

Veje mod et mere lige sundhedsvæsen

Denne konference sætter fokus på, hvordan vi kan øge lighed i sundhed gennem støtte til borgere med kronisk sygdom i sårbare positioner. Konference er arrangeret af FOA, Steno Diabetes Center Sjælland, Kræftens Bekæmpelse og Institut for Folkesundhed på Aarhus Universitet i regi af Alliancen mod Social Ulighed i Sundhed.

Et stigende antal mennesker lever i dag med én eller flere kroniske sygdomme. Samtidig ser vi en systematisk ulighed i, hvem sygdommene rammer. Personer med korte uddannelser, dårlig tilknytning til arbejdsmarkedet og lave indkomster bliver ikke kun oftere syge, deres sygdomme bliver også opdaget senere, og deres forløb er ofte mere komplekse. Konferencen sætter fokus på, hvordan vi kan øge lighed

i sundhed ved at støtte borgere i sårbare positioner med kroniske sygdomme. Grundtanken er, at vi ikke bliver lige sunde af at gøre det samme for alle. Derfor skal vi både gøre mere og gå nye veje for at få flere med. Målet for konferencen er at bidrage til denne udvikling ved at komme med nuancerede og handlingsorienterede anbefalinger i et samlet opråb til politikere, ledere og sundhedsprofessionelle.

Om borgere i sårbare positioner med kronisk sygdom

Der findes ikke en almen accepteret definition på sårbarhed eller klar afgrænsning af, hvem eller hvor mange borgere i sårbare positioner, der lever med en eller flere kroniske sygdomme. Denne konference definerer sårbarhed bredt som kendetegnet ved en nedsat mulighed for at mestre hverdagen, særligt i de svære situationer sygdom fører med sig. Sårbarhed behøver ikke være permanent, og borgere kan bevæge sig ind og ud af sårbare positioner. Sårbarhed kan siges at bestå af to overordnede komponenter:

- 1 En strukturel komponent, hvor grupper af borgere er udfordret af en række socioøkonomiske forhold som for eksempel arbejdsløshed, kort uddannelse, sundhedsadfærd, manglende netværk, at bo alene og etnicitet.
- 2 En relationel komponent, som blandt andet kan opstå i mødet med sundhedsvæsenet. Det kan handle om individuelle forhold, for eksempel kommunikationen mellem borger og den sundhedsprofessionelle og organisatoriske forhold, der påvirker interaktion mellem borger og sundhedsvæsen for eksempel sundhedsvæsenets organisering.

De kroniske sygdomme med den højeste hyppighed findes blandt borgere i sårbare positioner og inkluderer blandt andet KOL, diabetes, hjertesygdomme, kræft, multisygdom, gigt og knogleskørhed. I 2015 stod halvdelen af de multisyge i den arbejdsdygtige alder varigt uden for arbejdsmarkedet. Til sammenligning var knap 80% af alle danskere i den arbejdsdygtige alder i samme år i enten beskæftigelse eller under uddannelse.

Anbefalinger

Borgere i sårbare positioner, der samtidig har en eller flere kroniske sygdomme kan have det svært i det danske sundhedsvæsen. I en tid, hvor et stigende antal personer lever med kroniske sygdomme, og hvor ulighed i sundhed generelt er steget, er der et stort behov for mere sammenhæng og innovation i de sundhedsrelaterede indsatser så forskellighed bedre kan rummes.

Konferencens samlede budskab er, at alle sundhedsvæsenets aktører – ledere, professionelle, politikere og civilsamfund – i langt højere grad bør have fokus på, hvordan vi bedst hjælper borgere i sårbare positioner med kroniske sygdomme.

1. Organisatorisk sundhedskompetence og samarbejdet på tværs

Det er nødvendigt, at sundhedsvæsenets institutioner styrker deres organisatoriske sundhedskompetencer. Det indebærer en forandring af de måder, hvorpå de gør information og ressourcer tilgængelige for mennesker med forskellige evner til at navigere i sundhedsvæsenet, eksempelvis i forbindelse med udbud af forskellige sundhedstilbud. Det er vigtigt, at den enkelte organisation forbedre sine kompetencer gennem både internt og eksternt samarbejde, i dialog med relevante aktører. Organisationer i sundhedsvæsenet kan med fordel styrke deres sundhedskompetencer ved at integrere dette i deres værdigrundlag, strategier og arbejdsgange.

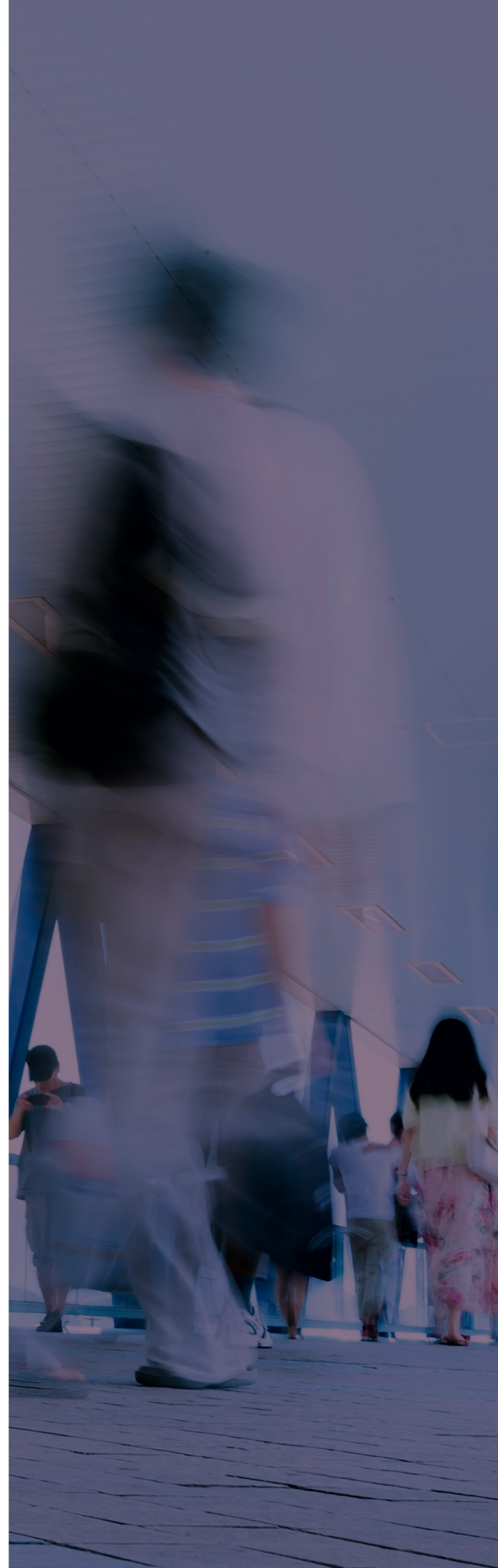
Fokus på det hele menneske: Ledelsesmæssig opbakning til og prioritering af at imødekomme borgernes sundhedskompetence er central. Kulturen i sundhedsorganisationer skal understøtte professionelle muligheder for at understøtte det enkelte menneskes behov, herunder understøtte tværsektorielle behandlingsforløb. Lighed i sundhed og fokus på sundhedskompetence bør gøres til centrale principper i sundhedsklyngernes arbejde. For borgere i sårbare positioner er oplevelse af omsorg og sammenhæng mellem social- og sundhedsområdet afgørende. Sundhedsvæsenet bør derfor række ud til fagligheder uden for sundhedssektoren, samt øge fokus på koordinerende og relationelle kompetencer.

Forud for konferencen har tre arbejdsgrupper med et bredt udsnit af eksperter, udarbejdet en række anbefalinger inden for tre hovedområder.

De tre grupper har arbejdet med **1. organisatorisk sundhedskompetence og samarbejdet på tværs**, **2. brugerinvolvering af borgere i sårbare positioner** og **3. brobygning mellem civilsamfundet og sundhedsvæsenet**. Anbefalingerne nedenfor er et sammenskrevet koncentrat af de tre arbejdsgruppers anbefalinger. Disse vedlægges som bilag i deres fulde længde og kan i øvrigt findes [her](#).

Tilgængelighed: Sundhedsvæsenet skal i langt højere grad se adgang og brug af behandling som et selvstændigt mål. Det gælder både transport til og fra behandling, og om sundhedsvæsenets organisationer opleves som imødekommende i indretning og kommunikation. Alle sundhedsaktører skal anvende et sprog, som er forståeligt samt benytte andre medier end de skriftlige, for eksempel video og sociale medier. Der skal sikres adgang for borgere uden stærke digitale kompetencer, ligesom tolkning skal styrkes. Tilgængeligheden skal styrkes ved at involvere borgere i sårbare positioner i planlægning af indsatser samt i evaluering af disse.

Differentiering af tilbud: Øget lighed i sundhed kræver, at nogle får mere, mens andre får mindre, alt afhængigt af behov. Vi må gerne behandle folk forskelligt for at skabe lighed i behandling. Derfor skal der gives plads til differentierede forebyggelses- og behandlingsforløb. Det kræver tilstrækkelige faglige og koordinerede kompetencer hos de sundhedsprofessionelle, og rammer der understøtter den faglige vurdering. Herunder et øget fokus på, at 'guldstandard' inden for behandling ikke altid hjælper de mest sårbare borgere bedst. Det bør undersøges, om det sundhedsfaglige tilsyn, brugen af kvalitetsstandarder og patientklagesystemet virker som en hindring for, at medarbejderne differentierer forløb.



2. Brugerinvolvering af borgere i sårbare positioner

Brugerinvolvering er et af tidens buzzwords – alle er enige om, at brugerinvolvering er et nødvendigt, frugtbart, effektivt og et etisk forpligtende princip. Men samtidig betyder en række barrierer, at praksis sjældent lever op til intentionerne. Barriererne kan føre til, at et øget fokus på brugerinvolvering direkte kan bidrage til øget ulighed i sundhed, hvis borgere, der slås med ekstra udfordringer, hægtes af. Anbefalingerne nedenfor er et bud på, hvordan disse barrierer overvindes, så også borgere i sårbare positioner med kronisk sygdom får mulighed for at påvirke egne forløb og egen sundhed. Borgere i sårbare positioner skal ikke kun ses som en del af problemet, men også som en del af løsningen.

“Sårbar” eller “udsat” – det værdiladede sprog: Policyerklæringer, strategier og handleplaner på nationalt, regionalt og lokalt niveau må gennemgås og skrives i et sprog, der modvirker stigmatisering og videregiver opfattelsen af, at også borgere i sårbare positioner er aktører med ressourcer, ideer og handlekraft.

Et sundhedsvæsen med plads til brugerens egne fortællinger: Der skal udvikles og systematisk anvendes kommunikationsredskaber, der sikrer, at skjulte sygdomsbyrder, uklare patientpræferencer og truende sårbarheder bringes frem og gøres til en del af løsningen. Der må i sundhedsvæsenet sikres tilstrækkelig tid og tryghed til, at patienten kan fortælle sin historie, bekymringer og symptomer som udgangspunkt for optimal behandling.

Professionelle kompetencer til at involvere og imødekomme borgere i sårbare positioner: Medarbejderne skal udvikle evner til at anvende metoder og værktøjer, der støtter borgere med særlige udfordringer. Repræsentanter for borgere i sårbare positioner må inddrages systematisk i udvikling og evaluering af relevante sundhedsuddannelser.

Organisatoriske forholds betydning for brugerinvolvering af borgere i sårbare positioner: Det skal sikres, at fire forudsætninger spiller sammen i arbejdet for at støtte borgere i sårbare positioner: (1) værktøjer/metoder, (2) kompetencer blandt professionelle, (3) forandringsledelse på organisatorisk niveau og (4) overenskomster og aftaler på både nationalt og lokalt niveau.

Forskningens bidrag til området om brugerinvolvering af borgere i sårbare positioner: Fremtidens forskning må gå fra dokumentation af ulighed til i højere grad at sætte fokus på udvikling og dokumentation af nye indsatser. Borgere med særlige udfordringer må sammen med sundhedsprofessionelle indgå aktivt i udvikling, afprøvning og implementering af disse nye metoder og værktøjer.

3.

Brobygning mellem civilsamfundet og sundhedsvæsenet

Civilsamfundet indeholder et stort potentiale, når det kommer til at tage hånd om de udfordringer, borgere i sårbare positioner står over for. Civilsamfundsorganisationer kan bidrage med vigtig praktisk støtte og omsorg, aktive fællesskaber samt rådgivning og viden, der tager udgangspunkt i målgruppens levede erfaringer. Civilsamfundet kan samtidig hjælpe borgerne i mødet med sundhedsvæsenets institutioner, hvor mange står uden støtte. De kan desuden bidrage med netværk i hverdagen, hvor flere mangler sundhedsfremmende fællesskaber. Nedenstående anbefaling anviser vejen til, hvordan samarbejdet mellem sundhedsvæsen og civilsamfund kan forbedres til gavn for borgere med kroniske sygdomme i sårbare positioner.

Det anbefales, at en **national strategi** for et stærkere samarbejde mellem civilsamfund og sundhedsvæsen udvikles. Strategien skal sikre, at civilsamfundets potentiale bringes mere i spil til gavn for borgere med kroniske sygdomme i sårbare positioner. Den skal specifikt behandle følgende emner:

Præmisser, potentialer og begrænsninger: Den nationale strategi skal forholde sig til præmisserne for et øget samarbejde mellem civilsamfund og sundhedsvæsen, herunder hvor i sundhedsvæsenet frivillighed og andre civilsamfundsaktiviteter værdifuldt kan indgå på egne vilkår.

Øget frivillighed på sundhedsområdet: Mulighederne for og lysten til at være frivillig hænger

sammen med samfundets rammer for civilsamfundet, samt de opgaver som sundhedsvæsenet tillader, at de frivillige får. Den nationale strategi skal afdække årsagerne til, at der er relativt færre frivillige på sundhedsområdet og herudfra anviser indsatser, der kan understøtte en stærkere rekruttering og fastholdelse.

Nye partnerskaber og samarbejdsstrukturer: Den nationale strategi skal indeholde modeller for, hvordan civilsamfundet og sundhedsvæsenet på både nationalt, regionalt og lokalt niveau kan indgå i mere strategiske partnerskaber, for eksempel ved hjælp af kommunalt ansatte brobyggere eller i regi af sundhedsklyngerne.

Civilsamfundets organisering og økonomi: Den nationale strategi skal udvikle fælles retningslinjer for, hvordan videndeling og samarbejde på tværs af civilsamfundsorganisationer kan styrkes. Strategien skal endvidere forholde sig til, hvordan en mere bæredygtig finansieringsmodel for civilsamfundets inddragelse skal designes.

Viden, metodeudvikling og uddannelse: Der er behov for mere forskning og metodeudvikling i hvordan, og med hvilken effekt civilsamfundets indsatser kan understøtte målgruppen. Strategien skal vise, hvordan forskning og samarbejdsmetoder kan udbredes og anvendes i praksis, og videre udformes som uddannelses tilbud til ansatte i sundhedsvæsenet.