



**REGIONERNES
ARBEJDE
FOR
MERE SOCIAL
LIGHED
I SUNDHED**

**REGIONERNE HAR EN
AFGØRENDE ROLLE
I FOREBYGGELSE-
INDSATSEN**

**REGIONERNE HAR
ET ANSVAR FOR,
AT DEN SOCIALE
ULIGHED I SUNDHED
IKKE FORSTÆRKES
I MØDET MED
SUNDHEDSVÆSENET**

**REGIONERNE SKAL
OPSØGE OG STØTTE
UDSATTE BORGERE,
DER IKKE SELV
KONTAKTER SUND-
HEDSVÆSENET**

REGIONERNES ARBEJDE FOR MERE SOCIAL LIGHED I SUNDHED

Med denne publikation følger et udpluk af regionernes aktuelle bidrag til samarbejdet om mere social lighed i sundhed.

Social ulighed i sundhed er en systematisk og urimelig forskel. Den betyder, at nogle grupper af mennesker lever kortere, udvikler flere sygdomme, har færre gode leveår og får et dårligere udbytte af sundhedsvæsenets tilbud end den øvrige befolkning.

Regionerne har haft social ulighed på dagsordenen, så længe regionerne har eksisteret. Overordnet er udviklingen gået fra særskilte indsatser vedrørende udvalgte målgrupper til, at regionerne i dag har et mere bredt fokus på tværs af deres arbejde.

I starten af regionernes levetid var effektivisering og øget kvalitet højaktuelle politiske dagsordener, og det lykkedes regionerne at skabe både mere sundhed for pengene, øge kvaliteten og gøre op med ventelisterne.

I dag er mere lighed i sundhed en af regionernes absolut vigtigste politiske dagsordner, og det er en indsats, som skal være med til at tage vores sundhedspolitik i en ny retning. Kampen mod ulighed i sundhed handler helt grundlæggende om, at vi som samfund skal tage de nødvendige skridt til at få gjort op med de uretfærdige forskelle, der deler vores land.

Vi er nået langt, men vi er ikke i mål. Social ulighed i sundhed opstår i et komplekst samspil mellem flere faktorer både i og udenfor sundhedsvæsenet. Og det vil være en illusion at forestille sig, at social ulighed i sundhed fuldstændigt kan undgås. Det er dog en ambition, at den sociale ulighed i sundhed skal minimeres mest muligt.

Danske Regioners tilgang til social ulighed har tre vinkler.

For det første har regionerne en afgørende rolle i den forebyggelsesindsats, der systematisk, tværgående og målrettet forebygger sygdomme og lidelser.

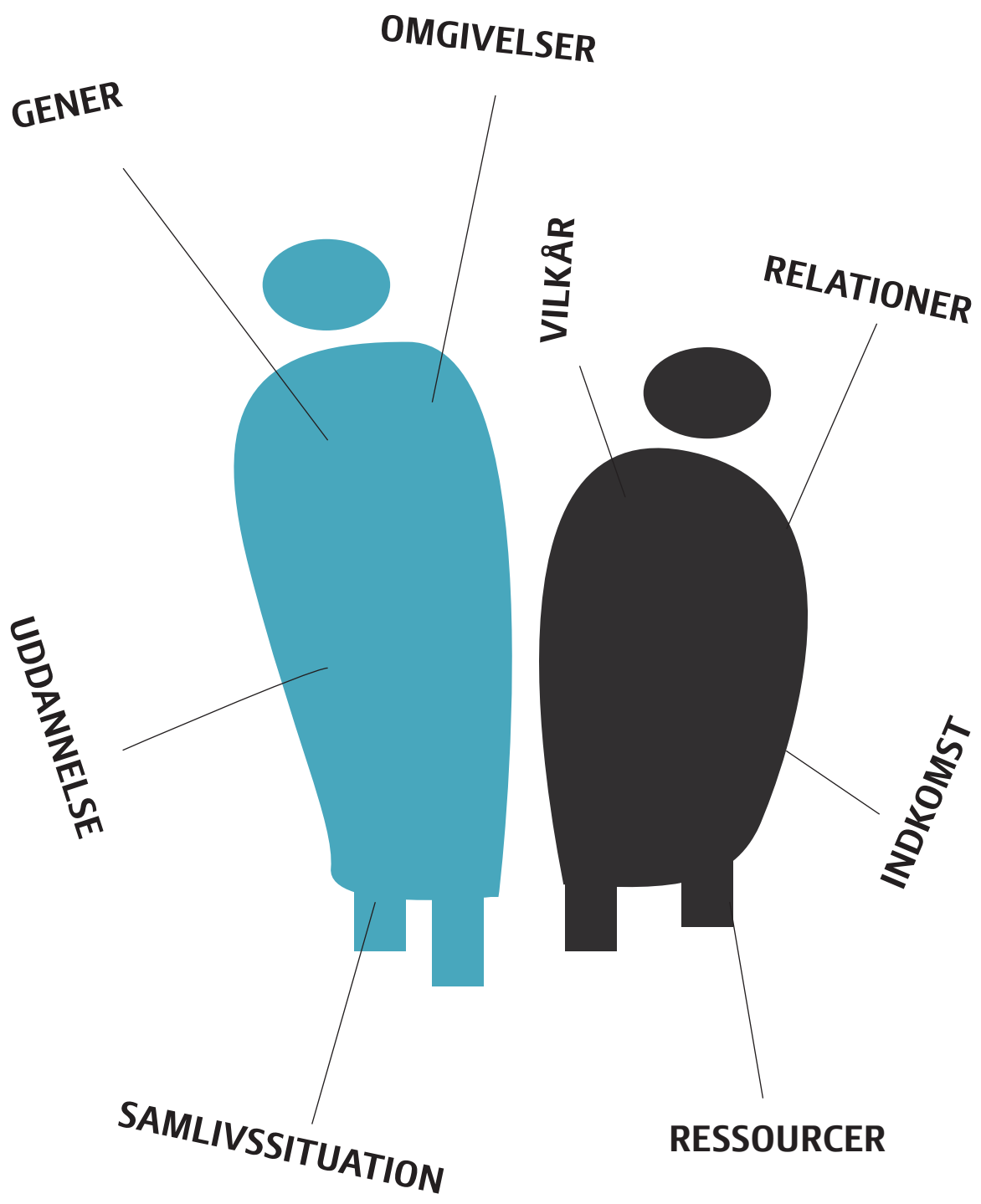
For det andet er det regionernes ansvar, at den sociale ulighed i sundhed ikke forstærkes i mødet med sundhedsvæsenet, men at vi på hospitalerne og i praksissektoren tilpasser indsatsen til den enkelte, så uligheden reduceres.

For det tredje har regionerne en særlig opsøgende og støttende rolle i forhold til udsatte borgere, der ikke selv kontakter sundhedsvæsenet, selvom de har behov for en indsats i sundhedsvæsenet.

I Danske Regioner ønsker vi at stå på mål for vores indsats. Præcis som vi gjorde det med indsatsen for at nedbringe ventelister, skabe øget kvalitet og effektivisere. Nu gælder det målet om at reducere den sociale ulighed. I regionerne går vi gerne forrest sammen med kommuner og praksissektor og lader os måle på, hvorvidt den sociale ulighed i sundhed kan reduceres i mødet med sundhedsvæsenet.


Stephanie Løse
Formand


Ulla Astman
1. næstformand



SOCIAL ULIGHED I SUNDHED

Hvorfor opstår social ulighed i sundhed?

Vores sundhed og trivsel er et resultat af vores gener og omgivelser. Vi påvirkes af de vilkår, vi vokser op under, de ressourcer vi har til rådighed, de relationer vi indgår i, og de steder vi færdes¹.

Der er en systematisk social ulighed i, hvem der udvikler sygdom. Det betyder, at udsattheden for mistrivsel og sygdom stiger med faldende uddannelsesniveau. Det skyldes mange og komplicerede mekanismer gennem livet.

Sygdom ses oftere og tidligere hos personer med kort uddannelse eller personer, som ikke er i job. Det er også dokumenteret, at evnen til at mestre de udfordringer, sygdom giver, og kompetencerne til at forstå information fra sundhedspersonale, varierer med indkomst, uddannelsesniveau, samlivssituation og en række andre levevilkår².

Social ulighed i sundhed har også en geografisk dimension. Det betyder, at der via bolig- og arbejdsmarkedet sker en fordeling i befolkningen på baggrund af deres indkomst og uddannelsesniveau. Det betyder f.eks., at der i Danmark er store forskelle i middellevetid fra et geografisk område til et andet. Middellevetiden kan f.eks. variere med 10 år mellem to bydele med få kilometers afstand³.

Udover den systematiske sociale ulighed, som har sammenhæng til uddannelsesniveau, er der også en massiv ulighed mellem gruppen af særligt udsatte borgere og den øvrige befolkning. Det er f.eks. borgere, som er hjemløse eller har et misbrug. Her er tale om en særlig stor kløft i sundhedstilstanden mellem gruppen af udsatte borgere og den øvrige befolkningsgruppe.

Hvad betyder social ulighed i sundhed for den enkelte og for samfundet?

Social ulighed i sundhed kan for det enkelte menneske betyde, at sygdomme hæmmer muligheden for at leve det liv, man ønsker. Ved at reducere den sociale ulighed i sundhed kan flere mennesker leve et liv, hvor sygdomsrelaterede begrænsninger fylder mindre i hverdagen, og hvor livskvaliteten øges med flere gode leveår.

Igennem de sidste 30 år er den sociale ulighed i sundhed vokset i Danmark⁴. Det står i kontrast til, at den generelle middellevetid for højtuddannede er steget. I Danmark lever en person med kort uddannelse ca. 10 år kortere end en person med lang uddannelse⁵. Samtidig lever personer med kort uddannelse i gennemsnit flere år med dårligt helbred end personer med lang uddannelse. Da gruppen af personer med kort uddannelse i gennemsnit også lever kortere, lever de altså en langt større del af deres liv med dårligt helbred.

Udover de alvorlige personlige konsekvenser, som social ulighed i sundhed har for dele af befolkningen, koster det også samfundet som helhed dyrt. Både i forhold til omkostninger i sundhedsvæsenet og i form af tabt arbejdsfortjeneste.

Sundhedsadfærd og social ulighed

Levevilkår påvirker sundhedsadfærd. Derfor er der også sociale forskelle i sundhedsadfærd f.eks. i form af forbrug af tobak, alkohol, usunde madvaner samt forekomst af stress, fysisk nedslidning og ulykker⁶. 60 til 70 procent af den sociale ulighed i dødelighed kan henføres til dødsfald relateret til rygning og alkohol⁷. Rygning er den enkeltstående risikofaktor, som koster flest liv og medfører mest sygdom⁸.

Samtidig peger forskning på, at levevilkår påvirker muligheden for at ændre adfærd. F.eks. vil det være sværere for en person med lav indkomst at betale for fritidsaktiviteter, sportstøj og sund mad end en person med en høj indkomst. Ligesom det kan være svært at flytte væk fra dårlige boligforhold, og der generelt er en større risiko for at komme til at stå uden for arbejdsmarkedet som ufaglært.

Der er god evidens for, at sunde rammer betyder, at børn, unge, voksne og ældre generelt er mere tilbøjelige til at træffe sunde valg. Sundhedsvæsenet kan gøre meget for vores sundhed, men sundhedsvæsenet vil aldrig være tilstrækkeligt i sig selv til at holde sygdom, mistrivsel og ulighed for døren. Det kræver en langt bredere indsats. En indsats der starter fra barnsben og går på tværs af hele samfundet.

Som mennesker påvirkes vi af vores omgivelser. Hvis portionsstørrelserne er store, har vi tendens til at spise mere. Hvis det er farligt eller svært for vores børn at cykle i skole, vælger vi måske at køre dem i stedet. Hvis vi har adgang til trygge og grønne omgivelser, er vi mere tilbøjelige til at komme ud. Og hvis cigaretterne koster mere, så vil særligt unges prisfølsomhed gøre, at de fravælger at købe dem. Alle ovenstående situationer spiller ind på vores sundhed, og alle illustrerer de, hvordan de strukturelle rammer omkring os, spiller ind på vores adfærd.

Som samfund skal vi derfor gøre det lettere at tage ansvar for sin egen og sine børns sundhed ved at skabe rammer, der gør det sunde valg til det nemme valg. Det kræver samtidig en opmærksomhed på sundhedskompetencer i befolkningen og hos den enkelte. Sundhedsvæsenet skal kunne håndtere, at der er forskel på den enkeltes forudsætninger for at kunne håndtere sin sygdom, og hvordan sundhedspersonalet rådgiver forskellige grupper om sygdomsmestring.

Ved en fælles indsats på tværs af sundhedsvæsenet, andre velfærdsområder, civilsamfundet, forskningsmiljøer, dagligvarehandlen, erhvervslivet og med hjælp fra Folketinget kan den sociale ulighed i sundhed reduceres.

Rygning

Hvert år dør 13.600 danskere, fordi de har røget. Unge rygning er igen begyndt at stige efter flere årtiers fald. Storrygere dør i gennemsnit 8-10 år tidligere end personer, der aldrig har røget⁹.

Alkoholvaner

Danske unge er fortsat dem i Europa, der oftest er fulde. I 2018 var der 26 procent af 15-årige drenge, der drak mindst en gang ugentligt, og 18 procent af pigerne. Det skønnes, at ca. 122.000 børn vokser op i en familie, hvor en eller flere har et alkoholproblem¹⁰.

Overvægt

Nye tal fra Danske Regioner viser, at svær overvægt har stærk sammenhæng til udvikling af kronisk sygdom og kompleks multisygdom¹¹. Over halvdelen af den voksne befolkning er overvægtig og hvert sjette er svært overvægtig¹². Overvægt er også en udbredt og stigende udfordring blandt børn og unge¹³.

Mental mistrivsel

Fra 2010 til 2017 steg andelen af unge kvinder, der har dårligt mentalt helbred, fra 16 til 24 procent. 41 procent af unge kvinder har et højt stressniveau. Det samme gælder for 23 procent af de unge mænd. Omkring hvert fjerde barn i 5. og 8. klasse føler sig ensom af og til, tit eller altid¹⁴.

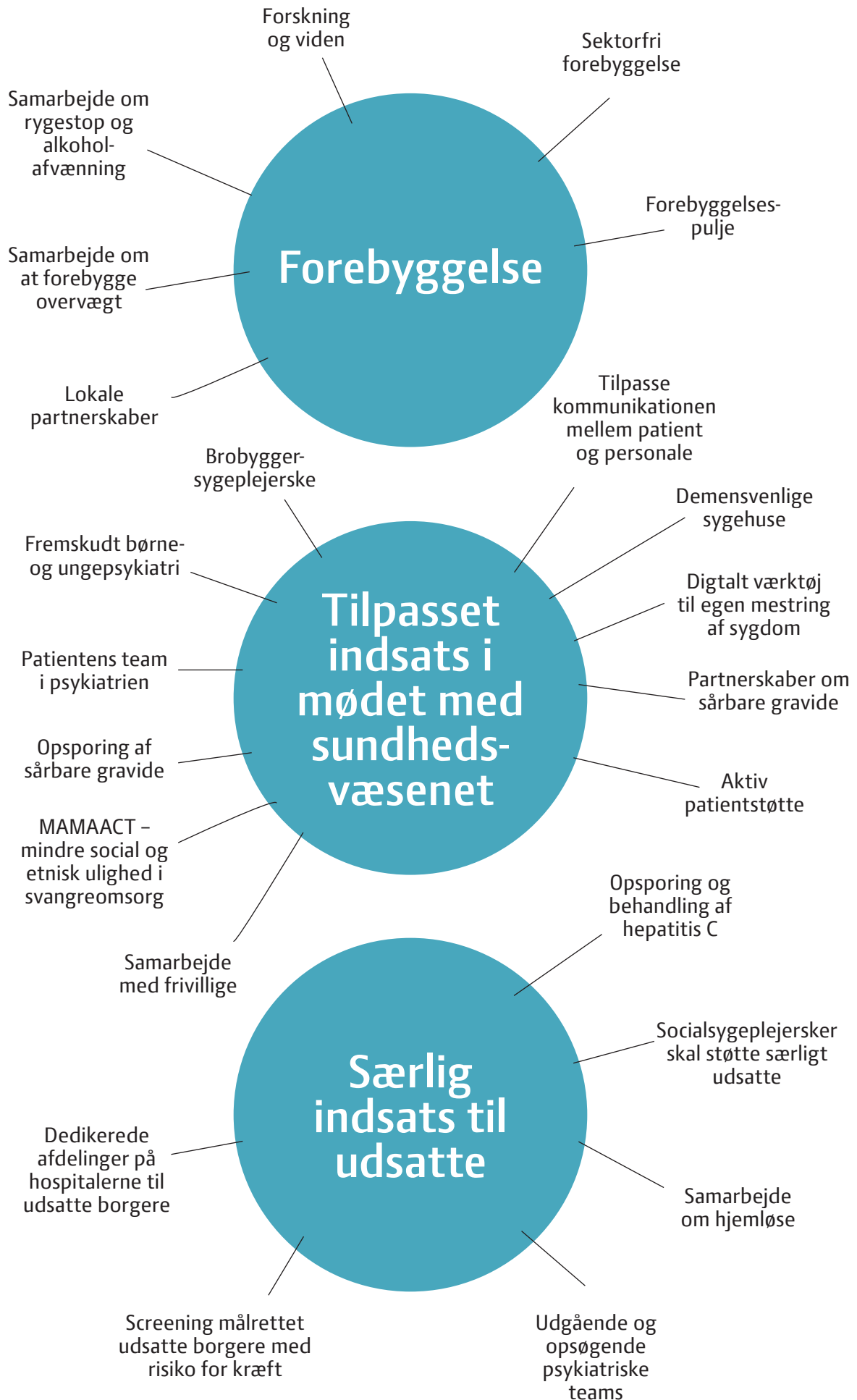
EN FÆLLES TRANSFORMATION ER I GANG

Med udspillet "SUNDHED FOR ALLE" fra 2017 inviterede Danske Regioner alle relevante parter til at tage del i udviklingen mod et bæredygtigt sundhedsvæsen. Med ønsket om et sundhedsvæsen, der både fokuserer på høj kvalitet i behandlingen sygdomme og på at holde befolkningen så rask som muligt, satte Danske Regioner en ny retning for udviklingen af sundhedsvæsenet. Målet er at skabe et sundhedsvæsen, hvor alle har lige muligheder for at opnå sundhed. Det betyder bl.a. en mere ambitiøs forebyggelsesindsats, større tilpasning til den enkelte i mødet med sundhedsvæsenet og et større fokus på opsporende indsatser. Der er bred opbakning til denne retning i sundhedsvæsenet.

Indholdet af kommuner og regioners sundhedsaftaler frem til i dag er et godt billede på, hvordan sundhedsvæsenets tilgang til social ulighed er gået fra at have karakter som et enkeltstående indsatsområde med primært fokus på udsatte grupper og enkeltstående indsatser til at være del af en integreret og samlet sundhedsindsats. Med den nyeste generation af sundhedsaftaler arbejder regioner og kommuner ud fra en populations- og data-baseret tilgang, hvor der samles viden om sundhedsadfærd og sundhedstilstand. Med den nye tilgang skabes et forpligtende samarbejde med fokus på borgere, der er i risiko for at blive syge eller mere syge, og på at raske skal forblive raske. Det betyder, at forebyggelse altid medtænkes i samarbejdet.

Danske Regioner har foreslået, at næste skridt i kampen mod social ulighed i sundhed er en ny folkesundhedslov i Danmark. En folkesundhedslov er en politisk ramme og løftestang til at nedbringe social ulighed i sundhed og kan skubbe til, at der tages flere virksomme midler i brug til at skabe sundhed for alle. Baggrunden er, at det kan være svært at tage hensyn til et sundhedsfremmende perspektiv i de politikker, der vedtages i dag, hvor sundhed ikke er udgangspunktet for politikområdet. Dette gælder, selvom forskning dokumenterer, at den konkrete politik har afgørende betydning for danskernes sundhed og social ulighed i sundhed. Det kan f.eks. handle om politik for byplanlægning, transport, kultur, fritid og idræt, fødevarer, undervisning- og uddannelse, socialområdet, tobak, alkohol og beskæftigelse. Med en folkesundhedslov sker en aktiv stillingtagen på tværs af regioner, kommuner og stat med fokus på, hvordan vi gør sunde valg til nemme valg og skaber gode rammer for sundhed, trivsel og fællesskaber.

Som led i en fælles transformation for mere lighed i sundhed vil Danske Regioner opfordre til, at alle aktører, der kan medvirke til at skabe lighed i sundhed, slutter sig til Alliancen mod ulighed i sundhed.



HVAD GØR REGIONERNE ALLEREDE?

Nedenfor følger eksempler på, hvordan regionerne arbejder med at reducere ulighed i sundhed ud fra de tre vinkler.



FOREBYGGELSE

Social ulighed i sundhed skal først og fremmest forebygges gennem en ambitiøs forebyggelsesindsats baseret på brede partnerskaber mellem flere sektorer og politikområder. Jo tidligere der sættes ind med de rette virkemidler, jo større er muligheden for at reducere den sociale ulighed i sundhed. Regionernes rolle er at forske, rådgive, facilitere partnerskaber, indgå aktivt i partnerskaber med fælles mål, stille data og analyser til rådighed for samarbejdspartnere samt en systematisk forebyggelsesindsats ved patientkontakter.

Regionerne producerer forskning og viden

Regionerne er stærke videns-, data- og forskningsorganisationer. Og regionerne har en unik styrke i forhold til at producere analyser om befolkningens sundhed samt viden om effektive indsatser til gavn for kommunernes planlægning og implementering af forebyggelsesindsatser.

Hvert fjerde år udarbejder regionerne sundhedsprofiler på baggrund af spørgeskemaer udfyldt af et stort repræsentativt udsnit af befolkningen fra 16 år og opefter. Profilerne giver et unikt indblik i de enkelte regioners sundhed og sundhedsvaner. Derfor er de et centralt redskab i forebyggelsesindsatsen. Flere regioner udarbejder også børnesundhedsprofiler. Indsatsen er en del af udmøntningen af regionernes lovbestemte rådgivningsforpligtelse på forebyggelsesområdet.

Det sektorfri forebyggelseslaboratorium

Regionerne ønsker at styrke en fælles og ambitiøs forebyggelsesindsats, som binder partnere sammen på tværs af sektorer, offentlig og privat, og som rækker langt udover sundhedsvæsenet. Derfor nedsatte regionerne det sektorfrie forebyggelseslaboratorium i 2018 og inviterede centrale samarbejdspartnere som KL, PLO, Sund By Netværket og Sundhedsstyrelsen med ind i laboratoriet, hvor de sammen med regionerne sætter retningen. Laboratoriets særkende er at facilitere brede partnerskaber om forebyggelsesindsatser i Danmark og samtidig have fokus på at dokumentere effekten af indsatserne. Flere af projekterne undersøger metoder til at reducere social ulighed.

Udmøntning af forebyggelsespuljen

Regionerne har oprettet en pulje, der tildeler støtte til forskning i forebyggelse. Puljen skal bidrage til, at forebyggelsesindsatsen på tværs af region, kommune, almen praksis og civilsamfundsorganisationer mv. går hånd i hånd med den nyeste viden om, hvad der virker. Puljen har f.eks. støttet forskning i, hvordan man bedst implementerer indsatser i skolen, der skal understøtte sund vægt hos børn, udvikling af selvhjælpsprogram til unge med uspecifikke symptomer i almen praksis, langtidseffekter af øget idræt i skolen og risiko for livsstilssygdomme senere i livet, effekt af styrkede sundhedskompetencer i forhold til beskæftigelse og lighed i sundhed mv.

Brede partnerskaber i lokalsamfundet

Regionerne er aktivt part i samarbejder og brede partnerskaber på tværs af myndigheder, civilsamlingsorganisationer, frivillige og private aktører, der har til formål at skabe mere lighed i sundhed. Ofte har regionerne en projektledende, faciliterende eller forskningsstøttende rolle.

"Broen til Bedre Sundhed" er et udviklingsprogram, der skal skabe bedre folkesundhed og mere lighed i sundhed på Lolland-Falster. Der arbejdes med en bred vifte af aktiviteter. Fra gratis skolemad og cykler som klassesæt til indsatser for udsatte børn og unge, alkoholramte familier og mere sammenhængende sygdomsforløb. Fundamentet er et partnerskab mellem kommuner, region, de praktiserende læger og det lokale erhvervsliv. Der er desuden indgået et samarbejde med Trygfonden.

"Vores sunde hverdag" er et nyt og innovativt partnerskabsprojekt mellem fire kommuner, to regioner og tre forskningsinstitutioner. Sammen med borgere, erhvervslivet (f.eks. COOP Danmark), offentlige, private og frivillige aktører bl.a. DGI, Sund By Netværket, Kræftens Bekæmpelse og Hjerteforeningen skal projektet udvikle og afprøve en ny og bæredygtig model for det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde i Danmark. Vores Sunde Hverdag arbejder for, at alle borgere uanset køn, alder og social status sikres gode muligheder for at leve et godt, sundt og langt liv.

"Røgfri Ungdomsuddannelse" er et partnerskab på tværs af uddannelsesinstitutioner, kommuner, Kræftens Bekæmpelse og regionen om at motivere uddannelsesinstitutionen til at blive røgfri. Projektet tilbyder bl.a. skolerne en guide til at blive røgfri, oplæg på personalemøder, gratis kompetenceudvikling af medarbejdere, events, kampagner, certificering og fejring af at være blevet en røgfri. Der er nu flertal i Folketinget for, at rygning skal være forbudt i skoletiden for elever på ungdomsuddannelser.

"Tingbjerg Changing Diabetes" er en langsigtet strategisk indsats med fokus på sociale fællesskaber, maddannelse og fysisk aktivitet. Målet med indsatsen er at skabe trivsel, fremme det gode, sunde liv og forebygge type 2 diabetes blandt Tingbjergs beboere. Tingbjerg Changing Diabetes udvikles og gennemføres i samskabelse mellem bl.a. boligforeninger, kommunen, borgerne, eksterne partnere og regionen.

Samarbejde om forebyggelse af overvægt

Flere regioner har fokus på forebyggelse af overvægt i regi af samarbejdet i Sundhedsaftalerne mellem kommuner, almen praksis og region. Regionerne tilvejebringer aktuelt viden om, hvilken indsats kommuner og almen praksis kan stille til rådighed for børn, unge og deres familier, når overvægt og risiko for overvægt opspores. I en region har man opstartet dialog med kommunerne og almen praksis om, hvordan den nye viden kan føre til implementering af indsatser.

Samarbejde om rygestop og alkoholafvænning

Regionernes hospitaler arbejder på at implementere, at der systematisk spørges ind til både rygning og alkohol ved alle relevante patientkontakter. Hvis patienterne ønsker det, bliver de henvist til tilbud om rygestop eller alkoholafvænning i kommunen. Flere hospitaler har fuldt ud implementeret systematikken ved at spørge ind til rygning, og der er igangsat en opfølgning på antallet af henvisninger til kommunerne. Det har vist sig at være sværere for sundhedspersonalet på hospitalerne at spørge ind til alkoholvaner. Regionerne arbejder derfor på at afdække, hvordan de bedst møder patienten i en samtale om alkoholvaner, så flere kan få tilbud om alkoholafvænning.

TILPASSET INDSATS I MØDET MED SUNDHEDSVÆSENET

Regionerne skal sikre let og lige adgang til behandling af høj kvalitet i sundhedsvæsenet. Regionerne har et ansvar for at sikre, at sociale forskelle ikke kommer til udtryk i forskelle i behandlingskvalitet. Det indebærer, at regionerne i højere grad skal tilpasse kommunikation, kontakt, forløb og behandling til den enkelte. Nogle borgere har brug for mere støtte end andre, og forløb kan se forskellige ud, selvom diagnosen er den samme. Der kan også være tale om indsatser, som er målrettet en bestemt gruppe borgere. Patientinddragelse og beslutningsstøtte kan være med til at dæmpe op for, at den sociale ulighed i sundhed ikke forstærkes i mødet med sundhedsvæsenet.

Tilpasset kommunikation mellem patient og personale

På et hospital har man udviklet et kommunikationsprogram, hvor alt sundhedspersonale med patientkontakt har gennemgået et kursus, der rustet dem til at møde patienterne ud fra et helhedssyn og til at kunne differentiere og tilpasse indsatsen.

Kommunikationsprogrammet viser gode effekter i forhold til, at patienterne i markant højere grad oplever, at personalet involverede patienten i beslutninger så meget, som patienten havde lyst, at personalet brugte den nødvendige tid, at personalet opfordrede til at stille spørgsmål, at personalet forstod patientens overordnede bekymringer omkring sit helbred, og at personalet gav patienten opmærksomhed, kiggede på patienten og lyttede.

Netop nogle af disse emner, vurderer patienterne, er de vigtigste i deres møde med sundhedsvæsenet ifølge den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser. I regionen har man valgt, at kommunikationskonceptet udbredes til alle hospitaler.

Demensvenlige sygehuse

For de fleste vil det at blive indlagt være en stressende og ukendt situation, men for en person med demens kan det være en særlig udfordring at blive indlagt. Det kan skabe stor usikkerhed og utryghed, som kan være med til at forværre tilstanden. For personalet kan det være en udfordring at behandle en patient med demens, da de kan have sværere ved at forklare symptomer, udtrykke behov og deltage i behandlingen. Derfor arbejder regionerne med at gøre sygehuse mere demensvenlige. På et demensvenligt sygehus ved personalet, hvordan de skal handle, når patienten har demens. Her indretter man arbejds-gange efter de særlige behov, som patienten har, man samarbejder aktivt med pårørende og sikrer, at omgivelserne også understøtter patientens behov.

Helbredsprofilen - et digitalt værktøj til egen mestring af sygdom

Helbredsprofilen.dk er en hjemmeside, der formidler viden om livet med længerevarende sygdom herunder multisygdom i et letforståeligt sprog. Hjemmesiden understøtter den syge og pårørende på deres vej gennem sundhedsvæsenet med fakta om sygdom og behandling og ved at formidle andres erfaringer om livet med sygdom. Der formidles via video, og det er fagfolk, borgere med sygdom og deres pårørende, der fortæller om fakta, og hvordan en hverdag kan blive god sammen med en eller flere sygdomme. Der arbejdes systematisk med tilgængelighed, sproget er ligetil og hjemmesiden arbejder med tilgængelighed for borgere med handicap eller problemer med brug af IT.

Aktiv patientstøtte

Aktiv patientstøtte er en indsats, der har til formål at styrke patientens håndtering af egen sygdom. Udvalgte patienter med kroniske sygdomme tilbydes et forløb, hvor de får telefonstøtte fra specialuddannede sygeplejersker til at styrke deres håndtering af et liv med kronisk sygdom. Sygeplejersken støtter bl.a. patienten med viden om sygdom, sundheds-

tilbud, og hvad patienten selv kan gøre for at få en højere livskvalitet. Støtten varer typisk ca. seks til ni måneder og tager udgangspunkt i den enkeltes behov, aktive deltagelse og ønsker. På den måde bidrager aktiv patientstøtte til, at der sættes ind i tide, og til at sundhedsvæsenet bliver mere trygt og nært for patienterne. Samtidig medvirker aktiv patientstøtte også til at skabe sammenhæng på tværs af sektorer.

MAMAACT

Regionerne støtter projektet MAMAACT, der har til formål at reducere etnisk og social ulighed i svangreomsorgen – og mere specifikt at forebygge dødfødsler og spædbørnsdød. Projektet fokuserer på at forbedre kommunikationen mellem gravide kvinder og jordemødre om kroppens tegn på graviditetskomplikationer. Det gælder især kritiske situationer, hvor den gravide selv skal kunne vurdere potentielle livsfarlige symptomer og have fat i akut hjælp. Indsatsen består dels af et koncentreret efteruddannelsesforløb for jordemødre og dels af et oplysningsmateriale til de gravide kvinder, herunder en piktogrambaseret folder og en app på seks sprog.

Den patientansvarlig læge

Regionerne har udrullet initiativet om den patientansvarlige læge. Den patientansvarlige læge er en navngiven læge, som er udpeget til at bære det overordnede ansvar og overblik for en given patients forløb på sygehuset. Den patientansvarlige læge er ikke fagligt ansvarlig ud over eget speciale eller behandling, men har en funktion som koordinator og bagstopper/tovholder for det samlede udrednings- og behandlingsforløb. Endvidere skal patienten kunne søge til sin patientansvarlige læge, hvis han eller hun er i tvivl om noget i forhold til sit udrednings- og/eller behandlingsforløb på sygehuset. Initiativet skal bidrage til kulturændring, der indebærer, at patientforløb tilrettelægges i samarbejde mellem læge, patient og eventuelle pårørende samt øvrige relevante sundhedsfaglige personer og med hensyn til patientens ønsker og samlede livssituation. Den tilpassede indsats skal bidrage til mere lighed i sundhed.

Fremskudt funktion i børne- og ungdomspsykiatrien

Regionerne har etableret forskellige former for fremskudte funktioner i børne- og ungdomspsykiatrien. Det spænder fra en fælles matrikel mellem kommune og region, regionale specialiserede medarbejdere der kompetenceudvikler kommunale medarbejdere, regional understøttelse af lettere kommunal behandling, samarbejde med civilsamfundsorganisation, praktik på tværs af sektorer og meget andet. Fælles er, at den fremskudte funktion styrker kommunernes indsatser og kompetencer. Det sikrer en mere kvalificeret opsporende, forebyggende og tidlig indsats i borgeren nærmiljø, hvor de regionale medarbejdere ikke kan være til stede.

Brobyggerpsygeplejerske

Danske Regioner har foreslået en brobyggerpsygeplejerske, som nu er ved at blive rullet ud i regionerne. Brobyggerpsygeplejersken har en særlig opgave i overgangen fra hospital til opfølgende behandling, pleje og rehabilitering i hjemmet, og indsatsen skal være med til at forebygge genindlæggelser blandt sårbare patienter. Brobyggeren er borgerens personlige kontakt allerede ved indlæggelsen og i overgangen til hjemmet og indsatsen i hjemmesygeplejen. Den håndholdte indsats skal bidrage til at sikre mere lighed i sundhed.

Patientens team i psykiatrien

Patientens team er et behandlingskoncept, hvor et fast tværfagligt team og patienten selv planlægger og beslutter behandlingsforløbet. Med initiativet bliver patienten sat for bordenden af forløbet. Personalets rolle på møderne er undersøgende, undrende og reflekterende sammen med patienten. Forud for møderne sker en skriftlig forberedelse, som lægger vægt på en undersøgende tilgang med udgangspunkt i metoden Guided Egen Beslutning. Den inddragende og tilpassede indsats skal bidrage til mere lighed i sundhed.

Opsporing af sårbare gravide og opfølgende teamsamtale

I en region screenes alle gravide for sårbarhed ved deres første jordemoderkonsultation. De sårbare gravide bliver tilbudt en teamsamtale med både jordemoder og sundhedsplejerske, som indgår med hver deres faglighed og perspektiver på den gravide eller parrets udfordringer. Ud fra teamsamtalen kan de guide parret hen til de tilbud, der gavner netop dem. Det kan være tilbud som regionens familieambulatorium, psykiatrien, kommunernes børne- og familieafdelinger eller tværsektorielle tilbud. Initiativet udspringer af sundhedsaftalen mellem regionen og kommunerne.

Partnerskaber om sårbare gravide

Flere regioner har dannet partnerskaber med Mødrehjælpen og Røde Kors om indsatsen til sårbare gravide. Det betyder f.eks., at jordemoderkonsultation, sundhedspleje, socialrådgivning og uddannelses- og beskæftigelsesvejledning er samlet under et tag. Resultaterne af partnerskabet med Mødrehjælpen viser, at kvinderne udvikler sig positivt på alle parametre. 32 procent blev flyttet fra passiv forsørgelse til uddannelse eller beskæftigelse, 63 procent har oplevet en fremgang i deres forældreevne, og 51 procent har fået stærkere netværk.

Samarbejde med frivillige

Samarbejde med frivillige kan skabe mere lighed i sundhed og udgør et stort potentiale som et supplement til sundhedsvæsenets tilbud for udsatte borgere. Flere regioner har samarbejde med "Social Sundhed", som er en frivilligindsats, hvor en sundhedsfagligt studerende tilbyder at være ledsager, hvis en borger har udfordringer i mødet med sundhedsvæsenet. Den frivillige agerer brobygger og kan f.eks. tilbyde at sidde med til konsultationen og hjælpe med at huske, hvad der bliver sagt. Inden aftalen kan den frivillige og borgeren tale om, hvad der skal ske og vende, hvad borgeren har af behov, udfordringer eller spørgsmål i forbindelse med aftalen.

SÆRLIG INDSATS TIL UDSATTE

Den måde sundhedsvæsenet er organiseret på i dag, passer ikke alle. Socialt udsatte borgere møder kun sjældent, eller slet ikke sundhedsvæsenet og har brug for en mere opsøgende og støttende indsats. Der er behov for at styrke regionernes indsats til denne gruppe og tilpasse sundhedsvæsenet, så det i højere grad møder de socialt udsatte borgere på deres præmisser.

Opsporing og behandling af hepatitis C

Hepatitis C er en sygdom, der er særligt udbredt blandt personer med stofmisbrug. Det er en gruppe af personer, der har ingen eller sparsom kontakt med sundhedsvæsenet. Derfor har regionerne i samarbejde med frivillige organisationer og kommuner igangsat indsatser, der hvor borgerne færdes.

Socialsygeplejersker som støtte til særligt udsatte

På nogle hospitaler er socialsygeplejersker, som har særlig viden om socialt udsattes komplekse sociale og sundhedsmæssige problemer og om tilbud til blandt andre stofmisbrugere, hjemløse, alkoholmisbrugere og psykisk syge. Socialsygeplejerskerne støtter patienterne under indlæggelsen, ved ambulante forløb og formidler kontakt til eksterne samarbejdspartnere ved udskrivelse. Socialsygeplejerskerne arbejder også på, at viden om socialt udsattes særlige behov, bliver en integreret del af fagligheden i det almindelige sundhedsvæsen.

Samarbejde om hjemløse

I en region har man startet et samarbejde med Røde Kors om at sikre, at hjemløse ikke udskrives til gaden efter et hospitalsophold og samtidig ikke opholder sig længere end nødvendigt på hospitalet. Den hjemløse tilbydes et 14-dagesophold med fokus på pleje og restitution, inden den hjemløse skal tilbage til de ofte hårde livsomstændigheder på gaden.

Udgående og opsøgende psykiatriske teams

Regionerne har udgående teams fra psykiatrien som OP, OPUS og F-ACT for de patienter, som har brug for en ekstra og håndholdt indsats. Hver person får tilknyttet et tværfagligt team, som yder en fleksibel og individuelt tilrettet indsats, der understøtter borgerens recovery-proces. Teamet hjælper borgeren med at fastholde den ambulante behandling såvel som at etablere en stabil tilværelse.

Screening målrettet udsatte borgere med risiko for kræft

Nogle grupper af udsatte borgere deltager markant mindre i kræftscreeningsprogrammer til trods for, at de er i højere risiko for nogle typer af kræft. Det gælder f.eks. personer med langvarig arbejdsløshed og fattigdom, misbrugslidelser og svære psykiatriske problematikker. En region har igangsat et projekt, der har til formål at undersøge en gruppe udsatte borgeres holdninger til at deltage i kræftscreeningsprogrammer. Dermed kan der dannes en solid basis for at skabe skræddersyede tilbud til denne udsatte gruppe, som kan øge deres deltagelse og på sigt reducere uligheden i sundhed som følge af livmoderhalskræft, brystkræft og tarmkræft.

Dedikerede afdelinger på hospitalerne til udsatte borgere

Regionerne har dedikerede afdelinger på hospitalerne, som arbejder med de særlige forhold, der gør sig gældende for udsatte borgere. Det er f.eks. indvandrere og flygtninge eller borgere, der står udenfor arbejdsmarkedet eller er ufaglærte. Her er sundhedspersonalet trænet i at se den enkelte i et helhedsperspektiv, da årsagen til sundhedstilstand ofte skal findes i forhold udenfor sundhedsvæsenet. Af samme årsag er der et tæt samarbejde med de relevante parter som pårørende, kommuner, almen praksis, arbejdspladser mv.

HVAD VIL VI GERNE GØRE MERE AF?

Styrket fokus på kommunikation mellem patient og sundhedsprofessionel

Regionerne har allerede fokus på kommunikationen mellem patient og sundhedspersonalet med henblik på, at patienten skal mødes med et helhedssyn og ud fra de særlige behov og vilkår, der gør sig gældende for den enkelte. Regionerne vil sætte styrket fokus på indsatsen ved at identificere kommunikationsindsatser, der har dokumenteret effekt i forhold til patientens oplevelse og tilfredshed med forløbet på hospitalet med henblik på udbredelse.

Flere virtuelle konsultationer

Regionerne har en ambition om, at en tredjedel af alle konsultationer understøttes digitalt, f.eks. ved brug af video. Brugen af virtuelle samtaler i stedet for en vanlig fysisk konsultation skaber fleksibilitet for borgerne. Regionerne vil arbejde for, at så mange borgere som muligt kan have kontakt til sundhedsvæsenet over afstand, hvor det giver fagligt mening og er efter borgerens ønske – både på hospitalerne og i praksissektoren. Virtuelle konsultationer kan, ligesom andre digitale løsninger gør kontakten til sundhedsvæsenet nemmere og mere enkel. Samtidig giver det mulighed for at bringe det specialiserede sundhedsvæsen tættere på borgerne uanset deres bopæl. De virtuelle konsultationer kan også være en fordel for de sårbare grupper, hvor det kan være en udfordring at transportere sig hen til hospitalet eller egen læge. For dem kan det være mere overskueligt at sidde derhjemme i trygge omgivelser og tale med lægen. Andre grupper har bedre gavn af eller ønsker et fysisk møde med sundhedsvæsenet. Større anvendelse af digitale løsninger kan medvirke til, at den fysiske tilgængelighed i højere grad er lettilgængeligt for de borgere, der ønsker det.

Sundhedstjek på bosteder

Regionerne vil tilbyde sundhedstjek til borgere, der bor på et bosted. Mange af borgerne har komplekse udfordringer og opsøger ikke selv sundhedsvæsenet. Dermed kan symptomer på somatiske sygdomme overses. Derfor er der brug for en opsøgende indsats fra sundhedsvæsenet.

Samlet behandling af psykisk sygdom og misbrug

Behandlingen af mennesker med psykisk sygdom og misbrug skal samles, så disse mennesker kan få en specialiseret behandling for deres psykiske sygdom og misbrug samme sted. Regionen skal have det fulde behandlingsansvar for mennesker med psykisk sygdom og misbrug.

Telepsykiatri

Vi skal udvide og udbrede de digitale behandlingsmuligheder i psykiatrien. Digitale løsninger rummer store potentialer for, at der i psykiatrien kan leveres en mere individuelt tilpasset behandling, som vil nå flere borgere og tidligere i deres sygdomsforløb

Udgående hjemmebesøg

Ikke alle patienter i psykiatrien har de samme muligheder eller overskud til at klare transporten hen til behandling f.eks. på sygehuset. Derfor er det vigtigt, at der kan tages hensyn til den enkelte patients ressourcer og behov ved, at behandleren kommer på hjemmebesøg hos patienten i trygge rammer.

Proaktiv indsats til sårbare hjertepatienter

Regionerne vil gerne blive bedre til at lave differentieret behandling og rehabilitering for hjertepatienter. Regionerne vil f.eks. gerne undersøge om en mere proaktiv tilgang bedre vil kunne hjælpe dem med størst behov, i modsætning til den mere traditionelle rådgivning, hvor kontakten typisk sker ved, at patienter og pårørende selv henvender sig.

Øget indsats for at fastholde unge i uddannelse

Regionerne vil bidrage til, at flere gennemføre en ungdomsuddannelse f.eks. gennem projekter som "FAST" fra Region Sjælland, der har fokus på trivsel og fastholdelse af unge på erhvervsuddannelser gennem trivselsmåling via app og opfølgning.

Udvikling af samarbejdet mellem sundhedsvæsen og frivilligindsatsen

I regionerne ser vi med alvor på, at flere og flere børn og unge mistrives, at mange ældre er ensomme. Her er en oplagt samarbejdsbane i forhold til at flere kan indgå i meningsfulde fællesskaber. Fritidsaktiviteter kan være en vej til nye venskaber og øget selvtillid, ligesom sport og bevægelse har en positiv effekt på både fysisk og mental trivsel. Frivilligindsatsen kan sammen f.eks. kulturinstitutioner, fritidsklubber og andre partnere medvirke til at opbygge meningsfulde fællesskaber.

Regionerne vil bidrage endnu stærkere til samarbejdet om forebyggelse

Regionerne har en vision om at oprette fem strategiske folkesundhedscentre – et i hver region. Det er en vision, der skal udfoldes i tæt dialog med samarbejdspartnere, særligt kommuner og bygge ovenpå det gode samarbejde om forebyggelse, der er lokalt mellem regioner og kommuner.

Centrene skal have tæt samarbejde med de eksisterende forskningsmiljøer indenfor forebyggelse og sundhedsfremme i Danmark. Centrene skal være motor og drivkraft i et systematisk arbejde om at bringe partnere sammen i brede forebyggelsesindsatser, hvor effekten af indsatserne skal dokumenteres. Centrene skal kobles direkte op på ambitionerne i sundhedsaftalerne. Folkesundhedscentrene skal drives med afsæt i regionernes rådgivningsforpligtelse på forebyggelsesområdet og regionernes generelle forskningsforpligtelse og det daglige arbejde skal ske i tæt dialog med kommunerne.

Børnesundhedsprofiler i hele landet

To regioner udarbejder allerede børnesundhedsprofiler. Regionerne ønsker, at der udarbejdes børnesundhedsprofiler i alle regioner, så vi kan få solid viden om børnenes sundhed og sundhedsadfærd som grundlag for effektive indsatser. En af forudsætningerne for udbredelse er, at kommunerne tilslutter sig Databasen Børns Sundhed, der samler alle oplysninger fra sundhedsplejerskernes journaler.

Mål for sociale forskelle og forskelle i behandlingskvalitet

Regionerne ønsker at reducere den sociale ulighed i sundhed i mødet med sundhedsvæsenet. Og vi vil gerne stå på mål for indsatsen. Derfor er det vigtigt at udvikle velegnede metoder til at måle på, om sociale forskelle kommer til udtryk i forskelle i behandlingskvalitet. Det er også vigtigt, at de nationale mål for kvalitet indeholder velegnede indikatorer til at følge udviklingen i lighed i sundhed.

REFERENCER

- 1 Sundhedsstyrelsen, 2016, Sygdomsbyrden i Danmark – risikofaktorer med inspiration fra Dahlgren og Whitehead, 1991
- 2 Bo A, Friis K, Osborne RH, Maindal HT. National indicators of health literacy: ability to understand health information and to engage actively with healthcare providers – a population-based survey among Danish adults. BMC Public Health. 2014; 14: 1095.
- 3 Vedsted-undersøgelsen
- 4 Grønbæk M. Social ulighed i sundhed – Fra vugge til grav i Ploug N. Social arv og social ulighed. Hans Reitzels forlag. 2. Udgave: 2017.
- 5 Arbejderbevægelsens Erhvervsråd og Statens Institut for Folkesundhed, Stigende social ulighed i levetiden
- 6 Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil. Sundhedsstyrelsen, 2018
- 7 Juel K, Koch MB. Social Ulighed i Dødeligheden i Danmark Gennem 25 År.; 2013.
- 8 Grønbæk M. Social ulighed i sundhed – Fra vugge til grav i Ploug N. Social arv og social ulighed. Hans Reitzels forlag. 2. Udgave: 2017.
- 9 Danskernes Sundhed – Tal fra Den Nationale Sundhedsprofil. Sundhedsstyrelsen, 2018; Helbredsskader ved rygning. Sundhedsstyrelsen, 2018
- 10 Tal fra Sundhedsstyrelsen, december 2019
- 11 Udarbejdet for Danske Regioner af Statens Institut for Folkesundhed: Risikofaktorer for multisygdom, 2019
- 12 Danskernes Sundhed - Den nationale sundhedsprofil 2017. Sundhedsstyrelsen
- 13 Sundhedsprofil for børn og unge i Region Hovedstaden og kommuner 2016/2017.
- 14 Danskernes Sundhed - Den nationale sundhedsprofil 2018. Sundhedsstyrelsen, 2018; Børnesundhedsprofil for Region Nordjylland. Region Nordjylland, 2019; Børn og unge i Danmark 2018. VIVE, 2018; 13-åriges fritidsliv. Børnerådet, 2014.

**REGIONERNE HAR EN
AFGØRENDE ROLLE
I FOREBYGGELSE-
INDSATSEN**

**REGIONERNE HAR
ET ANSVAR FOR,
AT DEN SOCIALE
ULIGHED I SUNDHED
IKKE FORSTÆRKES
I MØDET MED
SUNDHEDSVÆSENET**

**REGIONERNE SKAL
OPSØGE OG STØTTE
UDSATTE BORGERE,
DER IKKE SELV
KONTAKTER SUND-
HEDSVÆSENET**

