



# **SÆT FOREBYGGELSEN I SYSTEM** - 8 FORSLAG TIL BEKÆMPELSE AF ULIGHED I SUNDHED

Dansk Sygeplejeråd



**SÆT FOREBYGGELSEN I SYSTEM - 8 FORSLAG TIL BEKÆMPELSE AF ULIGHED I SUNDHED**

Redaktion, layout og tryk: Dansk Sygeplejeråd

Grafisk Enhed 14-40

Copyright © Dansk Sygeplejeråd. Maj 2014.  
Alle rettigheder forbeholdes.

Fotografisk, mekanisk eller anden form for gengivelse  
eller mangfoldiggørelse er kun tilladt med angivelse af kilde.

## FORORD



Med regeringsgrundlaget "Et Danmark der står sammen" har regeringen gjort bekæmpelse af ulighed i sundhed til et erklæret mål. Regeringen har fulgt målsætningen op med en række gode tiltag. Det gælder bl.a. lighedsambassadørinitiativet, øget fokus på en styrkelse af psykiatrien og opstillingen af 7 nationale mål for forbedring af danskernes sundhed.

I Dansk Sygeplejeråd bakker vi op om regeringens målsætning om at bekæmpe ulighed i sundhed. Vi deler ambitionerne, men savner konkrete initiativer, der kan være med til at få bugt med den tiltagende ulighed i sundhed. Derfor ønsker vi med lanceringen af dette lighedspolitiske udspil at anwise konkrete forslag, der kan være med til at løfte folkesundheden og bekæmpe uligheden i sundhed.

God læselyst!

A handwritten signature in black ink that reads "Grete Christensen". The signature is fluid and cursive.

Grete Christensen  
Formand

# SÆT FOREBYGGELSEN I SYSTEM

## - 8 FORSLAG TIL BEKÆMPELSE AF ULIGHED I SUNDHED

Sundhed i Danmark er ikke ligeligt fordelt. Der er betydelige forskelle på levealder, dødelighed og forekomst af sygdomme. Disse forskelle følger uddannelseslængde, indkomst, erhverv og social position i samfundet.

Ulighed i sundhed har længe været et problem, ikke kun i Danmark, men også internationalt. I Danmark er uligheden i sundhed voksende, og dette udspil er en opfordring til at sætte ind over for udviklingen. Vi må tænke sundhedsindsatserne og det forebyggende arbejde anderledes og udfordre den måde, vi hidtil har tilrettelagt og organiseret forebyggelse og sundhedsfremme. Det indebærer også at forstå, at sundhedspolitiske mål og sundhedsvæsenets indretning i sig selv kan være med til at forstærke ulighed i sundhed.

Eksempelvis er de bærende mål i sundhedsvæsenet i disse år sammenhæng i borger- og patientforløb, ansvar for egen sundhed (fx KRAM-faktorer) og effektivitet samt højere kvalitet gennem fælles standarder, specialisering, ny teknologi og større inddragelse af patienter og pårørende. Ingen af disse mål inddrager og tager højde for den sociale ulighed i sundhed.

Ulighed i sundhed er ikke kun et anliggende for de få. Det er også et politisk, demokratisk og økonomisk samfundsproblem, som vi ikke kan ignorere. At få brudt udviklingen i den sociale ulighed i sundhed er derfor en opgave for os alle: politikere, fagbevægelse og naturligvis alle aktører i sundhedsvæsenet.

Skal uligheden i sundhed bekæmpes kræver det, at vi i langt højere grad iværksætter systematiske tiltag, der styrker den enkel-

tes kompetencer ift. at tage ansvar for egen og ens børns sundhed, men det kræver også, at vi skaber rummelighed og yder en mere håndholdt indsats over for de grupper af borgere, der har svært ved at navigere i et højeffektiviseret sundhedsvæsen.

Det er nødvendigt, for faktum er, at uligheden i sundhed er steget dramatisk de seneste 25 år, bedst eksemplificeret ved, at forskellen i gennemsnitslevealder i perioden er steget fra 6 til 10 år for mænd tilhørende hhv. den økonomisk bedst og dårligst stillede ¼ af alle mænd i samfundet<sup>1</sup>.

Erfaringerne viser, at arbejdet med at fremme lighed i sundhed er en kompleks og sammensat opgave. Det kræver samarbejde og samtænkning på tværs af sektorer og på tværs af de arbejdsmarkedspolitiske, socialpolitiske og sundhedspolitiske områder. Der er brug for nytænkning, nye prioriteringer og nye kompetencer på alle niveauer og i alle sektorer.

Sygeplejersker kan ikke mindske uligheden i sundhed alene, men sygeplejersker er til stede i alle dele af sundhedsvæsenet og kan - i samarbejde med andre faggrupper og via en helhedsorienteret, opsøgende og tværsektoriel tilgang - bidrage med konkrete og dokumenterede tiltag, der gør en forskel i kampen for mere lighed i sundhed.

Det vanskelige er at identificere de bedste indsatser og prioritere mellem dem. I nedenstående følger to bud på prioriterede indsatsområder: sundhed blandt børn og unge og sundhed blandt udsatte voksne. Det er vigtigt at pointere, at disse indsatser ikke kan stå alene. Der skal også udvikles mål og indsatser på andre områder.

### DANSK SYGEPLEJERÅDS 8 FORSLAG TIL ARBEJDET MED AT BEKÆMPE ULIGHED I SUNDHED ER:

#### 1) *Mindsk uligheden i sundhed blandt børn og unge - sæt sundhedsplejerskerne i spil*

- Styrk den tidlige indsats over for nybagte forældre med forældreuddannelse og hjemmebesøg
- Indfør 3-års hjemmebesøg fra sundhedsplejersken
- Styrk børns trivsel og mentale sundhed i børnehave, skole og SFO gennem tværfagligt samarbejde og systematisk inddragelse af sundhedsplejersker
- Tilknyt sundhedsplejersker til alle landets erhvervsskoler

#### 2) *Mindsk uligheden i sundhed blandt udsatte voksne - mød borgeren på borgerens betingelser*

- Styrk koordination og brobygning - udbred socialsygeplejersker til hele sundhedsvæsenet
- Styrk den opsøgende sundheds- og forebyggelsesindsats med sundhedsteams
- Tilknyt sygeplejersker til alle botilbud, døgninstitutioner og herberg
- Styrk beskæftigelsesindsatsen med tværfaglighed og øget sundhedsfokus

<sup>1</sup> <https://www.sst.dk/~media/Sundhed%20og%20forebyggelse/Social%20ulighed%20i%20sundhed/Opstartskonference%20for%20modelkommuner/AnalyseSocialUlighedLevetiden2011a.ashx>



# MINDSK ULIGHEDEN I SUNDHED BLANDT BØRN OG UNGE - SÆT SUNDHEDSPLEJERSKERNE I SPIL

Ulighed i sundhed er en kompleks størrelse og selvom det fra politisk hold kan være fristende at koncentrere indsatsen omkring de mest udsatte på bekostning af de - på papiret - mere ressourcestærke familier, er det en farlig vej at gå. Det betyder ikke, at man ikke skal yde en ekstra indsats over for udsatte grupper, men blot at den brede indsats, der favner alle børn, unge og deres familier, skal være den bærende.

Ulighed i sundhed starter i fostertilværelsen<sup>2</sup> og efter fødslen har nærmiljø, emotionel tilknytning, kost, social interaktion samt sproglig og kognitiv stimulans stor betydning for barnets videre udvikling. Forebyggelsesindsatserne rettet mod ulighed i sundhed skal derfor være systematiske og starte tidligt - allerede før fødslen. De fleste børn og unge er raske i medicinsk forstand, men en del børn og unge har trivselsproblemer - fx som følge af mobning - og en eller flere risikofaktorer for senere at få en folkesygdom. Fx er overvægt blandt børn og unge et stigende problem<sup>3</sup>.

En tidlig indsats kan - i tråd med regeringens mål for danskernes sundhed - være med til at styrke trivslen og den mentale sundhed blandt børn og hermed modvirke den sociale ulighed i sundhed. Vi ved, at gode kost- og motionsvaner i barndommen er med til lægge fundamentet for et sundt voksenliv. En tidlig og systematisk indsats har derfor stor værdi for den enkelte og for samfundet.

Sundhedsplejersken er en af de vigtigste sundhedsprofessionelle aktører, når det kommer til bekæmpelse af ulighed i sundhed, da hun har en unik adgang til alle familier med børn i Danmark. Det giver mulighed for at opbygge et godt kendskab og et stærkt tillidsforhold til den enkelte familie. Sundhedsplejersker arbejder tværfagligt og tværsektorielt og er derfor samtidig med til at bygge bro mellem indsatser.

En videreudvikling, opprioritering og systematisering af den kommunale sundhedsordning målrettet børn og unge, rummer et stort potentiale i forhold til at mindske uligheden i sundhed.

<sup>2</sup> Ulighed i sundhed - Årsager og indsatser. Sundhedsstyrelsen 2011. [http://www.sst.dk/publ/Publ2011/SURA/Ulighed\\_i\\_sundhed/UlighedSundhedAarsagerIndsatser.pdf](http://www.sst.dk/publ/Publ2011/SURA/Ulighed_i_sundhed/UlighedSundhedAarsagerIndsatser.pdf)

<sup>3</sup> Faktaark om overvægt blandt børn og unge i Danmark. [http://www.sst.dk/Sundhed%20og%20forebyggelse/Overvaegt/Kampagner\\_og\\_projekter/~media/Sundhed%20og%20forebyggelse/Overvaegt/faktaark.ashx](http://www.sst.dk/Sundhed%20og%20forebyggelse/Overvaegt/Kampagner_og_projekter/~media/Sundhed%20og%20forebyggelse/Overvaegt/faktaark.ashx)



## STYRK DEN TIDLIGE INDSATS OVER FOR NYBAGTE FORÆLDRE MED FORÆLDREUDDANNELSE OG HJEMMEBESØG

At blive forældre for første gang er den største omvæltning i et menneskes liv. Fra "kun" at skulle tage vare på sig selv, har man pludselig ansvaret for et lille, hjælpeløst individ, der behøver ens omsorg og pleje fra første sekund. For langt de fleste går det heldigvis godt, men alle – på tværs af sociale lag – kender til den usikkerhed og ængsteligthed, der er forbundet med at blive forældre for første gang. Et positivt samspil og en god relation mellem forældre og barn er essentielt for at give barnet en god start på livet og er samtidig første skridt på vejen til at forebygge ulighed i sundhed.

Derfor er det vigtigt, at samtlige kommuner tilbyder alle vordende forældre uddannelse, der kan forberede dem på forælderollen og give dem konkrete redskaber til det ny liv, der venter. Erfaringerne fra den svenske kommune Leksand viser, at forældreuddannelse og netværksskabelse blandt førstegangsførelse er et effektivt middel til at komme uligheden i sundhed til livs, samtidig med at samfundet oplever store økonomiske gevinster<sup>4</sup>.

Ved at tilbyde forældreuddannelse til alle førstegangsførelse undgår man ikke alene en stigmatisering af de særligt udsatte familier, man imødekommer samtidig en eksisterende efterspørgsel blandt mere ressourcestærke forældre, der også har et naturligt behov for hjælp og vejledning.

I en dansk kontekst gennemfører Holstebro Kommune – med inspiration i Leksand-modellen – i perioden 2012-2015 projektet "Familie med Hjerter". Projektet i Holstebro har vist, at indsatsen fører til et markant fald i skilsmisser, misbrug og vold, at fædre tidligere bliver engageret i deres barns trivsel og at antallet af udsatte børn og unge er blevet reduceret<sup>5</sup>.

### FAKTA OM "FAMILIE MED HJERTE"

Forløbet strækker sig fra 22. graviditetsuge og til barnet er 15 måneder. I forløbet mødes familierne 14 gange i hold på hver 10 forældre, der sættes sammen ud fra deres termin.

I forløbet præsenteres familierne for et samlet program med en lang række temaer, der spænder lige fra fødselsforberedelse, barnets udvikling, ernæring og søvn til familiedynamik, økonomi og jura. Jordemødre, sundhedsplejersker, familiekonsulenter og praktiserende læger involveres i uddannelsen, men der bliver også trukket på folk fra det private erhvervsliv, fx økonomer og jurister.

Kilde: Den Obelske Familiefond

Desuden viser en nyere evaluering af erfaringerne fra Holstebro, at der er betydelige samfundsøkonomiske gevinster forbundet med indsatsen<sup>6</sup>.

Foruden øget fokus på forældreuddannelse er det afgørende, at landets kommuner ikke – som det sker stadig flere steder – slækker på antallet af hjemmebesøg fra sundhedsplejersken. Det er nemlig i den brede systematiske sundhedsindsats, det virkelig er muligt at rykke noget ift. uligheden i sundhed. Det er her, man opdager problemerne, før de når at udvikle sig og blive uoverstigelige, og det er her, man hurtigt kan iværksætte en ekstra indsats over for dem med de største behov.

Derfor er det højst alarmerende og dybt bekymrende, at mange kommuner har valgt at skære ned på antallet af hjemmebesøg, så de førstegangsførelse, der vurderes at være ressourcestærke, får helt ned til to hjemmebesøg. Det er ikke nok og det er især problematisk, fordi vi i dag ved, at det ikke altid er muligt at spotte, hvilke forældre og spædbørn der har behov for indsatsen. Det er bl.a. velkendt, at fødselsdepressioner er hyppigt forekommende og rammer på tværs af sociale lag og at disse ofte først er mulige at opspore relativt lang tid efter, at barnet er født.

### DANSK SYGEPLEJERÅD FORESLÅR, AT:

- Det gennem økonomiaftalerne aftales, at alle kommuner iværksætter systematisk forældreuddannelse og netværksdannelse for vordende og nybagte forældre
- Alle landets kommuner lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger om minimum syv hjemmebesøg til førstegangsførelse og fem hjemmebesøg til flergangsførelse. Hvis det anbefalede antal af hjemmebesøg fraviges, skal dette ske ud fra en ren faglig vurdering fra sundhedsplejerskens side
- Man fra centralt hold allokere midler til forskning, der kan være med til styrke evidensen om hvilke tiltag og metoder, inden for den tidlige indsats, der virker i en dansk kontekst og i forlængelse heraf understøtter udbredelsen af relevant viden og gode erfaringer på tværs af kommuner og regioner.

4 <https://www.mm.dk/forebyggelse-begynder-p%C3%A5-fosterstadiet>

5 <http://www.obel.com/nyheder/%E2%80%9Dfamilie-med-hjerter%E2%80%9D-0>

6 [http://www.cbs.dk/files/cbs.dk/samfundsøkonomisk\\_potentiale\\_ved\\_indførelsen\\_af\\_leksand-modellen\\_i\\_danmark\\_13.9.2012\\_1.pdf](http://www.cbs.dk/files/cbs.dk/samfundsøkonomisk_potentiale_ved_indførelsen_af_leksand-modellen_i_danmark_13.9.2012_1.pdf)

## INDFØR 3-ÅRS HJEMMEBESØG FRA SUNDHEDSPLEJERSKEN

Ingen forældre ønsker at skade deres barn og selv med små indsatser fra det offentlige side, er det muligt at ændre forældres adfærd til gavn for barnet. Det er dokumenteret, at forældres vaner i forhold til kost, rygning, alkohol og fysisk aktivitet er mere uhensigtsmæssig i socialt udsatte familier<sup>7</sup>, og at børn fra udsatte familier har flere helbredsproblemer end børn i familier med en højere socialgruppeplacering<sup>8</sup>.

Erfaringerne fra kommuner, der har indført 3-års hjemmebesøg fra sundhedsplejersken, viser bl.a., at det er muligt at reducere andelen af overvægtige børn ved skolestart<sup>9</sup>. Erfaringerne viser også, at børn fra socialt udsatte familier - der har forhøjet risiko for dårlig trivsel og helbredsproblemer - nyder særligt godt af 3-års hjemmebesøgene<sup>10</sup>.

Ved at indføre obligatoriske 3-års hjemmebesøg i hele landet kan man relativt enkelt sikre en systematisk screening af, og en målrettet indsats over for, alle børn i Danmark. Ved at give tilbud om et 3-års hjemmebesøg til alle, undgår man samtidig den stigmatisering, der er forbundet med mere målrettede besøg fra sundhedsplejersken.

I de få kommuner, der allerede - af egen drift - har indført 3-års hjemmebesøg, sker det i dag, som et tilbud i tillæg til 3-års undersøgelsen i almen praksis<sup>11</sup>. Der er i tråd med Forebyggelseskommissionens anbefalinger ræson i at erstatte 3-års undersøgelsen i almen praksis med et 3-års hjemmebesøg fra sundhedsplejersken<sup>12</sup>.

I et lighedsperspektiv er det særligt interessante ved 3-års hjemmebesøget, at det når ud til alle. Ved 3-års undersøgelsen i almen praksis opleves en social slagside i forhold til, hvem der tager imod tilbuddet: Yngre, enlige og forældre med ingen eller kort uddannelse, lav husstandsindkomst, indvandrerstatus samt manglende tilknytning til arbejdsmarkedet, er således mindre tilbøjelige til at deltage i 3-års undersøgelsen. De forældre, hvis børn statistisk set har mest behov for 3-års undersøgelsen, er altså præcis dem, som vælger den fra.

### DANSK SYGEPLEJERÅD FORESLÅR, AT:

- At de gode erfaringer fra kommuner som Faaborg-Midtfyn og Rudersdal - der egenhændigt har indført 3-års hjemmebesøg - udbredes til resten af landet, fx finansieret ved flytning af 3-års undersøgelsen fra almen praksis til den kommunale sundheds-tjeneste.

7 Susy 2007

8 Johansen A et al. Social ulighed i sundhed blandt børn og unge. SIF 2007.

9 Høje Taastrup Kommune (2008): Overvægt blandt 3½ årige og ved skolestart i Høje-Taastrup kommune - Analyse af effekten af et livsstilsbesøg hos kommunens 3½ årige.

10 Sundhedsstyrelsen (2006): Hjemmet som arena for forebyggelse - med sundhedsplejerskeordningen og forebyggende hjemmebesøg til ældre som eksempel. Sundhedsstyrelsen

11 Ved 3-års undersøgelsen gives ingen vaccinationer og da det samtidig er den lægeundersøgelse, hvor der gøres færrest somatiske fund

12 [http://sum.dk/~media/Filer%20-%20Publikationer\\_i\\_pdf/2009/Forebyggelseskom-rap/Forebyggelseskommissionen\\_\\_rapport.ashx](http://sum.dk/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2009/Forebyggelseskom-rap/Forebyggelseskommissionen__rapport.ashx)



## STYRK BØRNS TRIVSEL OG MENTALE SUNDHED I BØRNEHAVE, SKOLE OG SFO Gennem tværfagligt samarbejde og systematisk inddragelse af sundhedsplejersker

Danmark er et af de lande i verden, der har den højeste erhvervsfrekvens i voksenbefolkningen<sup>13</sup>. Det betyder, at mens mor og far er på arbejde, tilbringer danske børn en stor del af deres vågne timer i offentlige institutioner.

Det er i børnehaven, folkeskolen og SFO'en, at børn udvikler sig og tilegner mange af de kompetencer, der skal bringe dem sikkert videre i livet. Men det er også her, at nogle børn undertiden mistrives og (videre)udvikler psykiske lidelser, der ikke alene kan kaste lange skygger henover barndommen, men også skabe varige udfordringer ift. trivsel og mental sundhed.

Det store offentlige medansvar for børns trivsel og mentale sundhed, stiller store krav til vores fælles institutioner og deres evne til at skabe gode rammer for såvel udvikling og læring som for trivsel og mental sundhed. Derfor skal børnehaver, skole og SFO i videst mulig udstrækning på systematisk vis understøtte børns generelle trivsel og sundhed gennem hele barndommen, så de er rustet til et godt og sundt liv uden psykiske og fysiske lidelser.

### FAKTA

Et af regeringens syv mål for danskernes sundhed og forebyggelse er, at flere børn skal trives og have mental sundhed. Mental sundhed er et spørgsmål om at kunne udfolde sine evner, håndtere dagligdagsudfordringer og stress og indgå i sociale fællesskaber med andre mennesker samt have generel livstilfredshed.

Kilde: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2014), "Sundere liv for alle"

Med udrolningen af den nye skolereform vil skole- og fritidstilbud smelte mere sammen i børnenes hverdag. Det betyder, at børnene kommer til at opholde sig mere på skolen, hvilket stiller endnu større krav til skolernes forebyggelses- og sundhedsindsats.

Ifølge Sundhedsstyrelsen er dårlig trivsel, mobning, manglende omsorg og usikker tilknytning til forældre nogle af de faktorer, som påvirker børns mentale sundhed<sup>14</sup>. Disse faktorer er samtidig også centrale determinanter for ulighed i sundhed. Vi ved fx i dag fra internationale undersøgelser, at børn, der jævnligt bliver mobbet, mistrives og har en øget risiko for at gøre skade på sig selv<sup>15</sup>.

### FAKTA

Skolebørnsundersøgelsen fra 2010 viser, at 20 % af de 11-15 årige har et eller flere tegn på dårlig mental sundhed i deres daglige liv. Undersøgelsen viser også, at 14 % af de 11-15 årige ifølge egen vurdering har en lav livstilfredshed.

Kilde: Statens Institut for Folkesundhed, 2011  
<http://www.hbsc.dk/downcount/HBSC-Rapport-2010.pdf>

Derfor spiller den tværfaglige indsats med at styrke børns trivsel og mentale sundhed - fx ved systematisk at bekæmpe mobning - også en afgørende rolle i forhold til at komme ulighed i sundhed til livs. Sundhedsplejerskerne spiller en central rolle for denne målsætning, fordi de med afsæt i stærke sundhedsfaglige kompetencer på systematisk vis kan være med til at styrke trivslen hos børn, mens de er i børnehaver, skole og SFO.

### DANSK SYGEPLEJERÅD FORESLÅR, AT:

- Der tilføres flere ressourcer til at styrke den sundhedsplejefaglige indsats og det tværfaglige samarbejde omkring børnehaver, skole og SFO
- Sundhedsplejerskerne landet over tilbyder undervisning på klassebasis - eller i mindre grupper - om temaer, som relaterer sig til mental sundhed, herunder mobning
- Der forskes i at udvikle effektfulde indsatser for sundhed og forebyggelse for børn i børnehaver, skole og SFO.

13 Økonomi- og Erhvervsministeriet (2010), "Danmark i den globale økonomi"

14 Sundhedsstyrelsen (2012), "Forebyggelsespakke, mental sundhed"

15 Videnskab.dk (2012), "Så alvorlig er mobning for børns helbred"

## TILKNYT SUNDHEDSPLEJERSKER TIL ALLE LANDETS ERHVERVSSKOLER

Det er veldokumenteret, at en relativt stor andel af de unge på erhvervsskolerne har en risikoadfærd i forhold til kost, fysisk inaktivitet, rygning, euforiserende stoffer og alkohol sammenlignet med jævnaldrende elever på andre ungdomsuddannelser<sup>16</sup>. Det er ligeledes dokumenteret, at unge på erhvervsskolerne har en højere forekomst af kønssygdomme, og at erhvervsskoleeleverne har behov for mere viden om seksygdomme og seksualitet<sup>17</sup>.

De unges sundhed og trivsel spiller en central rolle i forhold til deres chancer for at gennemføre en uddannelse og i forhold til efterfølgende at kunne varetage og fastholde de ofte fysisk krævende job, de uddanner sig til.

Vi ved, at uddannelse og arbejdsmarkedstilknytning er af afgørende betydning for lighed i sundhed. Personer uden uddannelse og arbejde dør tidligere og er langt mere eksponeret over for livsstilssygdomme.

Hvis det høje frafald inden for erhvervsuddannelserne skal reduceres, er der behov for en mere nuanceret – og helhedsorienteret – tilgang til, hvorfor de unge dropper ud. For det handler om meget andet end faglige udfordringer. Undersøgelser viser således, at en målrettet sundhedsindsats på erhvervsskolerne ikke alene giver bedre trivsel og bedre indlæring – den er også med til at fastholde eleverne<sup>18</sup>.

Sundhedsplejersker kan være en del af en systematisk sundhedsindsats rettet mod unge på erhvervsuddannelserne. Det kan bl.a. ske ved, at sundhedsplejersker – i et tværfagligt samarbejde – tilbyder og faciliterer åben rådgivning og systematisk sundhedsfremmende undervisningsaktiviteter. Som det bl.a. er blevet pointeret af Sex og Samfund, besidder sundhedsplejersker de rette kompetencer og metoderedskaber til at indgå i dialog med de unge på individniveau samt i forhold til at iværksætte tværfaglige indsats målrettet de unge som gruppe<sup>19</sup>. Fx har man gode erfaringer med 'Du bestemmer'-metoden".

### FAKTA

"Du bestemmer" er en sundhedsfremmende metode, som består af såvel individuelle samtaler som gruppesamtaler med udgangspunkt i konkrete arbejdsark. Metoden har til formål at fremme børns handlekompetence ved at give dem erfaringen med at kunne opnå ønskede ændringer i deres liv. Styrken i 'Du bestemmer' er evnen til at fremme børn og unges viden om og forståelse af sig selv og handlemuligheder i forhold til de (sundheds)problemer, de måtte have.

Kilde: Sundhedsstyrelsen

Sundhedsplejersker kan kort sagt være med til at forbedre trivsel og sundheden blandt eleverne på landets erhvervsskoler og hermed komme det store ulighedsgenererende frafald til livs.

### DANSK SYGEPLEJERÅD FORESLÅR, AT:

- Der tilknyttes sundhedsplejersker til alle landets ungdomsuddannelser – herunder særligt landets erhvervsskoler – med henblik på at forbedre sundhedstilstanden blandt de unge og herigennem mindske frafaldet.

<sup>16</sup> National Sundhedsprofil Unge, Sundhedsstyrelsen 2011. Data kommer fra besvarelser fra ca.12.000 unge i alderen 16-20 år, som har deltaget i den landsdækkende undersøgelse 'Den nationale Sundhedsprofil - hvordan har du det? 2010'. Undersøgelsen skal gennemføres igen i 2013 og herefter hvert 4. år. Læs her: [www.sundhedsprofil2010.dk](http://www.sundhedsprofil2010.dk)

<sup>17</sup> Befolkningens holdning, viden og adfærd i forhold til seksualitet, seksygdomme og hiv udarbejdet af TNS Gallup for Sundhedsstyrelsen, 2004

<sup>18</sup> SST 2012 . Idekatalog til 'Sunde erhvervsskoler'.

<sup>19</sup> <http://www.dsr.dk/Sygeplejersken/Nyheder/Sider/Flere-sundhedsplejersker-til-uge-sex.aspx>





# MINDSK ULIGHEDEN I SUNDHED BLANDT UDSATTE VOKSNE – MØD BORGEREN PÅ BORGERENS BETINGELSER

Ulighed i sundhed er komplekst og kommer til udtryk på mange måder. Men ulighed i sundhed bliver særligt tydelig, når man ser nærmere på gruppen af socialt udsatte, der bl.a. består af hjemløse, stofmisbrugere og personer med en sindslidelse<sup>20</sup>.

Socialt udsatte har en markant overdødelighed og lever gennemsnitligt kun 57 år – 22 år kortere end normalbefolkningen<sup>21</sup>. Foruden at leve langt kortere har socialt udsatte en markant dårligere sundhed og livskvalitet, mens de lever<sup>22</sup>.

De skræmmende facts udgør et stærkt vidnesbyrd om, at samfundets indsats over for socialt udsatte har slået fejl, og at der er brug for nytænkning og nye – mere systematiske – initiativer, hvis vi skal have vendt udviklingen.

I sundhedsvæsenet handler det bl.a. om at redefinere rammerne og styrke den håndholdte og koordinerende indsats, så socialt udsatte ikke bliver tabt i et højeffektiviseret system, hvor korte indlæggelser, ambulante forløb og viften af standardiserede tilbud ikke altid er tilpasset udsatte borgere. Et system, der er karakteriseret ved, at den enkelte patients evne til at navigere og søge information er af afgørende betydning for, hvilken hjælp man får. Et system, der i sidste instans bevirker, at mange af de patienter, der har aller mest brug for hjælp, giver fortabt og ikke får hjælp i tide. Det betyder, at selv mindre skavanker alt for ofte får lov at udvikle sig – nogle gange med fatale følger.

Det store effektivitetsfokus har så at sige skabt en struktur i sundhedsvæsenet, der i sig selv er ulighedsgenererende og som betyder, at store samfundsgrupper bliver overset og tabt i systemet. Det gælder nemlig ikke kun de mest socialt udsatte, men eksempelvis også den ufaglærte mand, der ikke af egen drift kommer til lægen i tide, eller som undertiden kan have svært ved at forstå de skriftlige informationer, han modtager i forbindelse med et ambulante forløb eller en indlæggelse.

Prisen er høj; både i tabte leveår, men også i langsigtede omkostninger, fx til behandling af senkomplikationer til en kronisk lidelse, der kunne have været helt eller delvist undgået. Det er på høje tid, at sundhedsvæsenets tilbud bliver mere proaktive og servicemindede, så de udsatte grupper i langt højere grad får den hjælpende hånd, der ofte er forudsætningen for en vellykket sundhedsindsats.

<sup>20</sup> Definition: Socialt udsatte beskrives som mennesker, der på grund af stofmisbrug, alkoholmisbrug, sindslidelse, hjemløshed, fattigdom, prostitution eller andre alvorlige, sociale problemer befinder sig i samfundets margin. En sådan konkretisering kan dog være problematisk, idet ikke alle mennesker med fx misbrugsproblemer er socialt udsatte.

<sup>21</sup> [http://www.si-folkesundhed.dk/upload/doedelighed-blandt-socialt-udsatte-2007-2012\\_001.pdf](http://www.si-folkesundhed.dk/upload/doedelighed-blandt-socialt-udsatte-2007-2012_001.pdf)

<sup>22</sup> [http://www.si-folkesundhed.dk/upload/susy\\_udsat\\_2012\\_webpublikation.pdf](http://www.si-folkesundhed.dk/upload/susy_udsat_2012_webpublikation.pdf) (s. 8)

## STYRK KOORDINATION OG BROBYGNING - UDBRED SOCIALSYGEPLEJERSKER TIL HELE SUNDHEDSVÆSENET

Bekæmpelse af ulighed i sundhed er betinget af en anerkendelse af problemets eksistens og en vilje til at bekæmpe problemet. I Region Hovedstaden har man fået øjnene op for, at det at ansætte socialsygeplejersker på regionens hospitaler, som direkte har til formål at nedbringe social ulighed i sundhed, gør en kæmpe forskel for gruppen af socialt udsatte.

Socialsygeplejersker fungerer som en slags koordinerende brobyggere for de grupper af borgere, der ikke rigtigt passer ind i systemet. Socialsygeplejersker har særlige kompetencer ift. at beskæftige sig med gruppen af socialt udsatte og forstår derfor, hvad der skal til, hvis sundhedssystemets behandlingstilbud skal gøres tilgængelige for gruppen.

Socialsygeplejerskens indsats gavner ikke alene den enkelte patient; den er også en stor støtte for det øvrige sundhedsfaglige personale på landets hospitaler, der ofte har svært ved at etablere den gode og tillidsfulde kontakt - samt det indgående kendskab - til de borgere, der har svært ved at passe ind i et standardforløb. Det gælder ikke mindst gruppen af stofmisbrugere.

Da "Projekt Socialsygepleje - det gode patientforløb" modtog årets lighedspris af Dagens Medicin i 2011 var det netop fordi, socialsygeplejerskerne i projektperioden formåede at bygge bro mellem stofmisbrugere og personale på sygehuse, psykiatriske centre og i kommunerne. Herved var socialsygeplejerskerne med til at skabe sammenhængende patientforløb og mindske den ulighed i sundhed, som stofmisbrugere som oftest er ramt af.

Socialsygeplejersker spiller allerede en vital rolle på Region Hovedstadens hospitaler, men potentialet og behovet er langt større.

### FAKTA - MEGAFONUNDERSØGELSE

En tredjedel af sygeplejerskerne ansat i kommuner og regioner mener ikke, at socialt udsatte patienter har den samme adgang til sundhedsydelse som andre, ikke-udsatte patientgrupper.

En tredjedel af sygeplejerskerne ansat i regioner oplever meget ofte eller ofte udfordringer i forbindelse med deres arbejde med socialt udsatte patienter og ligeså mange vurderer, at deres arbejdsplads i høj eller nogen grad kunne drage fordel af at have socialsygeplejersker tilknyttet.

En tredjedel af sygeplejerskerne i kommunerne oplever meget ofte eller ofte udfordringer i forbindelse med deres arbejde med socialt udsatte patienter og tre ud af fem vurderer, at deres arbejdsplads i høj eller nogen grad kunne drage fordel af, at kunne trække på socialsygeplejersker i arbejdet med socialt udsatte patienter.

Kilde: DSR Analyse

### FAKTA

Socialsygeplejersker har til formål at støtte og forbedre stofmisbrugerens indlæggelse, udskrivelse og kontakt med hospitalet. Socialsygeplejerskens kerneindsatser er:

- Rummelighed og forståelse for anderledes adfærd
- Pårørendefunktion
- Substitutionsmedicin - faglig sparring med personalet
- Abstinensbehandling
- Smertebehandling
- Hjælp til udskrivelse og opfølgning ved ambulante kontroller
- Kendskab til og samarbejde med eksterne samarbejdspartnere på sundheds- og socialområdet.

Føreløbige erfaringer med socialsygeplejerskeindsatsen viser, at indsatsen påvirker den socialt udsatte borgers evne til at følge behandlingen, og flere borgere forbliver indlagt til behandlingen er afsluttet.

Kilde: Kathrine Bro Ludvigsen og Nina Brünes, Socialsygepleje i somatik og psykiatri, KABS Viden 2013

Dels vil andre grupper af udsatte også have stort udbytte af en mere håndholdt indsats. Dels er socialsygeplejerskefunktionen endnu kun udbredt i Region Hovedstaden. Kun ved at møde de udsatte grupper på deres præmisser kan man for alvor dæmme op for den ulighed i sundhed, som er kendetegnende for gruppen.

### DANSK SYGEPLEJERÅD FORESLÅR, AT:

- Socialsygeplejerskefunktionen udbredes til alle landets hospitaler med afsæt i de gode erfaringer fra Region Hovedstaden
- Socialsygeplejerskefunktionen udbredes til landets kommuner, så koordineringen af svage og sårbare borgers patientforløb - i overgangen mellem kommunale og regionale indsatser - bliver mere systematiseret og sammenhængende i tråd med de generelle ambitioner for det nære sundhedsvæsen. Det inkluderer bl.a. bedre udslusningsmuligheder - fx i form af midlertidige omsorgspladser - for socialt udsatte efter udskrivning fra hospitalet
- At der skabes bedre rammer for patient- og pårørendeinddragelse med henblik på at styrke rummeligheden i sundhedsvæsenet
- Der fra centralt hold allokeres forskningsmidler til at undersøge hvilke indsatser og metoder, der kan være med til at gøre sundhedsvæsenet mere tilgængeligt for de udsatte grupper
- Der sættes større fokus på viden om udsatte gruppers særlige problematikker i mødet med sundhedsvæsenet på grunduddannelsen, og at der oprettes et egentligt diplommodul for socialsygepleje på landets professionsskoler, således at det - som led i en videreuddannelsesproces - bliver muligt at erhverve specifikke socialsygeplejefaglige kvalifikationer.

## STYRK DEN OPSØGENDE SUNDHEDS- OG FOREBYGGELSESINDSATS MED SUNDHEDSTEAMS

Alt for mange udsatte voksne lever med ubehandlede helbredsproblemer, herunder kroniske lidelser, fordi de ikke egenhændigt opsøger relevante sundhedstilbud, som fx deres praktiserende læge, i tide. Det er et stort problem for sundhedstilstanden blandt de udsatte, idet ubehandlede sygdomme risikerer at få varige konsekvenser og forværre livskvaliteten.

Der er på den baggrund behov for en mere opsøgende indsats, hvor de sundhedsprofessionelle kommer til de udsatte voksne – ikke omvendt. Det kan med fordel ske med inspiration i erfaringerne fra Københavns Kommune, hvor man siden 2005 har opereret med et såkaldt SundhedsTeam, der består af 4 sygeplejersker og 1 læge.

SundhedsTeam er en del af Københavns Kommunes hjemløsarbejde og er en sundhedsfaglig indsats rettet mod de særligt udsatte borgere, som ønsker hjælp, men som ikke selv formår at opsøge den.

### FAKTA OM SUNDHEDSTEAM

SundhedsTeam har ydernummer som en almen lægepraksis. Det betyder, at teamet tager blodprøver, henviser til diverse undersøgelser, følger op på indlæggelser, hjælper med videre medicinering, behandler lidelser der ikke kræver indlæggelse og forbereder borgeren til planlagt indlæggelse.

Sundhedsteam fungerer samtidig som bindeled mellem sundhedssystemet og borgere, som det er svært at få kontakt med. Det betyder, at SundhedsTeam har samme muligheder som en praktiserende læge i forhold til det øvrige sundhedssystem.

SundhedsTeam har ikke en klinik og i hverdagen betyder det, at læge og sygeplejersker cykler rundt til de steder, hvor den enkelte borger opholder sig. Det kan fx være i borgerens lejlighed, i et bo- eller på et dagtilbud. De borgere som har behov for teamets hjælp kan henvises af alle, for eksempel politi, hospital, væresteder eller gadeplansmedarbejder og borgeren kan også selv kontakte SundhedsTeam.

*Kilde: Københavns Kommune*

Men det er vel at mærke ikke kun blandt landets mest udsatte borgere, at en mere opsøgende indsats rummer et potentiale i kampen mod ulighed i sundhed.

Ideen med opsøgende sundhedstilbud kan med fordel udvides til en større del af befolkningen. Det er bl.a. velkendt, at mænd ofte ikke kommer til lægen i tide og at dette er en medvirkende årsag til mænds overdødelighed<sup>23</sup>.

Et opsøgende sundhedsteam, der foretager arbejdspladsscreeninger – fx på større industriarbejdspladser – vil bl.a. nå ud til mange af de mænd, der i dag alt for sjældent kommer til lægen og vil herved have en positiv effekt på sundhedstilstanden blandt særligt ufaglærte mænd.

### DANSK SYGEPLEJERÅD FORESLÅR, AT:

- Alle kommuner opretter opsøgende sundhedsteams med henblik på at nå ud til personer, der ikke selv opsøger almen praksis og andre sundhedstilbud. I mindre kommuner uden tilstrækkeligt befolkningsgrundlag kan man overveje tværkommunale samarbejder om etablering af et opsøgende sundhedsteam og/eller at gøre målgruppen for sundhedsteamets arbejde bredere, således at teamet fx kan tilbyde sine opsøgende sundhedsydelse på arbejdspladser med en høj andel af ufaglærte.

<sup>23</sup> [http://www.sundmand.dk/Sundhedspol\\_for\\_maend.pdf](http://www.sundmand.dk/Sundhedspol_for_maend.pdf)



## TILKNYT SYGEPLEJERSKER TIL ALLE BOTILBUD, DØGNINSTITUTIONER OG HERBERG

En relativt stor andel af nogle af landets mest udsatte voksne bor på bosteder i form af botilbud, døgninstitutioner og herberg. Personalet på bostederne er ofte pædagoger og socialpædagoger uden sundhedsfaglig ekspertise. Ser man fx nærmere på landets botilbud, er det kun 25 % af tilbuddene, der har fastansat en sygeplejerske<sup>24</sup>

Det giver udfordringer i forhold til at håndtere medicin, opfange symptomer, opspore sygdom, iværksætte udredning og igangsætte behandling i tide. På nogle bosteder er man på den baggrund begyndt at indføre sundhedstjek, men området er generelt meget overset, og der er behov for en langt mere systematisk inddragelse af sygeplejersker, hvis man vil forbedre sundhedstilstanden og trivslen blandt beboerne på bostederne.

Det er hverken menneskeligt eller økonomisk forsvarligt, når en manglende systematisk sundhedsindsats forårsager, at mindre skavanker og antræk til livsstilssygdomme får lov at udvikle sig. Når man eksempelvis opdager type 2 diabetes for sent, betyder det, at risikoen for alvorlige senkomplikationer, som fx infektioner, nedsat syn, amputationer og dårlig nyrefunktion, øges betragteligt.

### FAKTA: FASTANSAT SUNDHEDSFAGLIGT PERSONALE

I et spørgeskema har lederne af bostederne svaret på, hvilket sundhedsfagligt personale de har fastansat, og om de gør brug af hjemmeplejen.

	Ja (%)	Nej (%)
Har I fastansatte sygeplejersker?	25	75
Har I fastansatte sosu-assistenten/plejehjemsassistenter?	60	40
Har I fastansatte fysio- og/eller ergoterapeuter?	30	70
Gør I brug af hjemmesygeplejen til at udføre sundhedsindsatser?	60	40

Enkelte botilbud stikker ud i undersøgelsen. 12 pct. angiver, at de hverken bruger hjemmesygeplejen eller har fastansat plejepersonale eller terapeuter.

Kilde: Kommunernes landsforening

En forbedring af sundhedstilstanden på landets bosteder – for fx udviklingshæmmede – fordrer en systematisering af den sundhedsprofessionelle indsats. Hvis overdødeligheden blandt beboerne skal bekæmpes effektivt, skal andelen af fastansatte sygeplejersker øges markant, ligesom sundheds- og forebyggelsesindsatsen over for beboere på de steder, hvor man ikke har fastansat en sygeplejerske, skal sættes i system, så der løbende kommer besøg fra eksempelvis den kommunale sundhedsordning eller hjemmesygeplejen.

### TOP 10 - DE MEST UDBREDTE SUNDHEDSINDSATSER

1. Hjælp til medicinadministration (65 pct.)
2. Hjælp til medicindispensering (44 pct.)
3. Modtager antipsykotisk medicin (38 pct.)
4. Modtager dosisdispenseret medicin (37 pct.)
5. Psykoedukation (27 pct.)
6. Behandling af hudproblemer, f.eks. eksem (27 pct.)
7. Smertelindring, f.eks. medicin eller massage (23 pct.)
8. Udformning af forebyggelsesplan efter psykose (20 pct.)
9. Behandling for diarré, forstoppelse eller mave-tarm-problemer (19 pct.)
10. Behandling for søvnproblemer (12 pct.)

Kilde: Kommunernes landsforening

### DANSK SYGEPLEJERÅD FORESLÅR, AT:

- Der ansættes sygeplejersker på alle større botilbud, døgninstitutioner og herberg med henblik på at etablere en systematisk sundhedsindsats over for beboerne
- Mindre botilbud, døgninstitutioner og herberg – hvor det ikke normeringsmæssigt er muligt at fastansætte en sygeplejerske – bliver omfattet af en systematisk sundhedsindsats fra kommunens side.

## STYRK BESKÆFTIGELSESINDSATSEN MED TVÆRFAGLIGHED OG ØGET SUNDHEDSFOKUS

Et ofte overset område i debatten om ulighed i sundhed er det manglende sundhedsfokus i beskæftigelsesindsatsen rettet mod ledige med andre problemer end ledighed. Og det er et stort problem. For mennesker på kanten af arbejdsmarkedet har et dårligere helbred end normalbefolkningen<sup>25</sup>.

Det betyder fx, at kontanthjælpsmodtagere og arbejdsløse faglærte og ufaglærte relativt ofte har en særskilt sundhedsudfordring<sup>26</sup>. Og problemet er tiltagende. Nye tal viser således, at andelen af kontanthjælpsmodtagere, som er syge og har helbredsproblemer, er steget inden for de seneste år. Det gælder især gruppen af psykisk syge, der er gået fra at udgøre 17 pct. af alle kontanthjælpsmodtagere i 2003 til at udgøre 30 pct. i 2011<sup>27</sup>.

Hvis vi – som det bl.a. er intentionen med kontanthjælpsreformen – gerne vil have flere borgere flyttet fra passiv forsørgelse over i uddannelse eller beskæftigelse, kræver det derfor et mere systematisk syn på det hele menneske i beskæftigelsesindsatsen – herunder på sundhedstilstanden hos den enkelte ledige. Her er det en grundlæggende udfordring, at de personer, der skal vurdere den enkelte borgeres uddannelses- og arbejdsmarkedsparathed, ikke besidder de nødvendige sundhedsfaglige kvalifikationer.

Som frikommuner har man bl.a. i Gladsaxe og Gentofte valgt at komme det manglende sundhedsfokus i beskæftigelsesindsatsen til livs ved at styrke samarbejdet mellem jobcentret og kommunens sundhedspersonale. Det er sket ud fra en overbevisning om, at den helhedsorienterede indsats – hvor den lediges helbred også tages i betragtning – er mere effektiv og fører til, at den ledige hurtigere kommer i arbejde. Samme tankesæt er at genfinde i den tværfaglige indsats, som foregår i de såkaldte rehabiliteringsteams, der ligger til grund for ressourceforløbene i reformen af førtidspension og fleksjob.

### DANSK SYGEPLEJERÅD FORESLÅR, AT:

- Man fra centralt hold sætter fokus på at styrke den helhedsorienterede indsats over for ledige med andre problemer end ledighed ved på systematisk vis at inddrage sundhedsprofessionelle i vurderingen af den enkelte lediges uddannelses- og arbejdsmarkedsparathed
- Man fra centralt hold foretager evalueringer af de igangværende forsøg med inddragelse af sundhedsprofessionelle og i beskæftigelsesindsatsen og udbreder gode erfaringer på tværs af landets kommuner.

25 [http://www.sum.dk/~media/Filer%20-%20Publikationer\\_i\\_pdf/2010/COWI-2010/SundhedBeskaeftigelse/SST-rapport.ashx](http://www.sum.dk/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2010/COWI-2010/SundhedBeskaeftigelse/SST-rapport.ashx)

26 [http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/publ2009/cff/ligthed\\_sundhed/ligthed\\_i\\_sundhed.pdf](http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/publ2009/cff/ligthed_sundhed/ligthed_i_sundhed.pdf)

27 CASA, 2014: <http://www.casa-analyse.dk/files/rapporter-social-arbejdsmarked/2014/udstoedning.pdf>







**DANSK SYGEPLEJERÅD**

Sankt Annæ Plads 30

1250 København K

Tlf. 33 15 15 55

Fax 33 15 24 55

[dsr@dsr.dk](mailto:dsr@dsr.dk)

[www.dsr.dk](http://www.dsr.dk)