

TALEPAPIR

Det talte ord gælder

Tilhørerkreds:	Socialudvalget
Anledning:	Samråd om spørgsmål J, K, L og M
Taletid:	Ca. 20 min.
Tid og sted:	Den 14. april 2009 kl. 14, Folketinget, 2-080.

Der er til dagens samråd om de socialt udsattes sundhed stillet 4 spørgsmål til mig og 2 spørgsmål til indenrigs- og socialministeren.

Jeg vil starte med at besvare mine spørgsmål – spørgsmål J, K, L og M.

Herefter vil indenrigs- og socialministeren tage over.

Spørgsmål J

”Hvad vil ministeren gøre for at forbedre den markante ulighed i sundhed med store helbredsmæssige forskelle mellem samfundets top og bund, som er blevet dokumenteret med undersøgelsen SUSY Udsat fra Rådet for Socialt Udsatte i 2008?”

Spørgsmål K

”Hvad vil ministeren gøre for at imødekomme det behov for mere viden om håndtering af de udsatte patienter i sundhedsvæsenet, der er dokumenteret i undersøgelsen ”Dårligt liv – dårligt helbred”, der er udarbejdet på opdrag af Rådet for Socialt Udsatte?”

Spørgsmål L

”Hvad vil ministeren gøre for at løse problemer med at udsatte borgere oplever, at de ikke modtager smertelindring og behandling sundhedsvæsenet?”

Spørgsmål M

”Hvad vil ministeren gøre for at skabe bedre behandling af udsatte borgere i sundhedsvæsenet, således at sundhedsvæsenet fuldt ud lever op til målet om fri og lige adgang?”

[Indledning]

Baggrunden for samrådet i dag er, at flere undersøgelser viser det triste – men desværre velkendte - resultat, at socialt udsatte har et markant ringere helbred og en markant dårligere trivsel end resten af befolkningen.

Der er tale om to undersøgelser, som Rådet for Socialt Udsatte har givet i opdrag. Spørgeskemaundersøgelsen "SOSY UDSAT" fra april sidste år. Og den kvalitative interviewundersøgelse "Dårligt liv – dårligt helbred" fra februar i år.

Her indledningsvist vil jeg gerne understrege, at der rent metodisk er stor forskel på de to undersøgelser. Og for så vidt angår

interviewundersøgelsen kan man stille spørgsmålstegn ved, hvor meget man kan bygge på den undersøgelse, eftersom den alene er baseret på 25 interviews. Man skal derfor være varsom med at overfortolke undersøgelsens resultater. Også fordi der hver dag er mange ansatte i vores sundhedsvæsen, som gør en stor indsats for at hjælpe disse mennesker.

Men hvorom alting er, så bekræfter begge undersøgelser formodningen om dårligt helbred, uhensigtsmæssige sundhedsvaner og ringe levekår blandt de socialt udsatte. Interviewundersøgelsen peger desuden på, at mange udsatte oplever deres møde med sundhedsvæsenet som en broget affære. Det giver naturligvis anledning til bekymring. For der skal

ikke herske nogen tvivl om, at det er en velfærdssamfundets fornemste opgaver at tage hånd om samfundets svageste borgere

Det første spørgsmål, spørgsmål J, handler om helbredsforskelle mellem samfundets top og bund.

Det vil jeg først sige noget om. Derefter vil jeg samlet besvare de næste tre spørgsmål, som omhandler de socialt udsattes møde med sundhedsvæsenet.

[Ulighed i sundhed]

Ulighed i sundhed er et emne, der vækker store følelser i samfundsdebatten, for det leder tanken hen på uretfærdighed og en

ulige fordeling af samfundets goder. Og et faktum er det, at de ressourcetsvage danskere, der i forvejen har mindre end de fleste, også trækkes med et dårligere helbred og færre gode leveår.

Der er slående forskelle både på tværs af sociale grupper og – sammenhængende dermed - også mellem kommuner.

Og hvad har regeringen så tænkt sig at gøre ved det? Jo – det kan jeg sige meget klart og med kun få ord: En målrettet forebyggelsesindsats.

Men vi savner regulær viden om, hvordan vi mest effektivt når de socialt udsatte – alkoholikeren, stofmisbrugeren, den hjemløse. Og hvordan vi mest effektivt får taget hånd om deres komplekse sociale og sundhedsmæssige problemer.

For al erfaring viser, at det er grupper, der er svære at nå med de almindelige forebyggelsesbudskaber. Det er nu en gang ikke en halv times motion om dagen, der står forrest, hvis man ikke har tag over hovedet. Og rygeafvænning og sund kost står også i baggrunden, hvis man har et alvorligt misbrugsproblem. For nu at sætte det lidt på spidsen.

Derfor handler indsatsen i høj grad om metodeudvikling og om at bygge bro mellem den socialfaglige og den sundhedsfaglige indsats.

[Regeringens indsats]

Regeringen har taget en lang række initiativer, bl.a. i satspuljeregi, som netop har fokus på de socialt udsattes sundhed. Og mere er på vej.

Her vil jeg særligt fremhæve en indsats mod alkoholmisbrug blandt hjemløse og andre udsatte grupper. Og lige nu arbejder 6 modelkommuner på at finde nye veje til at understøtte socialt udsatte borgere med sund livsstil.

De socialt udsatte er også blevet tilgodeset ved den seneste satspuljeforhandling. Her fik vi afsat en pulje på i alt 72,1 mio. kr., som skal medvirke til at mindske den sociale ulighed i sundhed, bryde den sociale arv og koordinere indsatsen i forhold til disse svage borgere. Vi er netop i færd med at udmønte første del af puljen på 41,1 mio. kr. Der har været overvældende stor interesse for puljen. Det er positivt. For det vidner om stor lyst og vilje til at gøre noget for de svageste borgere.

[Kommunernes ansvar i forhold til social ulighed i sundhed]

Men social ulighed i sundhed kan ikke løses alene med centrale puljer. Det er et ansvar, som også kommunerne må tage del i og bidrage til at løfte. Det er jo lokalt i kommunerne, at man har den direkte kontakt med de udsatte borgere. På væresteder, i sundhedscentre, i socialforvaltningen.

Mange af de satspuljeprojekter, jeg har nævnt, er derfor også forankret i kommunerne. Det er godt, for det giver kommunerne mulighed for at drage lære af projekterne.

Med sundhedsloven og kommunalreformen fik regeringen skabt klare rammer for den offentlige sundhedsindsats og hermed mulighederne for bedre at tage vare på socialt udsatte borgeres sundhed.

Vi ved fra en kortlægning af kommunernes forebyggelses- og sundhedsfremmeindsats, som Sundhedsstyrelsen foretog i 2008, at mange kommuner efterspørger mere viden om, hvordan der kan arbejdes med socialt svage borgeres sundhed. Jeg synes, det er positivt, at kommunerne er opmærksomme på, at det er nødvendigt at gøre en særlig indsats for de socialt svage borgere.

Kommunernes styrke er, at de er tæt på borgeren og derved har mulighed for at anlægge den helhedsbetragtning på forebyggelses- og

sundhedsopgaven, der er så vigtig. Ikke mindst når vi taler socialt udsatte. Her er det helt afgørende, at der er tale om en bred, tværgående indsats på tværs af myndigheder og sektorer. I særdeleshed er det vigtigt, at det sociale område – socialpolitikken, boligpolitikken og arbejdsmarkedspolitikken – spiller med. Det vil indenrigs- og socialministeren komme mere ind på i besvarelsen af spørgsmål N og O.

[De socialt udsatte og sundhedsvæsenet]

Med disse ord vil jeg gå videre til det anden del af samrådsspørgsmålene, som omhandler de socialt udsattes møde med sundhedsvæsenet.

Som sundhedsminister giver det naturligvis anledning til bekymring, når jeg hører om svage borgere, som undlader at tage kontakt til sundhedsvæsenet, fordi de nærer en grundlæggende mistillid til systemet. Eller som har en negativ oplevelse, når de så tager kontakt til sundhedsvæsenet.

Sundhedsvæsenet kan og skal kunne rumme alle – også de socialt udsatte. I særdeleshed de allersvageste i vores samfund har naturligvis krav på at få den nødvendige behandling, pleje og omsorg.

Men vi må også erkende, at disse grupper rummer en særlig udfordring for sundhedsvæsenet. Og at det kan være vanskeligt for personalet at håndtere de socialt udsatte og deres ofte komplekse sociale og

sundhedsmæssige problemer i en travl hverdag. For der vil jo typisk være tale om patienter, som er meget tidskrævende, og som har særlige behov. Fx i forhold til brug af smertestillende medicin og nerve- eller sovemedicin.

Medicinforgbrug er et meget godt eksempel på, hvordan der let kan opstå konflikter mellem de socialt udsatte og personalet i sundhedsvæsenet. Fx vil det ofte blive mødt med stor modstand eller måske endda en udskrivning før tid, hvis personalet søger at nedtrappe eller udtrappe patienten af et meget stort misbrug af nerve- eller sovemedicin.

At det er vanskeligt, er selvfølgelig ikke det samme som at sige, at vi ikke skal have fokus på det. Men jeg synes det er forhold, som vi retfærdigvis må tage med.

At forbedre de socialt udsattes møde med sundhedsvæsenet handler i høj grad om to ting:

For det *første* handler det om afstigmatisering af disse patienter ved hjælp af synliggørelse, viden, undervisning, fokus fra ledelsen osv.

Og for det *andet* handler det i høj grad om opsøgende arbejde og et tæt samspil mellem den sociale og den sundhedsmæssige indsats - og om at støtte disse patienter i deres behandlingsforløb for på den måde at bidrage til et positivt møde og til, at de fuldfører deres behandlingsforløb.

Det er indsatsområder, regeringen har fokus på. Og i det følgende vil jeg fremhæve, nogle af de initiativer, regeringen har taget på området.

[Konkret satspuljeprojekt]

Først vil jeg fremhæve satspuljeprojektet "Sundhedsfagligt tilbud til de hårdest belastede stofmisbrugere", som for øjeblikket løber i 5 af landets større kommuner. Projekterne tager udgangspunkt i et tidligere forsøgsprojekt fra Københavns Kommune, hvor man havde opnået gode erfaringer med at kombinere den socialfaglige og den sundhedsfaglige indsats.

En af de væsentligste opgaver for projektmedarbejderne er således at være brobyggere til sundhedsvæsenet. Dels ved at huske

stofmisbrugerne på aftaler med sundhedsvæsenet og følge patienterne til aftalerne. Dels ved at undervise sygehuspersonale og almen praksis om disse grupper af patienter, herunder hvordan personalet kan blive bedre til at møde disse patienter. Det har bl.a. resulteret i individuelt tilrettelagte tilbud til nogle af patienterne.

Det er oplagt, at dette og lignende projekter vil resultere i viden og erfaringer med at koble den sociale og den sundhedsmæssige indsats, som kan spredes til hele landet. For som jeg også tidligere har været inde på, er jeg helt enig i, at en af de ting, som der brug for på dette område, er metodeudvikling.

[Kontaktpersonordning og sundhedsaftaler]

Jeg vil også fremhæve kontaktpersonordningen som et vigtigt redskab. Fra den 1. januar i år er sygehusene ved lov forpligtet til at tilbyde kontaktpersoner til alle patienter, hvis behandling strækker sig over mere end et døgn. En kontaktperson kan fx være en læge eller en sygeplejerske. En fast kontaktperson kan medvirke til at sikre, at også de særligt udsatte oplever et bedre og mere sammenhængende behandlingsforløb, og at misforståelser mellem patient og sundhedspersonale forebygges.

På samme måde er de obligatoriske sundhedsaftaler et generelt redskab, som regioner og kommuner kan bruge til at sikre koordinering af indsatsen på tværs af sygehus, praktiserende læge og kommune. Også for de svage patienter. Fx er det obligatorisk, at sundhedsaftalerne

skal beskrive den nærmere arbejdsdeling i forhold til indsatsen overfor personer med en kendt sindslidende, som tillige har et misbrug. De såkaldte dobbeltdiagnosepatienter.

[Regionernes ansvar og konkret eksempel fra Bispebjerg Hospital]

Der eksisterer således en række generelle redskaber, som kommunerne og regionerne kan gøre brug af i forhold til at sikre den nødvendige koordinering af behandlingsforløbene.

Derudover vil jeg også påpege, at det naturligvis generelt er regionernes ansvar at sikre, at der findes de nødvendige behandlingstilbud i sundhedsvæsenet, og at personalet har de fornødne kompetencer. Det

gælder også i forhold til behandlingen af patienter, der tilhører gruppen af særligt udsatte.

I den forbindelse vil jeg nævne et konkret eksempel fra Bispebjerg Hospital.

Her har man som del af et forsøgsprojekt haft en socialsygeplejerske tilknyttet, som havde fokus på stofmisbrugerens indlæggelsesforløb og de konflikter, som her kunne opstå. Socialsygeplejersken var til stede på afdelingen, når der var stofmisbrugere indlagt, og stillede sin tid og sit kendskab til misbrugsområdet til rådighed for både patienten og personalet.

På baggrund af de positive erfaringer med forsøgsprojektet har man nu en fast socialsygeplejerske på Ortopædkirurgisk Afdeling på Bispebjerg Hospital.

[Afslutning]

Som jeg flere gange har fremhævet, har vi et sundhedsvæsen, der både kan og skal rumme alle. Der er let og lige adgang, og det skal vi stå vagt om. Men vi må også erkende, at der er grupper, som det er vanskeligere at nå, og hvor der er behov for en særlig indsats for at sikre dem den hjælp, de har brug for i sundhedsvæsenet.

Derfor har regeringen – bl.a. sammen med satspuljepartierne – taget en lang række initiativer, som særligt retter sig mod de særligt udsatte. Dels

for at forebygge og bekæmpe social ulighed generelt, dels for at udvikle de rette metoder og værktøjer til at tage hånd om de udsattes komplekse sociale og sundhedsmæssige problemer. Og endelig i forhold til at sikre de socialt udsatte større sammenhæng i deres behandlingsforløb.

Men vi må også se i øjnene, at det ikke er en problemstilling, som kan løses med snuptag. Der er tale om "de lange seje træk".