



ANBEFALINGER TIL LIGHED OG SAMMENHÆNG I SUNDHED

Levealderen stiger for mennesker i social udsathed, men alligevel dør socialt udsatte mennesker i gennemsnit 17 år tidligere end den øvrige befolkning. Det viser en ny undersøgelse, som Rådet for Socialt Udsatte netop har udgivet. Undersøgelsen følger op på tidligere undersøgelser og er udarbejdet af Statens Institut for Folkesundhed (SIF). Den viser, at, sammenlignet med den øvrige befolkning, har socialt udsatte mennesker en anderledes brug af sundhedsvæsenet med en markant højere risiko for indlæggelser og kontakter til akutmodtagelsen – både i somatikken og psykiatrien. Samtidig har socialt udsatte mennesker et væsentligt mindre forbrug af fx speciallæger og tandlæger end resten af befolkningen på trods af væsentligt højere sygelighed. Tallene underbygger oplevelsen af, at socialt udsatte ofte først får hjælp, når deres sundhedsproblemer bliver akutte.

For socialt udsatte mennesker mangler sundhedsvæsenet sammenhæng. Der mangler samarbejde både internt i sundhedsvæsenet og med de sociale støttesystemer, der er en forudsætning for socialt udsatte menneskers adgang til sundhedsvæsenet. Socialt udsatte har komplekse problemer og ofte brug for sundhedshjælp i både kommuner og regioner samt social hjælp i kommunerne. Det offentlige system har tit svært ved at koordinere indsatser på tværs af sektorer og forvaltningsområder, fx fordi budgetter og myndighedskompetencer er opdelt. Det rammer socialt udsatte mennesker hårdt, da de ofte har brug for hjælp fra flere sektorer og områder samtidig.

Sundhedsreformer skal sikre lige adgang til og udbytte af behandling

For at løse ovenstående problemer er der brug for reformer, der sætter patienterne i centrum og giver mulighed for at skabe en sammenhængende indsats efter et princip om *No Wrong Door*. Med No Wrong Door-princippet skal socialt udsatte mennesker sikres den nødvendige sundhedshjælp, uanset om de møder det offentlige på skadestuen, psykiatrien eller i jobcentret. Det er hjælpesystemerne og ikke socialt udsatte selv, der er ansvarlige for at finde frem til den rigtige hjælp.

Der er brug for, at lovgivning og økonomiske rammer og incitamenter understøtter, at borgernes forløb bliver koordineret i en fælles indsats internt i sundhedsvæsenet og på tværs af kommuner og regioner, så borgernes ret til lige adgang til og udbytte af behandling sikres. Dét er den vigtigste opgave for en kommende strukturkommission at finde løsninger på.

For at sikre borgerne en koordineret fælles indsats er der brug for, at der sættes ind i kommunerne med en social og sundhedsfaglig oprustning af den hjælp, socialt udsatte mennesker kan få. Det er nødvendigt, at skabe bedre adgang til praktiserende læger, at de sundhedsprofessionelle på hospitalerne får en stærkere udsattefaglighed, og der er brug for mellemstationer eller *half-way-houses* til socialt udsatte patienter, der er for raske til at være indlagt men for syge til at være derhjemme. Derfor har Rådet for Socialt Udsatte følgende fire forslag til at sikre lighed i sundhed for socialt udsatte mennesker:





Rådet for Socialt Udsattes anbefalinger opsummeret

- ☞ **Giv socialt udsatte patienter ret til hjælp til at navigere i sundhedsvæsenet**
Uden social og sundhedsfaglig støtte er sundhedsvæsenet ikke tilstrækkeligt tilgængeligt for socialt udsatte mennesker. Derfor skal støttekontaktpersoner, følgeordninger mv. ses som en forudsætning for adgang til og succesfuld behandling af socialt udsatte mennesker. Samtidig er der behov for sundhedsfaglig støtte og koordinering uden for hospitalerne fx gennem ansættelse af kommunale socialsygeplejersker.
- ☞ **Giv socialt udsatte mennesker bedre adgang til sundhedsvæsenet gennem den praktiserende læge**
Der er brug for at ændre rammerne om de praktiserende læger, så de også for mennesker i social udsathed bliver en indgang til sundhedsvæsenet. Der er brug for længere konsultationstid og for samarbejde mellem regioner, kommuner og udvalgte praktiserende læger om at sikre adgang og behandling for mennesker i social udsathed.
- ☞ **Styrk udsattefagligheden i sundhedsvæsenet**
Der mangler kompetencer i sundhedsvæsenet til at hjælpe socialt udsatte mennesker med at få deres sundhedsbehov dækket. Ansæt socialsygeplejersker på alle akuthospitaler, udbred ordningen til psykiatrien og sørg for at forankre udsattefaglighed på ledelsesniveau.
- ☞ **Opret og udbred half-way-houses til patienter med både psykiske og somatiske lidelser**
Mange socialt udsatte mennesker har dårligt netværk og måske en usikker boligsituation. Derfor er der brug for sengepladser til mennesker i social udsathed, der er for raske til at være indlagt men for syge til at være hjemme. Det vil bidrage til at sikre, at der bliver fulgt op på behandling, og det kan også medvirke til at forebygge indlæggelser.

Baggrund

SUSY Udsat-undersøgelserne

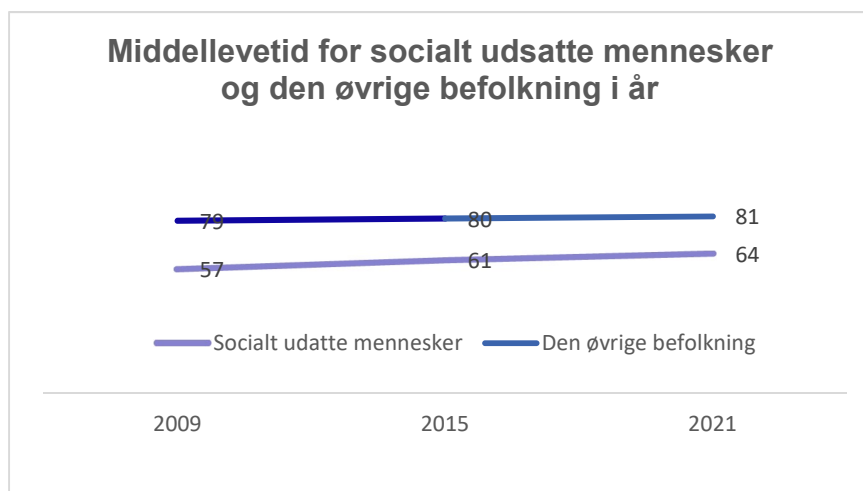
Siden 2007 har Rådet for Socialt Udsatte og Statens Institut for Folkesundhed hvert femte år gennemført de såkaldte SUSY Udsat-undersøgelser. SUSY Udsat-undersøgelserne er sammenlignelige med de store befolkningsundersøgelser om danskernes sundhed og sygelighed, og de udføres som en spørgeskemaundersøgelse på herberger, væresteder og andre steder, hvor socialt udsatte mennesker kommer. På den måde når den ud til mennesker, som ellers er svære at få inkluderet i nationale undersøgelser.

I den netop udgivne registerundersøgelse belyses dødelighed og dødsårsager blandt socialt udsatte mennesker fra 2007-2021 samt deres brug af sundhedsvæsenet (Pedersen, et al. 2023).

Undersøgelsen baserer sig på personer, der har deltaget i SUSY Udsat-spørgeskemaundersøgelserne i henholdsvis 2007, 2012 og 2017.

Stigende levealder blandt mennesker i social udsathed

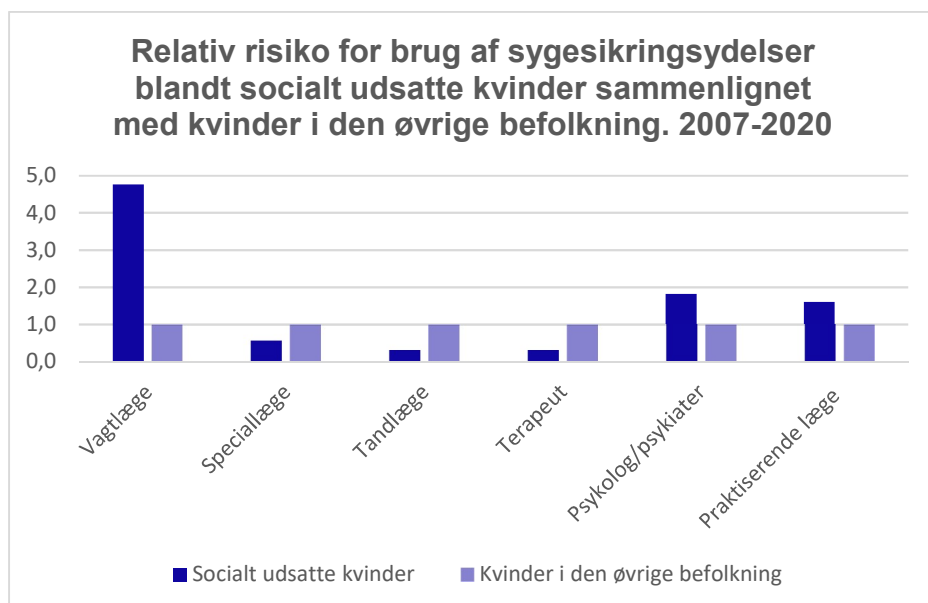
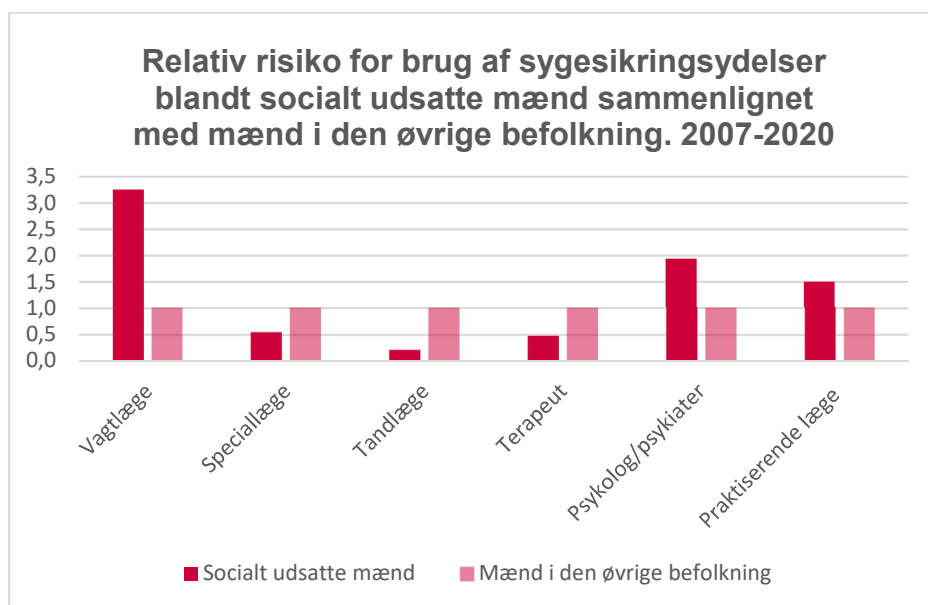
Undersøgelsen af dødelighed og brug af sundhedsvæsenet blandt socialt udsatte mennesker viser, at socialt udsatte lever længere. Forskellen i levealder mellem socialt udsatte mennesker og den øvrige befolkning indsnævres, så den i 2021 er 17 år. I 2015 var forskellen 19 år, og tilbage i 2009 var den 22 år. Samtidig er levealderen steget. I 2015 var levealderen for mennesker i social udsathed 61 år. Nu er den 64 år (Pedersen, et al. 2023).



Undersøgelsen siger ikke noget om, hvorfor levealderen er stigende blandt mennesker i social udsathed. Årsagerne kan være mange: Siden 2008 er der ansat socialsygeplejersker i de fleste regioner; i 2012 blev det muligt at oprette stofindtagelsesrum, hvilket er sket i København, Odense, Vejle og Aarhus (de fleste steder med tilhørende sundhedsindsatser); i 2018 blev der åbnet op for hepatitis C-behandling til socialt udsatte mennesker med stofbrug og siden er der kommet udgående test og behandling både i Region Syddanmark og i hovedstaden (Øvrehus, Christensen og Dröse 2019). Brugen af half-way-houses eller omsorgspladser til mennesker i social udsathed er endnu ikke udbredt i hele landet, men der er evidens for en positiv effekt for patienterne og færre genindlæggelser (Bring, et al. 2020).

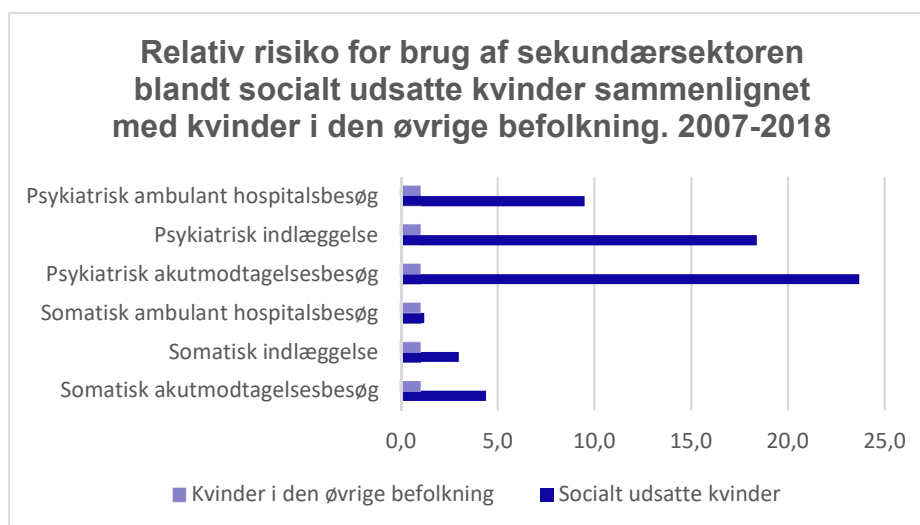
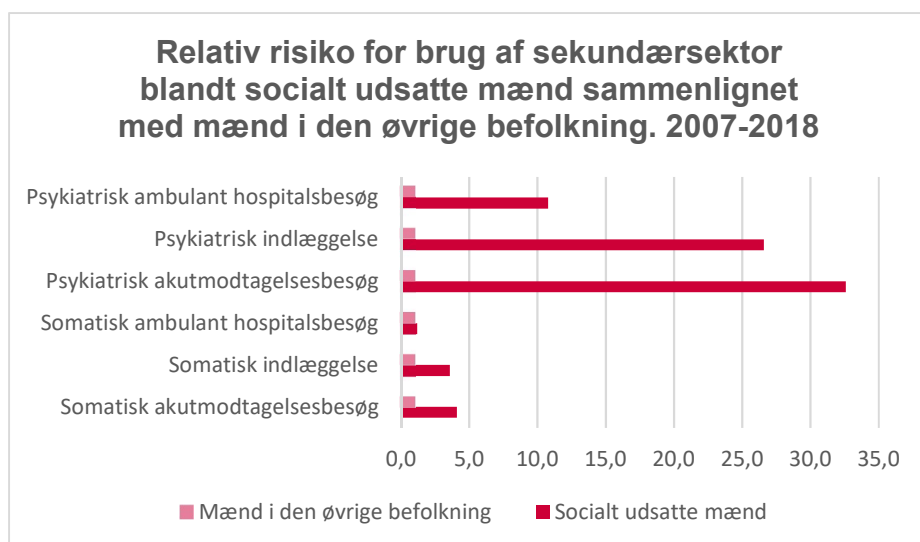
Underforbrug af primærsektorens sygesikringsydelser

Registerundersøgelsen viser, at socialt udsatte mennesker har et stort underforbrug af primærsektorens sygesikringsydelser sammenlignet med den øvrige befolknings forbrug. Det gælder speciallæger, laboratorieundersøgelser, terapeuter og ikke mindst tandlæger, hvortil mænd i den øvrige befolkning har fem gange så hyppig kontakt som socialt udsatte mænd. Hyppigheden af kontakt til praktiserende læge er kun halvanden gang så høj blandt socialt udsatte mænd som i den øvrige befolkning, på trods af væsentligt højere grad af sygelighed (Ahlmark, et al. 2018). Samtidig er hyppigheden af socialt udsatte menneskers kontakt til vagtlægen 3,3 gange større for socialt udsatte mænd og 4,8 gange større for socialt udsatte kvinder end for hhv. mænd og kvinder i den øvrige befolkning.



Stort forbrug af akutte sundhedsydelser

Mennesker i social udsathed har et relativt lavt forbrug af primære sygesikringsydelser, hvorimod deres brug af hospitalerne er betydeligt højere end den øvrige befolkning. Socialt udsatte mænd har 3,6 gange så høj risiko for at blive indlagt på somatiske hospitaler som mænd i den øvrige befolkning og 4,1 gange så høj risiko for at komme på den somatiske akutmodtagelse. De tilsvarende tal for kvinder er hhv. 3 gange så høj risiko og 4,4 gange så høj risiko. Derimod har mennesker i social udsathed kun en let forøget risiko for somatiske ambulante hospitalsbesøg. Socialt udsatte mennesker har en meget stor overhyppighed i brugen af psykiatriske hospitaler sammenlignet med den øvrige befolkning. Det skal ses i den sammenhæng, at en stor andel af mennesker i social udsathed har psykiske lidelser. Socialt udsatte menneskers risiko for kontakt med psykiatriske sundhedsydelser følger samme mønster som brugen af de somatiske ydelser: Det er først og fremmest de akutte ydelser, som socialt udsatte mennesker har en højere risiko for kontakt med end den øvrige befolkning (Pedersen, et al. 2023).





Hvad indebærer princippet om No Wrong Door?

No Wrong Door-princippet indebærer, at sundhedsvæsenet skal indrettes, så det bliver tilgængeligt, uanset hvordan en socialt udsat patient kommer i kontakt med det offentlige – om det er gennem en social indsats, på et herberg eller på skadestuen. Derudover er det en del af princippet, at der skabes "rigtige døre" til de mennesker, der er svære at nå gennem det traditionelle sundhedsvæsen. Det kan fx være gennem opsøgende indsatser på gadeplan. En afdeling under det amerikanske sundhedsvæsen beskriver følgende strukturelle implikationer ved gennemførslen af et No Wrong Door-princip (SAMHSA 2020):

1. Rådgivning, visitation, henvisning og planlægning af behandling på tværs af sektorer skal være baseret på en 'No Wrong Door'-politik.
2. Det er nødvendigt, at rådgivnings- og behandlingstilbud indeholder opsøgende indsatser.
3. Det skal være muligt for de fagprofessionelle at tilpasse indsatserne efter patientens motivation.
4. Behandlingsplaner skal være baseret på patientens behov og skal respondere på ændringer undervejs.
5. Hjælpesystemerne skal være sammenhængende og sikre kontinuitet i hjælpen på tværs af sektorer og fagligheder.



Uddybning af Rådets anbefalinger

Giv socialt udsatte patienter ret til hjælp til at navigere i sundhedsvæsenet

For mange mennesker i social udsathed står sociale problemer i vejen for en god kontakt til sundhedsvæsenet. Det kan være fx brug af rusmidler, psykiske lidelser eller hjemløshed, som gør det svært at navigere i et højt specialiseret sundhedsvæsen, der mangler viden om social udsathed, og hvor kommunikationen i høj grad er digitaliseret. Samtidig mangler mange socialt udsatte mennesker et personligt netværk og pårørende, der kan hjælpe dem. Derfor er støttekontaktpersoner fra kommunen, følgeordninger eller medarbejdere fra væresteder m.fl. afgørende for at sikre socialt udsattes adgang til sundhedsvæsenet. Socialt udsatte mennesker kan have brug for hjælp til at blive mindet om at gå til lægen ved symptomer, fulgt til sundhedsaftaler, husket på behandlingsaftaler og fastholde kontakt med sundhedsvæsenet, hvis de fx ikke møder op til behandling uden at melde afbud. Derfor må stærke sociale støttesystemer, knyttet til sundhedsvæsenet eller til de sociale indsatser, ses som en forudsætning for og et kerneelement i at skabe et sundhedsvæsen for alle. Samtidig er der behov for at styrke de sundhedsfaglige kompetencer i kommunerne. Der er brug for sundhedsfaglige ansatte, der kan styrke de organisatoriske sundhedskompetencer i kommunerne og bidrage til at sikre koordination af socialt udsatte menneskers sundhedsforløb.


Rådet for Socialt Udsatte anbefaler:

- ▼ *at alle socialt udsatte patienter får ret til hjælp til at navigere i sundhedsvæsenet efter behov.*
- ▼ *at sociale støttesystemer tænkes ind som en forudsætning for socialt udsatte menneskers adgang til sundhed.*
- ▼ *at der i kommunerne ansættes sundhedsprofessionelle, der kan styrke organisatoriske sundhedskompetencer og sikre koordination af socialt udsatte menneskers sundhedsforløb.*

Giv socialt udsatte mennesker bedre adgang til sundhedsvæsenet gennem den praktiserende læge

For mange mennesker i social udsathed fungerer deres praktiserende læge for lidt eller slet ikke som adgang til sundhedsvæsenet. På trods af den væsentligt større sygelighed har socialt udsatte mennesker ikke noget stort forbrug af egen læge. Når det gælder speciallæger, der kræver henvisning fra egen læge, benytter socialt udsatte mennesker dem mindre end den øvrige befolkning. Det betyder, at sygdomme ikke bliver opdaget tids nok, og mennesker i social udsathed dør af lidelser, der kunne være blevet helbredt. Konsekvenserne ses også i et relativt højt forbrug af akutte ydelser og indlæggelser.

Der er brug for at ændre rammerne om de praktiserende læger, så de i højere grad understøtter den nødvendige faglighed til at hjælpe socialt udsatte mennesker, og så de bliver reelt tilgængelige for mennesker i social udsathed. Målet er, at mennesker i social udsathed møder læger, der er godt fagligt klædt på til at tage imod dem, og som derved også sikrer nødvendige henvisninger til speciallæger, psykologer og andre sundhedstilbud.



Det kan sikres ved at oprette samarbejder mellem regioner, kommuner og udvalgte praktiserende læger, som har særlig interesse for og kompetencer på området, så der opbygges en organisering, der understøtter behandling af socialt udsatte mennesker. Det kan fx være i lægehuse, hvor praktiserende læger og speciallæger arbejder dør om dør, så kontakten let kan formidles for socialt udsatte patienter. Man kan også lade sig inspirere af såkaldte flexklinikker, hvor borgerne kan komme ind uden tidsbestilling eller henvisning (Bispebjerg Hospital 2023), eller af Lægefællesskabet i Grenå, hvor socialt udsatte patienter betegnes som ”stjernepatienter” og får ekstra høj service (Olsen, Hansen og Pam 2021).

For nogle socialt udsatte mennesker vil der være behov for, at lægen kommer til dem. Der skal derfor være plads til opsøgende og udgående arbejde i fx udsatte boligområder og på bo- og væresteder.

For at det skal kunne lade sig gøre, er der brug for at udvide konsultationstiden for socialt udsatte patienter. En ramme med kun 15 min. pr. patient om kun ét problem giver ikke mulighed for at sikre den nødvendige hjælp til socialt udsatte patienter med komplekse sundhedsproblemer.

Rådet for Socialt Udsatte anbefaler:

- ▼ *at regioner, kommuner og praktiserende læger samarbejder om at sikre bedre hjælp til socialt udsatte patienter bl.a. ved opsøgende og udgående arbejde.*
- ▼ *at der indføres forlænget konsultationstid til mennesker med komplekse problemer.*

Styrk udsattefagligheden i sundhedsvæsenet

Der mangler udsattefaglighed blandt sundhedspersonalet til sikre, at socialt udsatte mennesker får den rigtige faglige hjælp, når de bliver indlagt. For mange patienter bliver udskrevet uden at være færdigbehandlede. Det fører til genindlæggelser og lidelse. Udsattefaglighed handler om forståelse for, hvad det indebærer at leve et socialt udsat liv, viden om traumereaktioner, afhængighed af rusmidler mv. (Christoffersen, et al. 2022). Et højt specialiseret sundhedsvæsen kan have svært ved at håndtere patienter med komplekse og mangeartede sundhedsproblemer. Siden 2006 er der gjort gode erfaringer med ansættelse af socialsygeplejersker, der styrker udsattefagligheden på hospitaler, så gode indlæggelsesforløb og overgange til øvrige sektorer og specialer understøttes. Der bør derfor tilknyttes socialsygeplejersker på alle akuthospitaler – både i somatikken og psykiatrien. Samtidig er der behov for, at der målrettet arbejdes med at styrke udsattefagligheden blandt alle sundhedsprofessionelle herunder læger og sygeplejersker. Det forudsætter et ledelsesmæssigt ophæng og kan fx gøres gennem uddannelse.

Rådet for Socialt Udsatte anbefaler:

- ▼ *socialsygeplejersker på alle somatiske akuthospitaler og i psykiatrien.*
- ▼ *at udsattefagligheden forankres på ledelsesniveau og styrkes bredt blandt alle sundhedsprofessionelle gennem uddannelse.*



Opret og udbred half-way-houses til patienter med både psykiske og somatiske lidelser

Patienter bliver udskrevet stadig hurtigere efter behandling på hospitalerne. For socialt udsatte mennesker, der har et dårligt netværk, lever kaotiske liv og måske ikke har fast bolig, er det et problem. Sådanne *half-way-houses* kan tage imod og rumme både de borgere, der er erklæret færdigbehandlet, men har brug for støtte i overgangen til ambulante og kommunale tilbud, og de borgere, der har behov for støtte og fx abstinensbehandling før og under opstart for at kunne gennemføre udredning og behandling. Evidensbaseret forskning vedr. omsorgscentre på det somatiske område viser, at ordningen virker, og at det sundhedsøkonomisk kan betale sig (Bring, et al. 2020). Der er brug for tilsvarende omsorgscentre eller half-way-houses på det psykiatriske område; de skal kunne rumme alle inkl. mennesker med rusmiddelbrug, kaotisk adfærd mv.

Rådet for Socialt Udsatte anbefaler:

- ▼ *at der oprettes og udbredes half-way-houses til socialt udsatte mennesker, der er for raske til hospitalerne men for syge til at være hjemme.*



Referencer

Ahlmark, Nanna, Ivalu Sørensen, Michael Davidsen, og Ola Ekholm. *SUSY Udsat 2017 Sundhedsprofil for socialt udsatte i Danmark og udviklingen siden 2007*. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2018.

Bispebjerg Hospital. *Flexklinik*. marts 2023. <https://www.bispebjerghospital.dk/afdelinger-og-klinikker/akutmodtagelse/om-afdelingen/afsnit/Sider/Flexklinik.aspx>.

Bring, Camilla, et al. »Post-hospital medical respite care for homeless people in Denmark: a randomized controlled trial and cost-utility analysis.« *BMC Health Services Research*, 5. juni 2020.

Christoffersen, Nanna Bjørnbak, Freja Ekstrøm Nilou, Nanna Gram Ahlmark, og Pia Vivian Pedersen. *Sundhedsindsatser målrettet socialt udsatte borgere*. København: Sundhedsstyrelsen, 2022.

Olsen, Theis Lange, Gitte Hansen, og Sine Pam. *Læger stiller "stjernepatienter" først i køen for at bekæmpe ulighed*. 11. november 2021. <https://www.dr.dk/nyheder/politik/kommunalvalg/laeger-stiller-stjernepatienter-foerst-i-koeen-bekaempe-ulighed>.

Pedersen, Pia Vivian, Nanna Bjørnbak Christoffersen, Sofie Rossen Møller, og Michael Davidsen. *Dødelighed og brug af sundhedsvæsnene blandt socialt udsatte mennesker i Danmark - Registeropfølgning 2007-2021*. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2023.

SAMHSA. *Substance Use Disorder Treatment for People With Co-Occurring Disorders*. SAMHSA, 2020.

Øvrehus, Anne, Peer Brehm Christensen, og Sandra Dröse. *Behandling af aktive stofbrugere for hepatitis C*. maj 2019. <https://bpno.dk/artikler/behandling-af-aktive-stofbrugere-for-hepatitis-c-et-paradigmeskift/>.