

Arbejdsgrundlag for Udsatterådet i Region Hovedstaden

Udsatterådet

Regionsrådet har nedsat et udsatteråd i Region Hovedstaden med det formål at sikre, at viden om socialt udsatte borgeres særlige behov inddrages i politiske og administrative processer og beslutninger.

Rådet er sammensat af repræsentanter for brugerorganisationer, frivillige organisationer og regionale aktører, der repræsenterer og arbejder med socialt udsatte borgere, og hvis virke er forankret i Region Hovedstaden.

Arbejdsgrundlaget

Socialt udsatte mennesker er en bred gruppe med mange forskellige udfordringer, og problemstillingerne omkring udsatte er komplekse. Derfor har Udsatterådet udarbejdet dette arbejdsgrundlag, som præciserer målgruppen og formulerer rådets vision og de fokusområder, som rådet vil arbejde for. Arbejdsgrundlaget er et fælles grundlag for rådets arbejde og kan sikre enighed og fælles afsæt blandt rådets medlemmer, og kan desuden anvendes til at give Regionsrådet, andre udvalg i regionen samt øvrige interessenter et indblik i rådets mærkesager.

Udsatterådets målgruppe

Socialt udsatte er som nævnt ikke en homogen gruppe. Social udsathed kan ansues som et bredt kontinuum af mennesker med mindre komplekse til meget komplekse problemer – nogle har massive problemer i næsten alle af livets forhold, mens andre befinder sig i en risikoposition, fordi de f.eks. har fået en psykisk lidelse eller udviklet et problembrug eller afhængighed af rusmidler.

Ifølge VIVE – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, som i 2018 har foretaget en omfattende registerdataundersøgelse, er der på landsplan en kvart million danskere, der – fordelt på dette kontinuum – er socialt udsatte. Heraf er 52.000 særligt udsatte (svarende til ca. 1% af befolkningen), idet de kæmper med svære psykiske lidelser og/eller misbrug¹ samt multiple, komplekse sociale problemer som f.eks. hjemløshed, prostitution og kriminalitet (VIVE, 2018:5). En kendt problemstilling er, at socialt udsatte ofte ikke modtager tilstrækkelig behandling, bl.a. fordi de ikke selv opsøger læge. Af den årsag er området præget af mørketal, og det reelle antal socialt udsatte er derfor sandsynligvis højere, end registerdataundersøgelsen viser.

Rådsmedlemmerne, som bl.a. repræsenterer forskellige sociale hjælpeorganisationer, møder i deres daglige arbejde de mest socialt udsatte på gaden, på herberger og på væresteder mv. Det er rådets erfaring, at det er mennesker i denne mest udsatte ende af kontinuummet, der oplever flest barrierer for at modtage behandling i sundhedsvæsenet. På den baggrund har rådet besluttet at fokusere på en målgruppe bestående af de mest udsatte borgere (se nedenfor) og dertil have et fokus på udsatte børn og unge samt på pårørende til de mest udsatte. De forbedringer, som rådet vil arbejde for, vil imidlertid komme alle regionens udsatte til gavn og forhåbentlig bidrage til at forebygge, at de i risikogrupperne bliver yderligere socialt udsatte.

Målgruppe

Udsatterådets målgruppe er de mennesker, der er i den mest udsatte ende af kontinuummet. Som VIVE konkluderer, er de mest udsatte typisk kendetegnet ved at have:

- et problembrug af rusmidler og en psykisk lidelse
- et problembrug af rusmidler og komplekse problemer som f.eks. hjemløshed og kriminalitet
- et problembrug af rusmidler, en psykisk lidelse og komplekse problemer som f.eks. hjemløshed eller kriminalitet.

Kendetegnende for målgruppen er endvidere, at de ofte har kontakt til både kommunale og regionale instanser, men sjældent får tilstrækkelig støtte og behandling.

Inspireret af VIVE – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 2018

¹ VIVE bruger begrebet 'misbrug' i deres undersøgelse. Begrebet kan opleves stigmatiserende af brugergruppen. Udsatterådet har valgt i egne formuleringer at bruge begrebet problembrug af rusmidler, der for nogen kan indbefatte en egentlig afhængighed af rusmidler. Her hvor vi refererer direkte til VIVEs undersøgelse, følger vi dog deres ordbrug.

Udsatterådets vision

I Sundhedslovens § 2, stk. 1 står: "Loven fastsætter kravene til sundhedsvæsenet med henblik på at sikre respekt for det enkelte menneske, dets integritet og selvbestemmelse og at opfylde behovet for let og lige adgang til sundhedsvæsenet."

Der er dog i praksis ikke lige adgang til behandling og desværre stor ulighed i sundhed. Socialt udsatte lever i gennemsnit 20 år kortere end resten af befolkningen. Den markant lavere gennemsnitslevetid skyldes en hårdere livsstil, men også at mange ikke får den psykiatriske såvel som somatiske behandling, som de har behov for og ret til. Sundhedssystemet – og det offentlige hjælpesystem generelt – er ikke i tilstrækkelig grad indrettet til at tilgodese de særlige behov, som udsatte mennesker har. De ekskluderes til tider netop på grund af deres symptomer på udsathed, hvilket uddybes i fokusområde 1 nedenfor. Dette belyses også i en nyere kvalitativ undersøgelse af socialt udsattes møde med sundhedssystemet, som er foretaget af Statens Institut for Folkesundhed (SUSY UDSAT 2017). Når socialt udsatte ikke har lige adgang til behandling, får de ikke opfyldt helt basale patientrettigheder.

På handicapområdet sikres kørestolevenlige forhold og kørselsordninger, som kompenserer for en nedsat fysisk funktionsevne og sikrer lige adgang til behandling. Udsatterådet vil arbejde for, at sundhedsvæsenet tilsvarende designes til at kunne inkludere socialt udsatte med hensyntagen til deres nedsatte funktionsevne og særlige behov.

Vision

Udsatterådets vision er, at socialt udsatte oplever lighed i sundhed.

Socialt udsatte i Region Hovedstaden skal have sikret deres patientrettigheder, herunder have lige adgang til og udbytte af de regionale behandlingstilbud. Sundhedsvæsenet skal designes – strukturelt, kulturelt, kompetencemæssigt og fysisk – så det inkluderer socialt udsatte på trods af deres nedsatte funktionsevne og ofte kaotiske adfærd, der netop er symptomer på den udsathed, som de befinder sig i og har behov for hjælp til. Regionens sundhedstilbud skal være designet til at sikre, at socialt udsatte mødes med den forståelse, faglighed og fleksibilitet, der er behov for, for at de kan få adgang til, fastholdes i og få udbytte af behandling.

Udsatterådets fokusområder

Udsatterådet har identificeret fire fokusområder, som peger på de væsentligste barrierer, der er for, at socialt udsatte har lige adgang til sundhedsvæsenet – og således hvor designet i sundhedsvæsenet skal nytænkes. Fokusområderne vil danne afsæt for rådets anbefalinger og aktiviteter.

Barriererne for, at socialt udsatte kan modtage lige behandling, er både strukturelle, kulturelle, kompetencemæssige og fysiske – og kalder på flerstrengede løsninger, der sikrer forbedringer på en række forskellige områder. Fokusområderne lægger derfor op til, at der skal spilles på forskellige strenge:

Det første fokusområde peger på, at der skal gøres op med kulturelle og kompetencemæssige barrierer, mens det andet og tredje fokusområde i højere grad har fokus på strukturelle barrierer. Det fjerde fokusområde fokuserer på manglende viden som barriere for, at der kan træffes de nødvendige ledelsesmæssige og politiske beslutninger. I praksis griber problemstillingerne under hvert fokusområde selvfølgelig ind i hinanden. En vigtig pointe er, at én løsning ikke kan stå alene, men er afhængig af at der også sker ændringer på de andre områder.

Rådet vil med disse fokusområder arbejde for, at der blive skabt forandringer i det generelle sundhedssystem på tværs af egen læge, ambulante behandlingsenheder og sengeafsnit. Forbedringerne skal sikre, at udsatte generelt får bedre udbytte af forskellige behandlingstilbud, men også at der fortsat – og i højere grad end i dag – udvikles særlige sundhedstilbud til de udsatte, som har særligt brug for hjælp til at komme ind i behandlingssystemet.

At sikre rettidig undersøgelse og behandling af socialt udsatte samt mere sammenhængende forløb på tværs af sektorer har også et forebyggende sigte. Den generelt dårligere sundhedstilstand og højere dødelighed hos socialt udsatte kan forebygges, hvis der sættes ind i tide og skabes bedre sammenhæng.

Det ligger rådet på sinde at understrege, at der på dette område ikke findes lette løsninger. Der skal flere ændringer til end man umiddelbart tror. Men det er helt afgørende, at der handles, da det koster at lade være - både menneskeliv og samfundskroner.

Fokusområde 1: Udsatte-faglighed på tværs af sundhedsvæsenet

Socialt udsatte har, ligesom den øvrige befolkning, behov for behandling forskellige steder i sundhedsvæsenet: Både inden for det somatiske og psykiatriske område, og i ambulant regi såvel som ved indlæggelse i sengeafsnit.

Det er rådets oplevelse, at sundhedspersonalet på tværs af regionens mange højt specialiserede tilbud har utilstrækkelig viden om udsattes behov – og ofte ikke ved eller mangler procedurer for, hvordan de skal håndtere de symptomer på udsathed, som det enkelte udsatte menneske har. Det resulterer i, at udsatte ekskluderes fra behandlingstilbud netop på grund af deres udsathed, fordi selve symptomerne på udsathed flere steder opfattes som barrierer for behandlingen. Når en kvinde med et problebrug af rusmidler f.eks. bliver indlagt på en somatisk afdeling med kræft, har sundhedspersonalet ofte ikke tilstrækkelig viden om eller redskaber til at håndtere hendes måske kaotiske adfærd, der kan være tegn på, at hendes rusmiddelafhængighed er behandlingskrævende. Hun kan f.eks. være udadreagerende og aggressiv, insistere på at indtage stoffer undervejs i behandlingen eller måske ligefrem gå midt under indlæggelsen for at fixe.

Når et udsat menneske ikke mødes med tilstrækkelig fleksibilitet og forståelse, er der stor risiko for, at dette menneske ekskluderes fra behandlingen, fordi tilbuddet fravælges eller forlades – og hermed opnås ikke tilstrækkeligt udbytte af behandlingen. Det er naturligvis ikke den enkelte sygeplejerske eller læge, der ekskluderer den socialt udsatte fra behandling men systemet som helhed, fordi det aktuelt ikke er indrettet – kompetencemæssigt og kulturelt men også strukturelt og fysisk – til at møde de socialt udsattes behov. Disse former for kulturelle og kompetencemæssige barrierer medvirker bl.a. til at skabe situationer, hvor de udsatte oplever sig stigmatiserede og diskriminerede (SUSY UDSAT 2017:14).

Derfor vil udsatterådet arbejde for, at udsatte-faglighed skal implementeres som selvstændig og højt prioriteret faglighed. Udsatte-faglighed skal ikke være en specialiseret søjle, men en faglighed som går på tværs af alle medicinske specialer i sundhedssektoren. Implementering af udsatte-faglighed skal udmøntes i en helt ny praksis, hvor udsatte – uanset hvilken fysisk eller psykisk sygdom, de kommer for at få behandlet, og uagtet om de kommer hos egen læge, i et ambulant behandlingstilbud eller under indlæggelse – mødes med den tilstrækkelige forståelse for deres situation. F.eks. ved at de udsatte får tilbudt sufficient abstinensbehandling ved behov, så de ikke går under indlæggelse for at fixe. Dette indebærer kulturelle og kompetencemæssige forandringer blandt sundhedspersonalet.

Fokusområde 2: Bedre adgang til udredning og behandling

De udsattes kontakt med sundhedsvæsenet er ofte sporadisk og ved akut opstået behov – hvormed fysisk sygdom opdages alt for sent eller forbliver ubehandlet. Sundhedsvæsenet er bygget op omkring den grundlæggende struktur, at man

selv skal opsøge praktiserende læge ved behov, og at egen læge koordinerer sundhedsindsatserne ved at henvise videre til udredning og behandling. Strukturen forudsætter, at patienten selv holder overblik over de forskellige aftaler i sundhedsvæsenet og formår at møde op til dem.

Mange socialt udsatte er imidlertid slet ikke tilknyttet egen læge – og de, der er, formår typisk ikke at opsøge hverken egen læge eller møde op til udrednings- og behandlingstilbud, som de evt. er viderehenvist til. Med andre ord har socialt udsatte ofte en lav sundhedskompetence, som betyder, at de ikke formår i tilstrækkelig grad at tage vare på eget helbred, bl.a. fordi de ikke evner at tilegne sig viden om eller handle på viden om sundhed – eller navigere i sundhedsvæsenets struktur (SUSY UDSAT 2017, 14). Det er rådets erfaring, at de praktiserende læger ikke påtager sig den nødvendige opsøgende, håndholdte koordineringsindsats, som de udsatte har behov for. At sundhedsvæsenet ikke er indrettet til at kompensere for de udsattes lave grad af sundhedskompetence, er overvejende en strukturel barriere.

Derfor vil udsatterådet arbejde for, at der sker strukturelle forandringer, som sikrer, at socialt udsatte får den basale adgang til sundhedstilbuddene. Socialt udsatte mennesker skal hjælpes ind (og rundt) til relevante tilbud i sundhedssystemet, så de bliver både udredt og behandlet – indtil de er færdigbehandlede. Det kunne f.eks. ske ved at udbygge det eksisterende udgående arbejde, der sikrer håndholdt, helhedsorienteret og sundhedsfaglig indsats. De udsatte har behov for at blive opsøgt, der hvor de er, og at der er mulighed for direkte fra gaden at blive visiteret – og fulgt – til relevant udredning og behandling. Ligeledes vil rådet arbejde for, at der i forbindelse med psykiatrisk behandling er et større fokus på og mulighed for at screene, udrede og behandle somatiske sygdomme under indlæggelse.

Fokusområde 3: Sammenhængende indsatser på tværs af region og kommuner

Socialt udsatte er ofte i kontakt med både det regionale og det kommunale system, og en kendt problemstilling er, at der mangler sammenhæng mellem indsatserne (VIVE, 2018:10), hvilket udgør en strukturel barriere for, at udsatte kan modtage relevant behandling og støtte. Der er også kulturelle barrierer på spil, idet der på tværs af sektorerne er store kulturelle forskelle og manglende viden om hinandens tilbud. Den manglende sammenhæng opstår f.eks. ved overgange omkring udskrivning fra psykiatrisk indlæggelse, hvor der er behov for tæt samarbejde mellem sektorerne i forhold til at få igangsat og fastholdt efterfølgende ambulant psykiatrisk behandling og rusmiddelbehandling. Netop mennesker med dobbeltdiagnose (psykisk sygdom og problembrug af rusmidler) er i særlig risiko for "at falde mellem stole". F.eks. kan en mand med behandlingskrævende alkoholafhængighed opleve, at stedet, der varetager rusmiddelbehandlingen, vurderer, at han drikker på grund af en psykisk lidelse, og at han derfor har behov for psykiatrisk udredning og behandling. Mens det vurderes i psykiatrien, at det ikke er muligt at foretage denne udredning, når han drikker alkohol, og at han derfor må behandles for sin alkoholafhængighed først.

Dette er en uhensigtsmæssig "system-logik", som desværre medvirker til, at rigtig mange af de mest udsatte mennesker ikke oplever at få den hjælp og behandling, som de har behov for (VIVE, 2018:11). For socialt udsatte, som har indsatser på tværs af region og kommune, er der stort behov for koordination og videndeling på tværs af indsatser. Den regionale eller kommunale indsats kan ikke alene hjælpe et udsat menneske med komplekse problemstillinger. Det er helt afgørende, at indsatserne supplerer hinanden.

Derfor vil Udsatterådet arbejde for, at regionen etablerer forpligtende samarbejde på tværs af kommuner og region, hvor indsatserne omkring udsatte borgere betragtes som et fælles ansvar både økonomisk og strukturelt – på ledelsesplan såvel som blandt frontpersonalet.

Fokusområde 4: Viden og dokumentation

Som nævnt indledningsvist er udsatte-området præget af mørketal og generelt manglende viden, hvilket udgør en barriere for, at politikere og andre beslutningstagere kan træffe de nødvendige beslutninger.

Derfor vil udsatterådet arbejde for, at regionen forbedrer deres vidensgrundlag. Rådet vil arbejde for, at regionen begynder løbende at evaluere deres indsats over for socialt udsatte, f.eks. ved konkrete målsætninger i årsplaner.

Referencer: *Når udsatte møder velfærdssystemet*, VIVE – Det nationale forskningscenter for Velfærd, 2018.

SUSY UDSAT 2017, Socialt udsattes møde med sundhedsvæsenet, Statens Institut for Folkesundhed, 2018.