at frigøre ressourcer, der gennem en anden anvendelse kan øge sundheden for dem, der har mest behov. De resourcestærke eller digitalt kompetente skal i højere grad flyttes over på digitale platforme, og selvbetjeningsløsninger, men skal også kunne benytte frivillige organisationer og netværk.

For de socialt udsatte skal der være gode koblinger mellem de indsatser, der allerede eksisterer

og der skal være velbeskrevne "borgerrejser", der giver god sammenhæng i forløbene. Der skal gælde et princip om "ingen forkert dør". Uanset om du som udsat kommer ind ad døren hos kommunen, lægen eller psykiatrien, skal du mødes af den hjælp, der er vigtig for dig.

En stor del af aktiviteterne kan ske gennem fællesskaber, der styrker motivationen for et sundere liv, der skabes af frivillige eller af civilsamfundets organisationer, og den udsatte skal mødes i rum, der signalerer respekt og tryghed.

En del udsatte er ikke vant brugere af sundhedstilbud og skal derfor også mødes i eget miljø eller der, hvor de lever og færdes. For nogle udsatte grupper vedkommende kan de mødes af opsøgende funktioner – jævnfør skitse 6 nedenfor, for andre grupper vil der være behov for en infrastruktur, der betyder tilbud i det nære miljø, hvor mennesker bor og lever. På den fysiske front kan mobiliseringen knyttes op til flere forskellige, eksisterende rammer.

Dette koncept berører således både det fysiske rum i nærområderne, og det virtuelle rum i de digitale løsninger. På den virtuelle front er der brug for udvikling af bedre løsninger, der gør de digitale løsninger både let tilgængelige, men også tiltrækkende og attraktive.

Konceptet sigter mod at styrke livskvalitetens dimensioner om psykisk og fysisk helbred ved at give mulighed for bredere fællesskaber og dermed reduktion af ensomhed, og gennem hjælp til at støtte udsatte borgeres egne handlemuligheder og dermed give mulighed for at skabe mening og positive livserfaringer.

Fælleshuset

Motivationen for dette koncept tager afsæt i, at vores livskvalitet hænger sammen med vores sociale relationer. Effekten samler, aktiverer og motiverer til et sundt liv.

Fælleshuset er for borgeren – men også for den, der har en eller anden skavank eller langvarig lidelse. Det er for dem, som kunne være interesseret i at bruge fælleshuset på baggrund af dets aktiviteter og det sociale liv, og stedet kan – alt efter mulighederne - inkludere en række aktiviteter såsom folkekøkken/fællesspisning, strikkeklub, spilleklub, dans/træning/bevægelse, forsamlingshus, mødested eller bordtennisstræning.

Konceptet tager særligt udgangspunkt i kategorierne fællesskab og fysiske rum og rammer. Det fokuserer på at skabe livskvalitet særligt gennem dimensionerne sociale relationer, mening, fysisk og psykisk helbred og positive erfaringer.

Der findes allerede i dag et stort antal beboerhuse, forsamlingshuse eller fælleshuse, der er placeret i områderne, hvor folk lever og bor.

Fælleshuset tænker alternativer til traditionel behandling og tænker i supplerende former for aktiviteter, der har fokus på livskvalitet. Fælleshuset skal skabe fokus på at styrke nære fællesskaber og modvirke tendenser til øgede helbredsrisici og mistrivsel. Når man forstår, at udfordringen på mental sundhed ikke blot er biomedicinsk, men også er betinget af sociale sammenhænge, må løsninger på problemet også findes i fællesskabet, der kan få indhold og form i fælleshuset.

Nærværet i fælleshuset søger at skabe fællesskaber med sunde og udviklende aktiviteter, det tales til det raske, og brugerne skal have lyst til at møde

op på grund af de aktiviteterne, men også på grund af samværet de andre deltagere. Fælleshuset kan styrke sammenhold og inklusion og kan skabe muligheder for at finde en højere grad af mening og positive erfaringer.

Hvor nært kan det blive? Et bud kunne være, at "det må højst være 15 minutter væk". Motivationen for at deltage vil for mange – ud over aktiviteternes indhold - hænge sammen med nærheden.

Fælleshuset skal inkludere flere sundhedsaktiviteter. Fælleshuset befinder sig tæt på der, hvor brugerne bor og lever. Der findes allerede i dag et stort antal beboerhuse, forsamlingshuse eller fælleshuse, der er placeret i områderne, hvor folk lever og bor. De skal bruges af nærmiljøet og må ikke være længere væk, end at det er overkommeligt at komme derhen. Det skal være nært og tæt på boligområderne

Det lokale fælleshus - hvad enten det er et beboerhus, forsamlingshus eller fælleshus - skal aktiveres, og fælleshuset skal inkludere flere sundhedsaktiviteter, der kan ske tæt på de lokale fællesskaber. Fælleshuset taler direkte ind i eksisterende fællesskaber, der typisk findes der, hvor folk bor og lever. På den måde taler konceptet taler ind i livskvalitet på den måde, at særligt de sociale relationer, der kan skabes rammer for i fælleshuset gennem relevante aktiviteter, der også har med sundhed at gøre, kan være med til at give mening og positive livserfaringer og dermed støtte et bedre fysisk og psykisk helbred.

Forebyggelse gennem fællesskaber

Motivationen for dette koncept tager afsæt i, at forebyggende fællesskaber er for alle, ældre og voksne, såvel som unge, mænd og kvinder, folk med eller uden sygdom. Effekten skabes gennem aktiviteter, der kan have mange former, som styrker socialt samvær, bevægelse og trivsel.

Et særligt fokusområde for dette koncept kan i høj grad være styrkelse af den mentale sundhed hos målgruppen af især unge, hvor der er mistrivsel. Det kan fx være gennem aktiviteter i fællesskaber omkring fysiske aktiviteter, natur eller aktiviteter omkring leg, kultur og spil. Konceptet tager særligt udgangspunkt i kategorierne fællesskaber, bevægelse og fysiske rum og rammer, og konceptet fokuserer på at skabe livskvalitet gennem dimensionerne fysisk og psykisk helbred, sociale relationer, positive livserfaringer og personlig udvikling.

Konceptet skal ikke erstatte, men understøtte og nære det eksisterende – bygge broer mellem sundhedsvæsenet og tilbud i civilsamfundet. Konceptet henvender sig til interesserede, som gerne vil være en del af nogle af fællesskaberne, og der vil derfor være behov for forskellige aktiviteter baseret på brugernes evner og muligheder for at deltage.

Forebyggelse skal gøres konkret og lokal, og vi skal nære attraktive og sundhedsfremmende fællesskaber, der ofte sker gennem frivillige og gennem frivilligforeninger. Gennem forebyggede fællesskaber inden for fx fysiske aktiviteter og kunst og kultur skal fokus hæves til at inkludere et sundt mentalt og fysisk helbred, for vi ved, at fællesskaber udgør en betydelig rolle for effektiviteten af interventioner for sundhed.

Fysisk bevægelse i al slags intensitet kan forbedre livskvaliteten, og med fællesskabet involveret vil

sport eller anden fritidsaktivitet styrke de sociale relationer og positive livserfaringer. Derfor har bevægelse og mobilitet en nøglerolle i dette koncept.

Der findes allerede i dag mange fællesskaber i lokalområderne – tæt på borgerne, hvor folk bor og lever. Vi skal ikke erstatte de eksisterende, positive fællesskaber og indsatser, som måske ikke nødvendigvis er sat i verden som forebyggende, men konceptet skal koble sig på og styrke disse og fremme forebyggende indsatser. Det kan i høj grad dreje sig om mistrivsel eller mental sygdom, men kan også adressere forebyggelse af fysisk sygdom.

Vi skal nære attraktive og sundhedsfremmende fællesskaber. Gennem forebyggende fællesskaber i motion og kultur skal fokus inkludere et sundt mentalt og fysisk helbred. Fællesskaber giver åbenbare muligheder for at danne sociale relationer og give positive livserfaringer og dermed styrke den personlige udvikling.

Vi ved at effektiviteten af sundhedsinterventioner øges, når fællesskaber er involveret, så konceptet søger derfor at virke forebyggende ved at skabe sunde vaner – både fysisk og mentalt. Fysisk bevægelse i al slags intensitet kan forbedre livskvaliteten, og med fællesskabet involveret vil sport eller anden fritidsaktivitet styrke de sociale relationer og positive livserfaringer. Derfor kan bevægelse og mobilitet have en nøglerolle i dette koncept.

Værkstedet

Motivationen for dette koncept tager afsæt i henvendelse til alle personer, som er interesseret i at skabe ting med deres hænder. Effekten kommer gennem fællesskabet om det skabende og det manuelle.

Målgruppen kan være en gruppe af mennesker, som måske i mindre grad er tiltrukket af biblioteket og det boglige.

Konceptet tager særligt udgangspunkt i kategorierne fællesskaber, og fysiske rum og rammer, og konceptet fokuserer på at skabe livskvalitet gennem dimensionerne sociale relationer, positive livserfaringer, samhørighed, fysisk og psykisk helbred og følelse af mening og formål.

Værkstedet har stort potentiale for at blive et aktivt og skabende fællesskab. Værkstedet kan give muligheden for at særligt de grupper, der savner skabende aktiviteter og gerne vil ud i nye sociale miljøer og skabe gode eller bedre vaner. Håndværk har betydningsfuld indvirken på mental velvære, det har vist at virke beroligende og skabe positive livserfaringer, og mennesker med hobbyer er mindre tilbøjelige til at lide af stress, dårligt humør og depression. Værkstedet kan blive et vigtigt fysisk rum, der skaber rammer for både samhørighed og mening og formål.

Indholdet i værkstedet kan spænde meget vidt – lige fra reparation af husholdningsmaskiner og

lignende, over it-cafeer til istandsættelse af cykler eller biler. På den måde taler mange værksteder tydeligt ind i et mere bæredygtigt liv og samfund.

Værkstedet er et aktivt fællesskab, hvor man er sammen om det skabende og manuelle. Det er fællesskaber, som fokuserer på at arbejde med ting og produkter, hvilket fungerer som en markant, visuel markør for brugerne, som kan finde glæde og mening i at se projekter blive ført ud i livet. Der vil være behov for professionelle ildsjæle, forstået som mennesker med faglige og håndværksmæssige erfaringer, som kan facilitere værkstedet og dets projekter – idet værkstedet dog i meget vidt omfang styres af deltagerne og deres interesser.

Samværet om at skabe noget kan befordre en højere grad af samhørighed og give en klar fornemmelse af mening og formål.

Værkstedet kan placeres i boligområder - hvor folk er og lever. Men så alligevel ikke udelukkende, for nogle værksteder vil også kunne gøre brug af natur og grønne arealer – et værksted i disse omgivelser kan også give mening, alt afhængig af værkstedets faktiske indhold.

Biblioteket – Urban Living

Motivationen for dette koncept tager udgangspunkt i, at biblioteket skal være et multifunktionelt sted for ro, fordybelse og kreativitet. Effekten skabes gennem både aktivitet og ro og - med fokus på fællesskab om aktiviteter med udgangspunkt i kultur og kreativitet.

Konceptet nytænker det kendte bogbibliotek ved at skabe muligheder for at blive introduceret til kunst og kultur med et sundhedsfremmende perspektiv og bliver dermed en introduktion til sundhedsvæsenet og dets tilbud. Det er et bud på et mødested, som kan samle besøgende omkring blandt andet litterære aktiviteter, spil, læring og leg, og der kan afholdes events og begivenheder af forskellige slags og aktiviteter med kulturelt indhold.

Konceptet tager særligt udgangspunkt i kategorierne fællesskab, kunst og kultur og fysiske rum og rammer, og konceptet fokuserer på at skabe livskvalitet særligt gennem dimensionerne positive livserfaringer, følelse af mening og formål, psykisk og fysisk helbred og personlig udvikling.

Biblioteket kan være et sted med ro til en bred vifte af mulige aktiviteter. Den kan henvende sig til folk med litterære eller andre kulturelle interesser – eventuelt også som udøvende kreative personer, og bibliotekets trygge ramme kan tilmed eventuelt også rumme socialt eller psykisk udsatte.

Værdien er, at biblioteket kan blive et mødested med mange andre funktionerne end blot bøger.

Bibliotekets rum kunne inddrage sundhedsaktiviteter, så man ad den vej kan nå tæt ud til borgerne - og præsentere et ansigt på den nære sundhed. Stedet kan tjene som base for vidt forskellige muligheder, for eksempel for jordemoderkonsultation, patientskoler eller mødregrupper. Med bibliotekets rolige rammer er det unikt egnet til aktiviteter med en mere åndelig tilgang til verden.

Konceptet taler ind i aktiviteter, der kan give positive livserfaringer, men også personlig udvikling og positive livserfaringer gennem dels personlige aktiviteter, dels aktiviteter i fællesskab med andre med interesser som en selv.

Biblioteker har ofte en god placering i større og mindre byer, hvor folk allerede kommer forbi. Rum kan sætte en agenda og udfolde samtaler, det skal bruges for at få menneske i tale. Man kan bruge kunst og kultur som springbræt til at etablere nye aktiviteter, og disse elementer skal medtænkes i bibliotekets og dets sundhedsfremmende tilbud.

Rummene skal være attraktive og ikke bibeholde det traditionelle, typiske "1970-udseende" – det skal være et sted for liv.

Samfundsbyrde ved lænde-/rygsmerter:

Der er årligt 4.200 nytilkendte førtidspensioner og et produktionstab på mere end 21 mia. kr.

Kilde: "Sygdomsbyrden i Danmark" - Sundhedsstyrelsen



Mobilt & opsøgende tilbud i forhold til udsatte

Motivationen for dette koncept tager afsæt i, at der skal være sundhedstilbud, der når ud til udsatte, hvor de bor og lever. Effekten skabes gennem en høj grad af tilrettelæggelse af aktiviteter på de udsattes egne præmisser og i nære miljøer.

Skal man forbedre livskvaliteten for alle, må man nå de borgere, som kan være ekstra svære at nå. Social ulighed i sundhed ses især på, hvorledes sundhedsvæsenet benyttes og af hvilke sociale grupper.

Udsatte henvender sig ofte senere til sundhedsvæsenet end andre, og det kan der gøres noget ved af både opsøgende tilbud – eller måske pop-up sundhedstilbud - i nærområderne eller i borgens eget hjem.

Konceptet er særligt målrettet udsatte mennesker, som ikke af sig selv opsøger sundhedsvæsenet, eller ikke fysisk eller mentalt 'magter' behandling eller forebyggelse. Konceptet er opsøgende, så det drejer sig om at komme ud til brugerne i fx socialt udsatte boligområder.

Konceptet tager særligt udgangspunkt i kategorierne infrastruktur, fællesskab og fysiske rum og rammer, og konceptet fokuserer på at skabe livskvalitet særligt gennem dimensionerne positive livserfaringer, følelse af mening og formål, fysisk og psykisk helbred og samhørighed.

Værdien af dette koncept er, at man søger at nå de udsatte ved at opsøge dem i deres kendte og vanlige omgivelser. Man vil således agere mere på deres præmisser og søge et bedre fundament til at opbygge bedre vedvarende vaner, samt skabe forbindelse til sundhedsvæsenet og sundhedstilbud.

Infrastrukturen i det opsøgende tilbud skal være nær. Så tæt ud til målgruppen er essentielt, det være sig i folks eget hjem eller hvor de befinder sig fx i byrummet, og muligheden for at skabe større grad af samhørighed og positive livserfaringer er vigtigt. Der findes en lang række frivillige organisationer, som arbejder på området med opsøgende aktiviteter, som konceptet skal bygge bro til.

For en del udsatte er ensomhed en udfordring, så skabelse af muligheden for en større grad af samhørighed med samfundet er et afgørende fokus, og muligheden for flere positive livserfaringer gennem positive fællesskaber skal også være i fokus. Det kan samlet set betyde en højere grad af følelse af mening og formål og skabe muligheden for et bedre fysisk og psykisk helbred.

Skitse til koncept 7:

Skov, kyst og mark

Motivationen for dette koncept tager afsæt i, at der skal skabes målrettede tiltag for at vores skove, kyster og marker bruges af flere til aktiviteter, der både kan have med motion at gøre, men også have med ro og eftertanke at gøre. Effekten skabes gennem mange forskellige aktiviteter der kan skabe oplevelser, glæde og samhørighed med noget større.

Naturen tilhører os allesammen, men der skal skabes bedre adgang til naturen på tværs af sociale grupper – tiltag, aktiviteter og leg skal gøre naturen mere tilgængelig. Adgang til skov, kyst og mark har stor betydning for vores sundhed både fysisk, mentalt og socialt, så naturen og kendskabet til naturen skal gøre mere tilgængelig.

Konceptet tager særligt udgangspunkt i kategorierne natur, infrastruktur, bevægelse og fællesskab, og konceptet fokuserer på at skabe livskvalitet særligt gennem dimensionerne positive livserfaringer, følelse af mening og formål, fysisk og psykisk helbred og samhørighed.

Konceptet retter sig mod en stor del af danskerne, men der skal være en særlig opmærksomhed i forhold til dem, der ikke allerede eller kun i begrænset omfang benytter naturen som kilde til motion, oplevelser, fællesskab og ro.

Langt de fleste danskere giver udtryk for, at de oplever, at friluftsliv forbedrer deres fysiske form og helbred, forbedrer deres liv generelt, og forbedrer deres psykiske velvære og humør. En halv til en

hel times gåtur eller siddende afslapning i natur og grønne områder sænker stressniveauet og fremmer forskellige kognitive funktioner - mere end indendørs omgivelser eller bymiljøer. Vi skal skabe målrettede tiltag, der giver flere lyst til naturen.

Der er et stort antal frivillige foreninger, der baserer deres aktiviteter på en høj grad af væren i naturen. Det gælder fra spejdere til løbeklubber, kitesurfere, vandrelaug og cykelklubber og meget andet. Forbindelse til den konkrete natur sker også gennem ophold i og brug af haver, kolonihaver og nyttehaver. I kolonihaver og nyttehaver kan der ofte være fællesskaber, der kan skabe positive, sociale relationer og glæde ved det grønne liv, der også kan styrke bæredygtighed og biodiversitet.

Mulighederne for at skabe nye rammer for at tiltrække dem, der i dag i mindre grad benytter naturen, skal undersøges.

Bevægelse i skov, ved kyst eller på mark kan styrke livskvaliteten ved at give en fornemmelse af samhørighed med noget større end en selv og kan som nævnt betyde et bedre fysisk og psykisk helbred.

Dødsfald relateret til rygning:

Årligt dør 7.500 kvinder på grund af rygning.

Årligt dør 8.400 mænd på grund af rygning.

30 % af alle de ca. 55.000 dødsfald, der sker om året, er relateret til rygning.

Hvis rygning blev fjernet helt, ville mænd leve tre år og syv måneder længere og kvinder tre år og en måned længere.

Kilde: Sygdomsbyrden i Danmark - Sundhedsstyrelsen

Fysisk aktivitet

Motivationen for dette koncept tager afsæt i, at der skal findes nye måder at aktivere borgere ind i eksisterende tilbud om aktivitet. Effekten skal skabes gennem at gøre det lettere at deltage og gennem et større fokus på at tiltrække dem, der i dag ikke er ret aktive.

Fysisk aktivitet kan forlænge livet, mindske risikoen for sygdomme og have en betydelig forebyggende effekt på tidlig død. Hvis du er fysisk aktiv, vil det have mange positive effekter på kroppens organer og funktioner, og hvis du ligger i sengen i tre uger, taber du det samme i fysisk form, som ved at blive 30 år ældre.

Konceptet tager særligt udgangspunkt i kategorierne bevægelse, natur, infrastruktur og fællesskab, og konceptet fokuserer på at skabe livskvalitet særligt gennem dimensionerne positive livserfaringer, følelse af samhørighed og sociale relationer.

Det er vigtigt at være fysisk aktiv, uanset om du er rask, syg, slank eller overvægtig. Konceptet er derfor i princippet rettet mod alle. Men det vil være oplagt, at en særlig indsats rettes mod de personer, der ikke i dag er ret fysisk aktive. Center for Aktiv Sundhed har blandt andet gennemført et projekt i Odsherred Kommune om at inkludere mindre inaktive borgere i løbeklubber mv., og læring herfra og fra andre af centrets projekter kan være omdrejningspunktet for et landsdækkende koncept for fysisk aktivitet.

Værdien er såvel forebyggelse af lidelser og begrænsninger, som bedring af allerede eksi-

sterende fysiske begrænsninger. Det skal ske tiltag, der gør det nemt – eller nemmere – at være fysisk aktiv og deltage i fysiske aktiviteter, og mulighederne for at skabe nye rammer for at tiltrække dem, der i dag i mindre grad benytter tilbud om bevægelse, kan stå i centrum for konceptet. Konceptet taler også ind i muligheden for fællesskaber og også aktivering af eksisterende initiativer.

Motivationen for at bevæge sig – også når det regner, eller man har ondt i knæet, kan i høj grad komme gennem det sociale fællesskab, der er i løbeklubben, vinterbaderklubben eller i håndboldklubben. På den måde er sociale relationer med til at kunne danne positive livserfaringer og følelse af mening og give en høj grad af samhørighed.

Der er et stort antal foreninger, der baserer deres aktiviteter på bevægelse. Det gælder fra løbeklubber til yoga, danseforeninger og aktiviteter i nytteløse og lignende.

Grønne stier, parker og sollys skal favoriseres, hvor det er muligt, og vi skal indrette os, så alle der har muligheder for at bevæge sig har nemme muligheder for at bevæge sig. Vi skal have cykelstier og stier, som er sikre at bevæge sig på.

Kulturelle og kreative aktiviteter

Motivationen for dette koncept tager udgangspunkt i, at der skal være kulturelle og kreative oplevelser flettet ind i alle fremtidens sundhedstilbud. Effekten kan skabes gennem den glæde og livskvalitet, som både aktivering og adspredelse kan give.

Fællesskabsorienterede kunstaktiviteter som fx dans og fælles musikoplevelser har en positiv virkning på velvære og mental sundhed og vil øge trivsel og velvære.

Konceptet tager særligt udgangspunkt i kategorierne kunst og kultur, infrastruktur og fællesskab, og konceptet fokuserer på at skabe livskvalitet særligt gennem dimensionerne positive livserfaringer, personlig udvikling, psykisk og fysisk helbred og sociale relationer.

I et samfund med problemer og udfordringer er der også brug for det, der ikke nytter direkte, men som kan skabe livsglæde. Konceptet retter sig mod mange, men der er behov for at rette opmærksomheden mod at forsøge at finde – nye eller eksisterende – tilbud, der kan aktivere dem, der ikke eller i ringe grad i dag deltager i kulturelle og kreative aktiviteter.

Kunst og kultur skal og kan både passe os og pleje os. Den skal også udfordre os med ubehag, forvirring, ryste vores verdensbillede og virke som en modsigelse til alt det i livet, der kan blive og bliver målt og vejet. Den måde, som kunst- og kulturop-

levelser skaber fællesskab på, kildrer hjernen og slipper den løs til at tænke og opleve anderledes, er derimod fundamentalt berigende. Og skaber overskud. Det er et frirum.

Kunst og kultur og kreative aktiviteter findes, dyrkes og skabes i mange forskellige rammer. Deltagelse i kreative rammer kan ske såvel i koncertsalen som i musikskolen eller i amatørkoret. Det kan også finde sted i værkstedet eller keramikværkstedet - eller i dansestudiet.

Kunst og kultur kan være smukt og virke som adspredelse, men kan også have en direkte rolle i fx behandlingen af psykiske lidelser, som det fx sker i Psykiatrisk Center Amager. Her er dans og litteratur direkte med til at tale til det raske og til at skabe et møde, hvorfor fokus er på livet og ikke blot på sygdom og begrænsninger.

Kunst og kultur kan have både personlige, men også mange fællesskabsorienterede aktiviteter, men begge kan medvirke til at skabe personlig udvikling og psykisk og fysisk velvære. I fællesskabet om kunst og kultur kan der skabes livskvalitet gennem positive livserfaringer og gode sociale relationer.

Christopher bygger bro til 1.000 foreninger i Aarhus

Formålet med indsatsen er at give borgerne mulighed for at indgå i sociale fællesskaber, være fysisk aktive og i det hele taget opleve højere livskvalitet.

Men indsatsen i Aarhus Kommune ikke altid en nem opgave. Det kan for eksempel være svært at finde frem til præcis det foreningstilbud eller den aktivitet, der kan skabe en god overgang mellem et genoptræningsforløb og en aktivitet i civilsamfundet. "Foreningslivet i Aarhus er en jungle. Der findes over 1.000 foreninger i kommunen med et hav af forskellige aktiviteter."

Christopher Hjort formår at bygge broer til træning og fysisk aktivitet for borgere, der primært har været gennem forløb enten i DemensHjørnet, Neurocentret eller i Ortopædisk Genoptrænings Center. Her henvises blandt andet seniorer med demensproblemer. Aktiviteterne findes især i folkehuse (lokalcentre), kirker, foreninger og diverse andre fællesskaber i borgernes lokalområder.

Socialkompasset, der er Aarhus Kommunes fortegnelse over en stor del af byens frivillige, sociale og sundhedsrettede tilbud fra foreninger.

Foreningsportalen, der også kan give et indblik i aktiviteterne i Aarhus Kommune. Tilsvarende findes i en lang række andre kommuner.

Succeshistorie

En ældre kvinde i kommunens periferi døjede med svimmelhed og ville gerne have kontakt med en besøgsven, der kunne gå ture med hende. Det viste sig, at hverken Ældre Sagen eller Røde Kors havde besøgsvenner i den del af kommunen.

Christopher Hjort fandt, at de fleste små bysamfund en Facebook-gruppe, hvor borgerne deler stort og småt. Dem kontaktede han med et opslag, der fortalte om problematikken. 100 borgere reagerede på opslaget, og 10 af dem meldte sig som besøgsvenner.

"Lige nu går kvinden tur med to besøgsvenner på skift og har også været med dem til jazzkoncert".



Bente Ourø Rørth Hospitalsdirektør, Nordsjællands Hospital

I vidensprojektet har partnerne arbejdet over en kort periode med at skabe overblik over feltet den nære sundhed, men har også brugt tid på workshops og på at høre oplæg fra forskere, der har præsenteret vidt forskellige vinkler på sundhed, natur, sygdom og mennesker – og de vilkår og muligheder, der er for at skabe nye måder at arbejde med sundhed – og særligt den nære sundhed.

Partnerne har også brugt tid på at dele og drøfte erfaringer med allerede eksisterende sociale og sundhedsmæssige initiativer, der adresserer sundhed og ikke mindst mental sundhed, og endelig har

partnerne drøftet perspektiver, visioner og drømme for fremtidens nære sundhed.

I løbet af bogen finder du interviews med otte ledere, der repræsenterer de partnere, der indgår i vidensprojektet.

De otte partnere repræsenterer vidt forskellige organisationer og har forskellige perspektiver og vinkler på fremtidens nære sundhed og hvilke hensyn, der skal lægges til grund, når der skal ske en prioritering af den nære sundhed. De er blevet spurgt om deres perspektiver, visioner og drømme.

I: Hvorfor har du fundet det væsentligt at deltage i et initiativ om nærhospitaler?

BOR: Vi tænker, at vi har noget at spille ind med. Vi har to nærhospitaler eller sundhedshuse i støbeskeen - og det første er faktisk allerede indviet. Vi mener, at vi kan berige andre med vores erfaringer med arbejdet med den nære sundhed, men vi har også brug for få input. Nogle af opgaverne omkring den nære sundhed løfter vi på den måde det ud af den trykke, politiske ramme. Lige nu er oplægget om nærhospitaler en implementeringsopgave, men vi har også brug for at blive inspirerede til at kunne tænke udvikling. Jeg er altid nysgerrig på det anderledes og det brede blik på vores praksis. Det har vi særligt brug for omkring sundhedsfremme og forebyggelse, hvor der er et stort udfaldsrum, men samtidig har vi også brug for noget nyt. Jeg er særligt optaget af netop det, fordi det har med diskussionen om "nice to have" og "need to have" at gøre.

Vi er også nysgerrige på, om der er noget, vi har overset. Jeg håber på inspiration og læring på områder, hvor vi gerne vil være dygtigere, fx terminal pleje eller reduktion af overbehandling. Vi støtter projektet for at få noget inspiration. Og for at holde dampen oppe.

I: Så hvad er dit håb med initiativet?

BOR: Det er mit håb at komme et skridt videre. Der er nogle ganske velbeskrevne forhold omkring nærhospitaler og i klyngesamarbejde, så der er noget at tage fat på. For at vi tager fat i forebyggelse og sundhedsfremme, kræver det, at det skal være en "skal-opgave". Vi kan behandle og holde folk i live, men kan vi undlade at behandle? Når folk ikke ønsker at blive genoplivet, når man har mere

livskraft? Jeg er også nysgerrig på, om vi egentligt har kompetencer til forebyggelse? Det er et område, vi forsømmer, men det betyder ikke, at det ikke er vigtigt. Tværtimod. Jeg tror det bliver enormt vigtigt i fremtiden, men vi ser det simpelthen ikke i dag.

Jeg er nysgerrig på, hvordan vi kan aktivere patienterne noget mere. Måske kan vi øve os på ikke at kalde dem patienter. Vi skal aktivere civilsamfundet. Hvad kan boligforeninger og Danmarks Cyklistforbund deltage med? Så jeg er nysgerrig på, om vi kan delagtiggøre, ansvarliggøre og motivere patienten og pårørende igennem forløbet. Vi skal skabe dialog med patienten om behovet – om hvad der er vigtigt.

På hospitalet har vi talt om, at hvis vi med dette initiativ skal komme ud i kanten af vores komfortzone. Ellers leverer vi det samme, som vi plejer - lidt karikeret sagt. Hvem taler om fremtidens sundhedsforbrugere? Kravet er en innovativ tilgang – og det er måske ikke det, som systemet repræsenterer. Jeg håber, vi kan definere et modtagerperspektiv og inddrage forståelsen om generationer og transformationsbølger. ”Hvem er det, vi udvikler til?”

I: Hvad er perspektiverne?

BOR: Perspektivet er at gå fra snak til handling. Vi skal med vidensprojektet både være målrettede og have fokus på at implementering, men vi skal også kunne skabe debat.

Jeg håber, vi begynder at teste nogle af vores ideer. Næste skridt må så være at komme ud af værkstedet og ud at arbejde i virkeligheden, så vi kan få en fornemmelse af, hvad der virker.

I dag er der masser af snublesten og barrierer mellem sektorer. Personalet vil gerne, de er motiverede, men strukturen forstyrrer rigtig meget. Er løsningen, at vi skal have mere frisættelse - lidt

som vi har set det med frikommuner og friskoler. Kan man tænke i at frisætte sundhedshusene og den nære sundhed?

Jeg håber, vores anbefalinger er lidt provokerende. At der er noget, man kan gøre nu og som vil give benefit, og noget der giver på den lange bane.

I: Er der nogle særlige specifikke problemstillinger, det kan være regionale/kommunale, som I ønsker at få afdækket?

BOR: Ulighed i sundhed er en stor diskussion. Nærhospitalet kan måske reducere den problemstilling. Der stor forventning om tværsektorielt samarbejde.

Udfordringen er, at det kræver, at man er "to om det", og der er brug for at forpligte hinanden - kommuner og region. Derfor er jeg meget optaget af at få skabt en motivation og rammer for et godt samarbejde. Motivationen for det tværsektorielle har været stor, men jeg oplever, at virkeligheden har spændt kommunerne så meget for, at de har svært ved at finde ressourcerne. Det nære sundhedstilbud bliver også et nedbrud af sektorskel, så jeg vil gerne være med til at finde svar på, hvordan vi anvender vores ressourcer bedre, og hvordan organiserer vi os bedre.

Jeg synes vidensprojektets betragtning om at appellere til andre end kun de sædvanlige om at drive sundhed og forebygge er det helt rigtige og både nødvendigt og ambitiøst. Jeg håber, at vi sætter en højere overligger for, hvad et nærhospital kan og får tænkt andre aktører ind i løsningen.

8

Anbefalinger

Nu er det tid til at samle sammen på projektets anbefalinger. Anbefalingerne fremkommer på baggrund af det, vi har været igennem i projektet, hvor udgangspunktet var, hvad de væsentligste udfordringer er – herunder særligt skiftet i sygdomsbyrden og den øgede forekomst af mistrivsel, og hvad vi står på - i forhold til de politiske beslutninger, vores baggrund for sundhedsvæsenets fysiske rammer og mulighederne for en ny og mere menneskelig og helende arkitektur. Vi har belyst partnernes perspektiver, visioner og drømme og beskrevet de store skift i logik, der ikke blot gælder sundhedsvæsenet, men hele samfundet. Endelig har vi dokumenteret de udarbejdede forslag og skitser til koncepter, der også er udkommet af vidensprojektet.

Vidensprojektets anbefalinger taler ind i mange af de samme problemstillinger som drøftes politisk, i virksomheder og i ngo'er.

- Svarene på udfordringerne må være langsigtede og systemiske
- Nytænkning på tværs kan medvirke til at gentænke problemerne
- Formål og mission muliggør involvering af borgere, virksomheder, fonde, civilsamfund
- Eksperimenter skal gennemføres for at realisere retningen
- Nye partnerskaber kan bringe os tættere på den ønskede fremtid
- Frisættelse af medarbejdere (og borgere) er med til at forløse kreativitet og innovation

Med baggrund i vidensprojektet og inspirationen fra alle de inspirerende cases og perspektiver, partnerkredsen har været gennem, samler vi op på projektets anbefalinger og gør det i fire grupper af anbefalinger.

① Fokus på det levede liv og livskvalitet

Anbefalingen fra vidensprojektet er, at der skal anlægges et bredere perspektiv på sundhed og samfundets udfordringer, og at

166 mental trivsel skal indgå som en vigtigere del af arbejdet for sundhed. Sygdomsbilledet ændres i de kommende årtier, og der er stærke tendenser i retning af større udfordringer omkring blandt andet mistrivsel. Det forudsætter en ændring i prioritering, hvor løsninger sker på tværs af søjlerne og et skift i logikken, hvor nice to have bliver need to have. På den baggrund er der behov for at finde nye veje, og derfor bør der inddrages nye aktører omkring løsningen af samfundets sundhedsudfordringer. Civilsamfundet skal i langt højere grad aktiviseres og bidrage til at løfte samfundets udfordringer.

Civilsamfundet er ikke mindst de frivillige. Der er en del frivillige, der allerede i dag er engagerede inden for det sociale eller sundhedsområdet, men det er dog langt fra så mange, som i en del andre lande. Der skal forsøges med nye måder at aktivere flere frivillige, og det skal blandt andet tages med, at de yngre generationer har nogle lidt andre måder at være frivillige på i forhold til mere traditionelle frivilligaktiviteter, ligesom de ældre generationer går fra ét til flere arbejdsliv som forventeligt frigør ressourcer til at engagere sig lokalt.

Opfylder ikke WHO's anbefalinger for fysisk aktivitet:

I Danmark opfylder 61 % af alle kvinder ikke WHO's anbefalinger for fysisk aktivitet, hvilket svarer til 1.810.482 kvinder.

For mænd er tallet 55 %, hvilket svarer til 1.631.977 mænd.

Kilde: Danskernes sundhedsdatabase.



Vi skal tage samfundstendenserne alvorligt, og vi skal derfor skifte fokus fra input-output modeller til at fokusere på at øge livskvaliteten hos borgerne. Og livskvaliteten styrkes ikke ved de traditionelle sundhedsindsatser. I stedet skal indsatserne basere sig på fællesskab, natur, kunst og kultur, bevægelse, rum og rammer – og endelig infrastruktur. Disse kategorier bliver nøgleelementerne, som skal ligge til grund for nye initiativer omkring fremtidens nære sundhed.

Særligt omkring de fysiske rum og rammer er styrken ved at arbejde bevidst med principperne for helende arkitektur beskrevet, og den mest afgørende anbefaling i vidensprojektet er, at der i fremtidens nære sundhed skal være langt mindre institution og langt mere menneskelighed. Sundhedens rum og rammer skal være imødekommende, vedkommende og tilgængelige og skal – for at kunne tiltrække og rumme de lokale aktiviteter – være tæt på borgernes hverdag og liv. Nærheden skal være reel. Andre vigtige anbefalinger omkring rum og rammer drejer sig om en høj grad af bæredygtighed gennem samlokalisering, vi skal deles om faciliteterne, og gennem anvendelse af eksisterende bygning-

er i så høj grad som muligt og ved at involvere dem, der skal bruge stedet.

I det hele taget anbefales et styrket fokus på kvaliteten i det byggede miljø, som er af stor betydning for ikke blot sundhed og sundhedsvæsen, men for hele samfundets trivsel og velvære. Det skal være steder der samler og som bygger bro mellem civilsamfundets omsorg og velkommenhed og samtidig give mennesket dets handlingskompetencer tilbage.

② Livskvalitet som den nye valuta

For at understøtte en ny tilgang til sundhedsbegrebet er det påkrævet at skifte til nye måleenheder. Der skal skabes en ny valuta. Vi anbefaler at livskvalitet bliver den nye valuta, og derfor den vigtigste markør, der skal arbejdes for at forbedre.

Midlet til at understøtte dette systemisk er at etablere en livskvalitetsbank, der både kan agere oversætter af livskvalitet til afkast i kroner, men samtidig også er et rammeværk for opsamling og spredning af erfaringer. Det bør ske gennem strukturel indretning af well-being økonomi og værdisætning af blandt andet sociale og trivselsrelaterede indsatser for at adressere samfundsud-

170 fordringer som ensomhed, stress og dårlig mental sundhed. Livskvalitet som valuta forudsætter, at der ses på de sammenhængende forløb, livet, at det sker på tværs af sektorer, og at det indgår som grundlag for beslutninger og investeringer.

Vi anbefaler, at fremtidens nære sundhed skal understøttes af systemiske tiltag. Vi anerkender, at initiativer, der drives af ildsjæle, er særdeles værdifulde, men der skal lægges stærkere vægt på dels systematiske test og evalueringer af initiativerne, dels på samling af dokumenterede erfaringer og satsning på systematisk spredning af det, der virker. Dette skal gøres samtidig med, at vi fastholder frivillighedsgraderne og ildsjælene decentralt og gør tilbuddene nærværende. Det betyder, at livskvalitetsbanken skal være understøttende og hjælpende og ikke styrende, hvilket er et stort skifte i vores logik for velfærdsløsninger i Danmark.

Vi anbefaler derfor, at tiltag og indsatser i fremover bliver forbundet som et landsdækkende netværk, hvor den fælles forbindelse er en livskvalitetsbank, der ikke styrer og bestemmer, men som opsamler og videredistribuerer.

Frydenlundparken i Aarhus

Formålet er at have en park, som er anvendelig for hele nærmiljøet, baseret på borgerinddragelse.



I den nye, rekreative park kan de lokale beboere nyde fællesskabet, få jord under neglene i køkkenhaven eller sved på panden på street basket-banen. (Foto: Aarhus Kommune)

Frydenlundparken kan avendes af alt fra daginstitutioner til frivillige initiativer både i hverdage og i weekender.

Parkens beliggenhed er nært en tidligere skole, som er under udvikling til at blive et lokalt idræts-, børne- og sundhedshus, og muliggøre en potentiel god sammenhæng til andre sundhedstilbud.

Inddragelse af lokalbefolkningen.

Parkens indhold er valgt af lokale brugere af Folkesundhed Aarhus' aktiviteter og Sport og Fritids

eksisterende foreningsliv samt lokale beboere ud fra deres interesser og ønsker for fremtidig brug. Aktiviteterne er: Street basket, små nydelige køkkenhaver, bærbuske og frugttræer, blomstereng, junglesti, træningsfaciliteter, sansehaver og parkourbane.

Før var udearealerne omkring den gamle Frydenlundskole blot en bar græsplæne indkapslet af en høj, mørk hæk. Men nu er det Aarhus' nye park, hvis udformning aarhusianerne selv har spillet en stor rolle i forhold til.

③ Konceptualisering

I vidensprojektet har vi skitseret ni koncepter for fremtidens nære sundhed. Koncepterne tager alle udgangspunkt i ovennævnte kategorier, og har til formål at øge livskvaliteten for borgerne i samfundet. Skitserne er forskellige i forhold til målgruppe og skal videreudvikles til netop den kontekst, som der ønskes løst. Derfor er der også indlagt en forudsætning om, at koncepterne skal udvikles og udleves decentralt, i forhold til de enkelte målgrupper og de konkrete udfordringer, der skal skabes løsninger til.

Et af de afgørende spørgsmål er, om det er de 25 nærhospitaler, der er strukturen, som den nære sundhed skal bygges op om, eller om der kan tænkes bredere, mere decentralt og længere ud – mod 200 eller 1.000 fælleshuse, der har (sundheds)aktiviteter tilknyttet. Hvis det primært er de 25 nærhospitaler, der er beslutningen, så kan disse fungere som hubs og katalysatorer for at skabe andre fysiske rum og koblinger, der kan indeholde de direkte tiltag, som skal foregå fx i værkstedet, fælleshuset eller ude langs kysten eller i skoven og have en karakter, som får borgere på tværs af kommunegrænser til at benytte dem.

Under alle omstændigheder skal koncepterne udvikles og i den efterfølgende proces tilpasses til de konkrete opgaver og udfordringer i lokalområdet i et samarbejde mellem kommune, hospital, frivillige, private virksomheder og fonde. Udgangspunktet vil naturligt være det eller de problemstillinger, man ser som de største eller vigtigste, og dem der skal samles omkring problemerne vil være dem, der har et bidrag til løsningen.

Vi har i projektet identificeret seks designprincipper, som vi anbefaler som det grundlag, vi vil arbejde med og forme koncepterne på grundlag af. De seks designprincipper er fokus på det raske, så tæt som mulig sundhed, mulighed for at tilpasse, fokus på at (re)aktivere, fokus på aktørerne - og et princip om at samlokalisere. Disse principper skal være fælles designprincipper for alle de koncepter, der udvikles under den overordnede hat for udvikling af nye initiativer i den nære sundhed.

④ Mobilisering af koalitioner

Der har allerede været stor interesse omkring vidensprojektet og det forventes, at den nuværende partnerkreds udvides med flere nye aktører ind i det videre arbejde. Det vil også

Formålet er at skabe visionære og ambitiøse rammer for støtte og rådgivning til mennesker ramt af kræft.

Realdania og Kræftens Bekæmpelse står bag syv nye kræft-rådgivningshuse. Husene er bygget efter principper om helende arkitektur. (Foto: Realdania, Tina Enghoff)



De seks kræft-rådgivningshuse formål overordnet blevet indfriet: De faciliterer samvær mellem kræftramte, de er atypiske i deres design, har et hjemligt præg og er lettilgængelige i umiddelbar nærhed af sygehuse. Her har været fokus på arkitekturens rolle i design af omgivelser

Generelt er der blandt de kræftramte brugere en stor tilfredshed med husene. De oplever, at husene vellykket faciliterer aktiviteterne i kræft-rådgivningen, og de er glade for deres udformning, indretning samt placering.

Succeshistorie

Brugerne beskriver stemningen i kræft-rådgivningerne i positive vendinger som varm, hyggelig, lys, venlig og åben. De oplever, at den virker hjemlig og giver en følelse af ro. Mange oplever, at formsproget, indretningen og livet i huset er en kontrast til sygehusets, som de er glade for, da de forbinder sygehuset med noget negativt.

Mange af de kræftramte oplever, at de i kræft-rådgivningshusene har flere handlemuligheder end de organiserede tilbud. I forbindelse med fællesrummet fremhæver flere, at det er rart, at man kan opholde sig i rummet, udover når man venter på rådgivning og at man kan gøre, som man har lyst

De kræftramte oplever at knytte sig til hinanden omkring deres sygdom og synes de alle har meget tilfælles. Fællesskabsfølelsen gør, at de kræftramte føler, at der er en større rummelighed og forståelse fra andre kræftramte, når de opholder sig i kræft-rådgivningshusene.

De værtsfrivillige som tager imod nyankomne og opholder sig i fællesrummet, er et eksempel på mennesker der præger oplevelsen af rum. De er især med til at sætte stemningen og har indflydelse på, om de kræftramte føler sig velkomne og inviteret til at bruge fællesrummet og de øvrige arealer.

være en oplagt mulighed at invitere fx de sundhedsklynger, der allerede interesserer sig for og arbejder med at få defineret mål for de nye nærhospitaler til at blive en del af de næste faser.

En vigtig pointe i hele dette projekt er, at de frivillige og civilsamfundet skal spille en langt større rolle i fremtidens nære sundhedsvæsen. Det er derfor også en anbefaling, at der inviteres meget bredt, så der dannes koalitioner mellem kommuner, hospitaler, regioner, frivillige foreninger, almene boligselskaber, forsikringssselskaber og andre private aktører og ikke mindst fonde. Inddragelse af flest mulige vil være perspektivet for at skabe momentum for udviklingen.

Udarbejdelse af en livskvalitetsbank kræver en anden form for mobilisering. Dette initiativ kan meget vel være drevet via et fondsprojekt, hvor universiteter og institutter bidrager med ny viden og viden fra forskningsresultater omkring sammenhæng mellem livskvalitet og sundhed. Det er dog vigtigt at det knyttes op på test af koncepterne, så det kan blive operationelt og anvendeligt og ikke blot et teoretisk værktøj.

Det anbefales, at et antal koncepter udvælges og afprøves i fuldt format. Det vil sige

176 indhold, omfang og målgruppe skal specificeres og konceptet skal udvikles fysisk og testes. Samtidig skal der arbejdes med forslag til en udbredelsesplan for konceptet, herunder defineres en sammenhæng til livskvalitetsbanken.

Afprøvning af de første koncepter kan potentielt starte flere steder, men en mulighed er, at en af testene afprøves med afsæt i et ejerskab hos en kommune eller et hospital i samarbejde med en lang række samarbejdspartnere, og alt efter hvilket koncept der vælges, så skal det enten fungere fysisk på matriklen, eller så skal kommune eller hospital fungere som en hub-funktion, hvor opgaven er at understøtte den valgte decentrale aktivitet og indsats.

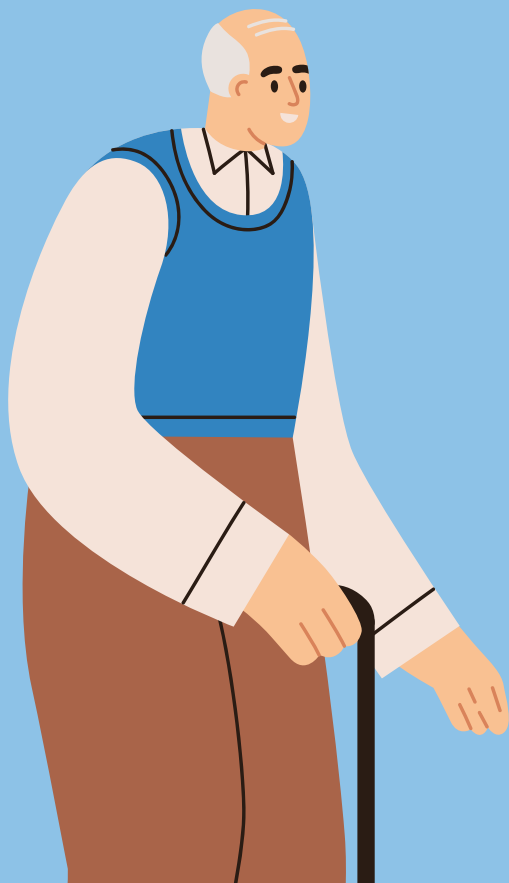
En efterfølgende succesfuld skalering af koncepterne vil være afhængig af, at der samtidigt udvikles en livskvalitetsbank. I testforløbet skal indikatorer for de seks definerede livskvalitetsdimensioner udpeges, og de første målinger skal foretages. Den endelige bankfunktion med værdisætning vil have et længere perspektiv, men allerede i testforløbet skal der kunne defineres en første baseline, så udvikling og gevinster kan måles.

Levetid i Danmark:

1.003 kvinder er 100+ år.

145 mænd er 100+ år.

Kilde: Danmarks Statistik





Annemarie Hellebæk Hospitalsdirektør, Bornholms Hospital

I vidensprojektet har partnerne arbejdet over en kort periode med at skabe overblik over feltet den nære sundhed, men har også brugt tid på workshops og på at høre oplæg fra forskere, der har præsenteret vidt forskellige vinkler på sundhed, natur, sygdom og mennesker – og de vilkår og muligheder, der er for at skabe nye måder at arbejde med sundhed – og særligt den nære sundhed.

Partnerne har også brugt tid på at dele og drøfte erfaringer med allerede eksisterende sociale og sundhedsmæssige initiativer, der adresserer sundhed og ikke mindst mental sundhed, og endelig har

partnerne drøftet perspektiver, visioner og drømme for fremtidens nære sundhed.

I løbet af bogen finder du interviews med otte ledere, der repræsenterer de partnere, der indgår i vidensprojektet.

De otte partnere repræsenterer vidt forskellige organisationer og har forskellige perspektiver og vinkler på fremtidens nære sundhed og hvilke hensyn, der skal lægges til grund, når der skal ske en prioritering af den nære sundhed. De er blevet spurgt om deres perspektiver, visioner og drømme.

I: Hvor er du og dit hospital i diskussionen om nærhospitaler?

AH: Det er en vigtig diskussion, hvordan vi får udviklet fremtidens nære sundhed og det nære sundhedsvæsen. Nærhospitaler en én model, men selve diskussionen om nærhed er jo meget større. Jeg lægger stor vægt på at få talt om og foldet ud, hvordan vi fremover kan udvikle vores fællesskaber mere og lade dem blive en del af arbejdet for af bedre folkesundhed. Kan vi løsne op for vores organisering af sundhedsvæsenet og lade os inspirere af modeller eller muligheder, hvor der er mere vægt på civilsamfund og fx nabofællesskaber? Og så skal vi da også lige få talt lidt mere om, hvad vi mener, når vi taler om "det nære sundhedsvæsen". Vi har nok forskellige billeder af, hvad "nært" betyder.

I: Er det rigtigt at vores billede af samfundets sundhedsmæssige udfordringer ændrer sig?

AH: Det tror jeg bestemt. Det er på høje tid at vi taler mere om mental sundhed og får undersøgt, hvordan vi kan gøre noget ved den stigende mentale mistrivsel hos ikke mindst børn og unge.

I: Hvad er dine tanker om udviklingen af Bornholms Hospital – når der nu er et politisk ønske om at prioritere det nære sundhedsvæsen stærkere?

AH: Vi er et lille hospital, men vi har en stor geografi og ikke så optimal offentlig transport. På den baggrund skal vi finde løsninger, så vi kan nå ud. De digitale løsninger er gode og er en stor del af vores palette, men det digitale kan ikke løse alt. Som andre hospitaler møder vi en blanding af helbredsmæssige og sociale problemstillinger. Det ses måske også tydeligere i et mindre samfund som vores frem for i store byer. Vi skal også

være med til at håndtere tunge helbredsproblemer, som kommer sammen med problemer som stofmisbrug, kriminalitet og også anbringelser uden for hjemmet. Den sociale udsathed blandt unge ser vi og tænker over, hvordan vi kan bidrage og forhåbentlig være med til at skabe en bedre livskvalitet i lokalsamfundet.

Og så er der jo også de mere almindelige ting med overvægt og rygning, der jo også kalder på indsatser, der ikke bare baseres på hospital, men som vi skal have en snak om på samfundsplan. Her er vi kun en lille brik – men deler gerne ud af vores faglige viden til alle.

I: Har I gode eksempler på måder at arbejde på, som I gerne vil brede ud?

AH: Vi synes, vi har gode initiativer. Et af dem er vores ”erfaringsdelere”, som vi er en del af sammen med Bornholms Regionskommune og en række patientforeninger. Ordningen er baseret på svenske erfaringer. En erfaringsdeler er en, der har personlige erfaringer med sygdom og behandling, og som har valgt at stille sig til rådighed for, at andre borgere eller patienter i samme situation, kan få en uforpligtende snak om livet med længerevarende sygdom. Målgruppen er borgere med en eller flere længerevarende sygdomme – og der er en stor glæde, at vi møder mange positive tilbagemeldinger på ordningen.

I: Hvad er vigtigt for dig i forhold til fremtidens nære sundhedsvæsen?

AH: Vi har stærkt brug for, at vi får talt om, hvordan vi driver vores sundhedsvæsen – men ikke mindst også om, hvordan vi får sundhedsvæsenet og samfundet til at hænge bedre sammen. Vi har gennemført masser af udvikling inden for sund-

hedsvæsenet, men det er ikke altid, vi er gode til at åbne op og række ud.

Jeg synes, vi er opmærksomme i forhold patienter og patientforeninger, men vi har noget at indhente i forhold til det bredere civilsamfund. Når der er initiativer, der lykkes, er det ofte fordi civilsamfundet spiller en kæmperolle.

I: Så hvad er din drøm i forhold til fremtidens nære sundhed?

AH: Jeg har den drøm, at vi snart får et andet og mere forebyggende syn på sundhed og trivsel, og at vi derigennem kan mindske forekomsten af sygdom og byrden ved sygdom. Jeg håber, at vi gennem flere fællesskaber kan skabe et mere inkluderende samfund, hvor vi får mulighed for alle sammen at leve mere aktive og sundere liv.

Edward Hopper, Room in Brooklyn, 1932. (Foto: Henrik Schødt)



I vidensprojektet startede vi med at tale lidt søgende om fremtidens sundhed og fremtidens sundhedsvæsen, men på baggrund af meget forskellige partners forskellige perspektiver og visioner og erfaringer, blev det klart, at det er fantastisk gavnligt, når problematikkerne bliver mødt af forskelligheder.

Det svarer godt til anbefalingen fra den amerikanske økonom Nassim Nicolas Taleb, der skrev bogen om 'Anti-fragile', med undertitlen 'Things that Gain from Disorder'. Når vi kigger ind i fremtiden, ved vi ikke helt, hvad den kræver af os, så derfor skal vi sikre løsninger, der kan omfavne flere perspektiver. Og for Taleb hænger det anti-skrøbelige - blandt andet - sammen med, at mange ting i verden styrkes og vokser i modgang, tumult og stress, og derfor bør vi højere grad omfavne usikkerhed, tilfældigheder og fejl, da det kan udvikle og gøre os stærkere. Ikke blot robuste, men anti-skrøbelige.

Det kunne være et interessant perspektiv for såvel vores samfund som for sundhedsvæsenet og den nære sundhed.

Lined writing area consisting of 21 horizontal lines.

Stress:

Fra 2010 til 2021 er der sket en stigning på 8,3 procentpoint i andelen med en høj score på stressskalaen, fra 20,8 % til 29,1 %.

Kilde: 'Danskernes sundhed', sundhedsstyrelsen, 2022



A Handbook for Wellbeing Policy Making, Frijters & Krekel (2021)
Agora – artikler om fremtidens organisationer - <https://agora.as/da/artikler>

Boligen – Psykisk sårbare beboere - <https://fagbladetboligen.dk/alle-nyheder/2022/august/boligsociale-chefer-til-politikerne-giv-vores-psykisk-sarbare-beboere-meget-mere-stotte/>

Boligen – Trivslen er stigende i de udsatte boligområder - <https://fagbladetboligen.dk/alle-nyheder/2023/januar/trivslen-er-stigende-i-de-udsatte-boligomrader/>

Bradt, George. 2015. The Secret of Happiness Revealed by Harvard Study. The Huffington Post. 03/06/2015.

Brugerevaluering af projekt Livsrum - <https://realdania.dk/publikationer/faglige-publikationer/evaluering-af-projekt-livsrum>

Center for Social Nytænkning - <https://cfsn.dk/>

Code of Care - <https://codeofcare.dk/om-os/why-how-what/>

Danske Patienter – Sådan får vi et robust sundhedsvæsen - <https://danskepatienter.dk/politik-presse/nyheder/patienter-og-paarørende-saadan-faar-vi-et-robust-sundhedsvaesen>

Danske Patienter, Patienterne har ordet - https://danskepatienter.dk/files/media/document/Danske%20Patienter_Rapport_Website.pdf

Det gode hospice - <https://realdania.dk/projekter/det-gode-hospice>

Diakonissestiftelsen – Flere at dele livet med - <https://www.diakonissestiftelsen.dk/nyheder/flere-at-dele-livet-med>

Digital health - <https://mhealth.amegroups.com/article/view/16494/pdf>

Domea – Uderum giver højere livskvalitet - <https://www.domea.dk/nyheder-og-presse/nyheder/2021/2/gode-uderum-giver-hoejere-livskvalitet/>

En ny velfærdsvaluta er på vej - <https://impactinsider.dk/en-ny-velfaerdsvaluta-er-paa-vej-og-den-kan-vende-op-og-ned-paa-samfundsoekonomien/>

Et langt og sundt liv kræver mere end motion - <https://www.berlingske.dk/samfund/et-langt-og-sundt-liv-kræver-mere-end-motion-og-nul-rygning-saadan-bliver>

Faglig ramme for etablering af nærhospitaler, sundhedsstyrelsen, 2022 - Nærhospitaler (sst.dk)

Future Today Institute – Health Care and Medicine - https://futuretodayinstitute.com/wp-content/uploads/2023/02/Health_Care_Medicine-.pdf

Fælleshaven a/s - <https://faelleshaverne.com/>

Happiness Research Institute - Wellbeing Adjusted Life Years -https://www.happinessresearchinstitute.com/_files/ugd/928487_a7283618b6349fcb4ce093ab50e0216.pdf

Helende arkitektur - Frandsen, Anne Kathrine; Mullins, Michael; Ryhl, Camilla; Folmer, Mette Blicher; Fich, Lars Brorson; Øien, Turid Borgstrand; Sørensen, Nils Lykke - https://vbn.aau.dk/ws/portalfiles/portal/17765285/Helende_arkitektur.pdf

Henning Larsen, Rambøll and The Happiness Research Institute – Happy Home - https://www.happinessresearchinstitute.com/_files/ugd/928487_ac94802928b842349c2ab8fa2f62e6b7.pdf

Heritage, Health and Wellbeing – Annual Report 2020 https://www.theheritagealliance.org.uk/wp-content/uploads/2020/10/Heritage-Alliance-AnnualReport_2020_Online.pdf

https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1005388/Wellbeing_guidance_for_appraisal_-_supplementary_Green_Book_guidance.pdf

<https://dagensmedicin.dk/sundhed-er-en-investering-ikke-en-udgift/>, Linneberg og Bentsen

<https://www.aeldresagen.dk/presse/viden-om-aeldre/analyser-og-undersogelser/2021-rapport-lange-lykkelige-liv>

https://www.happinessresearchinstitute.com/_files/ugd/928487_ac94802928b842349c2ab8fa2f62e6b7.pdf

<https://www.meikwiking.com>

<https://www.zetland.dk/historie/sOXA1dnb-ae6XddK5-a1132>

“Har du hørt om bevægelsen, der vil bygge økonomien op om glæde frem for penge? Nu er den kommet til Danmark - Vi skal have nogle følelser ind i Finansministeriet.” 17. april 2023

Local Government Association - Local Government Support for Health and Wellbeing through the Arts and Culture - <https://www.culturehealthandwellbeing.org.uk/appg-inquiry/Briefings/LGA.pdf>

Marijke Vittrup– sundhedsmonitor - <https://sundhedsmonitor.dk/debat/art9182178/Her-er-de-oplagte-opgaver-for-en-ny-struktur-kommission>

- Maskine Maskine Amager - <https://mmamager.dk/>
 Microsoft Word - [Captia] samlet rapportudkast endelig 17.
 november (godtsygehusbyggeri.dk)
- Mikkeler og People Like Us - <https://mikkeller.com/news/mikkeller-and-people-like-us-join-forces-in-social-beer-shop-in-copenhagen>
- Moderne arkitektur - hva' er meningen? Bech-Danielsen, C., 2004
- Neighborhood of Care - diploma_program_neighborhood_of_care_0.pdf (kglakademi.dk)
- Nordisk Råd - A Nordic Wellbeing Economy - <https://pub.norden.org/nord2021-049/#79450>
- OECD – How's life - <https://www.oecdbetterlifeindex.org/#/34444444431>
- Our Healthy Community Conceptual Framework and Intervention Model for Health Promotion and Disease Prevention in Municipalities - <https://www.mdpi.com/1660-4601/20/5/3901>
- Ourworldindata.org – Life Satisfaction and Happiness - <https://ourworldindata.org/happiness-and-life-satisfaction>
- Peter Hesseldahl – Transformation to the Future - <http://peterhesseldahl.dk/in-english/transformation-to-the-future/index.html>
- Quality of life indicators - measuring quality of life- https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Quality_of_life_indicators_-_measuring_quality_of_life#The_8.2B1_dimensions_of_quality_of_life
- Realdania – Bolius – Danskerne i det byggede miljø - https://www.bolius.dk/fileadmin/user_upload/undersoegelser_og_rapporter/Danskerne_i_det_byggede_miljoe_2022.pdf
- Realdania – Håndbog i projektudvikling - <https://realdania.dk/publikationer/faglige-publikationer/haandbog-i-projektudvikling>
- ReD Associates – podcasts - <https://www.redassociates.com/podcast>
- Regionernes investerings- og sygehusplaner - screening og vurdering II -<https://godtsygehusbyggeri.dk/media/7266/ekspertpaneles-screeningsrapport-i.pdf>
- Rigshospitalet – Fremtidens Rigshospital - <https://www.rigshospitalet.dk/fremtidensrigshospital>
- Sage der samler – Vaskeriet - <http://sagerdersamler.dk/sager/vaskeriet-en-oevebane-for-udviklingshaemmede/>

Building Cities' Collaborative Muscle

Formålet er at styrke skabe samarbejdende økosystemer for at finde de rigtige løsninger.



I den nye, rekreative park kan de lokale beboere nyde fællesskabet, få jord under neglene i køkkenhaven eller sved på panden på street basket-banen. (Foto: Aarhus Kommune)

På baggrund af et stofmisbrugsproblem og stigmatisering af mental helbred, udpegede borgmesteren af nordamerikanske Calgary et team til at skabe en omfattende, personcentreret strategi for mental sundhed og afhængighed i Calgary.

Gruppen led gnidninger. Herunder hvad man skal fokusere på, hvem man skal inkludere i gruppen, syntes svære at overvinde. Casen påpeger diverse værktøjsmodeller til at identificere og løse problemer med samarbejde. En anden faktor var

at deltagere ofte så forskelligt på problemet fra gruppen.

Gruppen kom frem til at tilbuddene ikke blev udformet på målgruppens præmisser. Først efter gruppen ændrede strategi for deres samarbejde med brugerne og det eksisterende miljø, og inkluderede disse i løsningen, kunne det lade sig gøre at identificere, diagnosticere og overvinde de barrierer, der stod i vejen for at bane vej til at forbedre – og redde – liv.

Social Sundhed – Om Social Sundhed - <https://socialsundhed.org/om-social-sundhed/>

Sociale mursten, Realdania, 2022 - Sociale mursten (realdania.dk)

Stanford SSI – Building Cities ' Collaborative Muscle - https://ssir.org/articles/entry/building_cities_collaborative_muscle?utm_source=Enews&utm_medium=Email&utm_campaign=SSIR_Now#

Statens Institut for Folkesundhed og Rådet for Socialt Udsatte - Dødelighed og brug af sundhedsvæsenet blandt socialt udsatte mennesker i Danmark. Registeropfølgning 2007-2021, Udgivet marts 2023. Pia Vivian Pedersen, Nanna Bjørnbak Christoffersen, Sofie Rossen Møller Michael Davidsen

Sundhedsreform - Et sammenhængende, nært og stærkt sundhedsvæsen - Microsoft Word - ENDELIG Aftale om sundhedsreform (D2270145) (sum.dk)

Syv danske collective impact-inspirerede initiative 2013-2022, Realdania - Syv danske collective impact-inspirerede initiativer 2014-2022 - eksempelsamling (realdania.dk)

VIVE – Skal det frivillige Danmark være samarbejdspartnere - <https://www.vive.dk/da/udgivelser/skal-det-frivillige-danmark-vare-samarbejdspartnere-eller-leverandoerer-det-afhaenger-af-hvilken-velfaerdsstat-vi-vil-have-18779/>

World Happiness Report 2023 - <https://worldhappiness.report/ed/2023/>

World Health Organization. 2023. WHO European Regional High-level Forum on Health in the Well-being Economy UN City, Copenhagen, Denmark 1–2 March.

YouTube – Michael Broberg Palmgren – Hvordan er det at være en plante - <https://www.youtube.com/watch?v=2VL0hBTHesU>

YouTube – The proposal for a patient revolution - <https://www.youtube.com/watch?v=kYW6bC3unLM>

Aalborg Universitet BUILD – Udsatte boligområder - https://vbn.aau.dk/ws/portalfiles/portal/470150416/Udsatte_boligomraa_der_BUILD_notat.pdf

Aarhus kommune – Sundhed ind i alt - <https://faellesomaarhus.aarhus.dk/7-vilde-problemer/sundhed-ind-i-alt/>

Sygehus Lillebælt

Regionshospitalet
Nordjylland

 Nordsjællands
Hospital

 Bornholms
Hospital

 Rigshospitalet

 DANMARKS ALMENE BOLIGER



Støttet af 

udviklet med 

WHO's definition på sundhed (2001):

En tilstand af trivsel, hvor individet kan udfolde sine evner, kan håndtere dagligdags udfordringer og stress, på frugtbar vis kan arbejde produktivt samt er i stand til at yde bidrag til fælleskabet.