

BIDRAG TIL SUNDHEDSSTRUKTURKOMMISSIONEN

Socialt udsatte mennesker har et markant dårligere helbred end den øvrige befolkning, men det betyder desværre ikke, at socialt udsatte mennesker i højere grad kommer til lægen. I stedet modtager socialt udsatte mennesker oftere akutydelser i både somatikken og psykiatrien, hvilket er en dårlig og dyr løsning for både socialt udsatte og samfundet.¹

Det nuværende sundhedssystem har mange adgangsbarrierer for socialt udsatte mennesker. For at sikre reel lige adgang til sundhed for de mest udsatte er der derfor et stort behov for at skabe nye strukturer i sundhedsvæsenet.

Sundhedsvæsenets oversete fjerde ben

Der tales ofte om sundhedsvæsenets tre ben, nemlig hospitaler, praktiserende læger og de kommunale sundhedstilbud, men sundhedsvæsenets fjerde ben, hele det uformelle sundhedsvæsen, overses ofte. Det uformelle sundhedsvæsen består af en masse sundhedstilbud i NGO'er og kommuner, der er finansieret af midlertidige puljer, fondsbevillinger mv. og bemandet af frivillige sundhedspersoner eller løst tilknyttede professionelle.

I dag er de mest udsatte mennesker meget afhængige af sundhedsvæsenets fjerde ben for at få hjælp til at få adgang til eller navigere i sundhedssystemet. Den opgave, som det fjerde ben løfter i dag, er ofte hjælp til at bygge bro mellem systemer og hjælp til at finde de rette indgang, men også helt basal sundhedshjælp på gadeplan. Hjælp, der er livsnødvendig for mange mennesker, der ikke har adgang til det formelle sundhedsvæsen.

Der er meget lidt viden om den uformelle del af sundhedsvæsenet. Det er sværere at få adgang til data mv. om den uformelle del af sundhedsvæsenet, da denne del i sigens natur er mere ustruktureret, og da tilgængeligheden i høj grad afhænger af frivillige kræfter.

Det er derfor vigtigt, at sundhedsstrukturkommissionens analyse også ser på den uformelle del af sundhedsvæsenet. Analysen skal afspejle, at der er bærende opgaver, der i dag varetages uden for de formelle rammer af sundhedsvæsenet. Det skal overvejes, hvordan dele af det uformelle sundhedsvæsen i højere grad kan formaliseres, så der sikres en fast struktur og en ensartet hjælp, der gælder i alle dele af landet og ikke er afhængig af kortsigtede bevillinger og frivillige kræfter.

Strukturer der understøtter forebyggelse og helhedsorienterede indsatser

Skal et nyt sundhedsvæsen skabe reel lige adgang til sundhed for de mest udsatte, så skal der sikres en bedre sammenhæng og koordination. I dag gør samspillet imellem hospitalsvæsenet, kommunerne og de praktiserende læger det svært for mange at få hjælp. Udsatte mennesker har mange berøringsflader med det offentlige både kommunalt og regionalt, hvilket skaber et stort

¹ SUSY UDSAT 2022





behov for hjælp til at koordinere og sikre sammenhæng i behandlingen. I dag er manglende tilgængelighed og sammenhæng årsag til, at mange slet ikke får behandling eller får behandling alt for sent. Det bærende princip bør være, at ingen slipper en borger, før der er en tværfaglig, tværsektoriel og holdbar plan, hvor andre er klar til at tage over.

De økonomiske rammer og strukturer i sundhedssystemet har en stor betydning for, hvordan der kan arbejdes. Strukturerne skal understøtte, at alle aktører i systemet får incitament til forebyggelse og tidlig opsporing af sygdomme, også selvom indsatsen på kort sigt ikke giver besparelser i egen sektor.

Det er derfor vigtigt at lovgivning, organisering og økonomi i en ny struktur understøtter og sikrer incitamenter til at tilbyde både forebyggende og helhedsorienterede indsatser. Det kan ske ved at sikre en sammenhængende lovgivning, så systemerne får lettere ved at arbejde med udgangspunkt i den enkeltes behov, også når det kræver samarbejde på tværs af sektorer og systemer, og gennem en økonomimodel der sikrer, at gevinsten for en indsats tilfalder de sektorer, der har udgiften. Det kan også ske gennem systematiserede forløbsbeskrivelser eller forpligtende partnerskaber mellem regionerne, da det kan sikre, at ingen falder mellem stolene og eksempelvis bliver udskrevet fra hospitalet uden, at der er nogen til at følge op på behandlingen.

Formaliseret koordinering mellem indsatser i og uden for sundhedsvæsenet

Sociale indsatser er ofte en forudsætning for, at de meget udsatte borgere kan få adgang til sundhedsbehandling. Samtidig kan mange af de sociale indsatser, der kan hjælpe mennesker ud af udsathed, ikke få ordentlig effekt, før borgeren har fået nødvendige sundheds- eller psykiatriske behandling.

Derfor er det vigtigt, at der er et stærkt og formaliseret samarbejde mellem sektorerne. Særligt når det handler om de mest udsatte. Der er i denne sammenhæng potentiale i at implementere evidensbaserede metoder som fx ACT. I dag opstår der ofte strukturelle forhindringer, når regioner og kommuner forsøger at implementere sådanne metoder, da der er behov for deltagelse fra flere sektorer på samme tid. De strukturelle forhindringer resulterer i mindre effektive indsatser, fx når ACT (Assertive Community Treatment) bliver til M-ACT (Modificeret ACT).

Nye strukturer i sundhedsvæsenet skal understøtte tværsektorielt samarbejde. For de mest udsatte anbefales der at implementere ACT-modellen.

Forbedret adgang til sundhedsydelser med udgående og fremskudte sundhedsindsatser

Adgangen til det primære sundhedsvæsen skal forbedres for de mest udsatte. Der er brug for at ændre rammerne om de praktiserende læger, så de også bliver en indgang til sundhedsvæsenet for mennesker i social udsathed. Det kan ske ved krav om mere fleksible konsultationstider, incitamenter og rammer for opsøgende og udgående indsatser mv., men også via et stærkere samarbejde mellem regioner, kommuner og udvalgte praktiserende læger om at sikre en særlig let adgang og behandling for mennesker i social udsathed.

I dag er der alt for mange mennesker i socialt udsathed, som ikke kommer til lægen, før det er alt for sent. Det er derfor også nødvendigt, at der tænkes i, hvordan der skabes et bedre udgående,



opsøgende og fremskudt sundhedsarbejde for at sikre, at mennesker i social udsathed får den nødvendige hjælp.

Det kan fx være socialsygeplejesker eller læger der er tilknyttet herberger, væresteder og misbrugscentre og bygger bro til egen læge eller anden sundhedsbehandling, eller fremskudte indsatser hvor sundhedspersonalet kommer til borgeren, uanset om borgeren bor i eget hjem, på bosted, på herberg eller på gaden. Det er vigtigt, at funktionerne er tværfaglige og tværsektorielle som fx ACT og lignende helhedsorienterede tilbud.