

midt LIV

1

2008

Social ulighed i sundhed





Den store forskel



REGIONSRAÐSMEDLEM Johannes Flensted-Jensen

Han var altid snottet – ham på den bagerste pult i 1. klassen på Brønshøj Gl. Skole. Altid. Så lugtede han i øvrigt også, og mens vi andre havde bukser, der i det mindste var nydeligt lappede, havde han altid huller i sine, og oven i det hele var han tyk.

Han var ikke ret dygtig, blev overset af lærerne, og han gik formentlig ud af skolen efter 7. klasse. Jeg ved ikke, hvad der blev af ham, men sandsynligheden for at han lever væsentligt kortere end vi, der havde lapper på bukserne, er stor.

Vi har jo altså vidst det længe, men i de seneste årtier er der kommet mere og mere viden og præcision i beskrivelserne: Der eksisterer en ganske dramatisk forskel i sundhed og livslængde afhængigt af, hvor på den sociale rangstige du befinder dig.

Det er nogle forskelle, der formentlig øges – og vi er først ved tærsklen til at kunne gøre noget ved det og ikke mindst *ville* gøre noget ved det.

Jeg synes, det er et af de alleralvorligste sundhedspolitiske problemer i dagens Danmark, og det er desværre ret begrænset, hvad der gøres for at ændre på forholdene.

Det hænger selvfølgelig også sammen med, at der ikke er så mange lette og hurtige løsninger – men der *er* løsninger. Begge dele illustreres tydeligt af dette spændende nummer af *mi(d)t Liv*.

Så undskyldningerne for ikke at gøre noget ved problemet bliver færre og færre.

Johannes Flensted-Jensen
Regionsrådet (S), 1. næstformand

mi(d)t Liv – februar 2008

Bladet for beslutningstagere og sundhedspersonale i regionen og kommunerne samt nationale samarbejdspartnere

Udgiver

Region Midtjylland, Center for Folkesundhed
Sundhedsfremme og Forebyggelse
Olof Palmes Allé 15, 8200 Århus N
www.folkesundhed-midt.dk

Redaktionspanel

Merete Bech Bennetsen
MTV-konsulent, Center for Folkesundhed
Lene Dørfler
sundhedskonsulent, Silkeborg Kommune
Lars Foged
praktiserende læge, Skjern
Anette Larsen
socialrådgiver, Center for Folkesundhed
Doris Nørgård
udviklingskonsulent, Center for Folkesundhed
Anna Birte Sparvath
chefsygeplejerske, Regionhospitalet Horsens,
Brædstrup og Odder

Redaktion

Lucette Meillier
sundhedskonsulent, Center for Folkesundhed
Tlf. 8728 4713, lucette.meillier@stab.rm.dk
Gerd Nielsen
redaktionssekretær, Center for Folkesundhed
Tlf. 8728 4711, gerd.nielsen@stab.rm.dk
Kirsten Vinther-Jensen (ansvarsh.)
kontorchef, Center for Folkesundhed
Tlf. 8728 4707, kirsten.vinther-jensen@stab.rm.dk

Kontakt

Redaktionssekretær Gerd Nielsen
Tlf. 8728 4711, gerd.nielsen@stab.rm.dk

Forside, tegninger: Hanne Ravn Hermansen

Grafisk tilrettelæggelse

Weitemeyer Design & Communication

Tryk: Werks Offset A/S

Oplag: 4.000 stk.

Online version: www.midtliv.rm.dk

Næste udgivelse: maj/juni 2008

ISSN 1902-7257

Social ulighed i sundhed har fået større opmærksomhed i sundhedsvæsenet de seneste årtier. Vi kan dokumentere at ulighed eksisterer – men stadig er der meget vi kan gøre for at ændre på det, også i sundhedsvæsenet. Gravide udsatte får mindre og svagere børn, kortuddannede pådrager sig flere kroniske sygdomme og dermed vanskeligere vilkår for at opretholde et rigt og frodigt ældreliv, lavtuddannede hjertepatienter har højere dødelighed, og 30% har tegn på depression et år efter indlæggelsen.

Men den sociale ulighed i sundhed er ikke kun et anliggende for sundhedsvæsenet. Levekår, psykosociale forhold og sundhedsadfærd er alle områder, der kan arbejdes med også i andre sektorer. I dette nummer af *mi(d)t LIV* er der derfor også fokus på arbejdsmarkedet, sygefravær og arbejdsfastholdelse.

Mange af artiklerne viser, at der er vilje til at gøre en særlig indsats både over for udsatte borgere og patienter og for at udvikle metoder, der hjælper til at opnå bedre sundhed.

God læselyst
REDAKTIONEN

<p>03 I dette nummer Tema: Social ulighed i sundhed</p>	<p>18 Kommunikation med udsatte borgere</p>	<p>31 Bro til arbejdsmarkedet Samarbejde om virksomhedernes sociale engagement</p>
<p>04 Social ulighed i helbred og sundhed</p>	<p>18 Kommunikation med etniske minoriteter</p> <p>20 Udsatte borgere tilbydes deltagerinvolverende samtaler i Livsstilscaféen</p>	<p>31 Grundfos' sociale og samfundsmæssige ansvarlighed</p> <p>33 Virksomhedspraktik i en vuggestue</p>
<p>08 De kortuddannede og kronikerindsatsen</p>	<p>23 Almen praksis: Ligeværdig tilgang forudsætter forskellige tilbud</p>	<p>34 Nye politiske udvalg i Region Midtjylland</p>
<p>12 I gang igen efter blodprop i hjertet - socialt differentieret hjerterehabilitering</p>	<p>27 Udstødning fra arbejdsmarkedet kan forebygges</p>	<p>35 Panel for sundheds- området</p>
<p>16 Sårbare gravide</p>		<p>36 Revision af sundhedsaftaler er begyndt</p>

Social ulighed i helbred og sundhed - årsagsmekanismer og indsatsområder

Denne artikel er et redigeret uddrag af et foredrag professor Bjørn Holstein, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet, holdt 11. december 2007 i Århus på konferencen: *I gang igen efter blodprop i hjertet – Socialt differentieret hjerterehabilitering*

Foto: Center for Folkesundhed/Anna Glavind



Bjørn Holstein under konferencen på Skejby Sygehus i december 2007.

Vi ved fra rigtig mange undersøgelser, at der er social ulighed i helbred og sundhed. Der er geografiske forskelle inden for det enkelte land, der er forskel mellem lande, og forskellene genfindes i alle de historiske perioder, vi har data fra. Nogle forskelle bliver stærkere med årene, andre bliver stærkere med tiden.

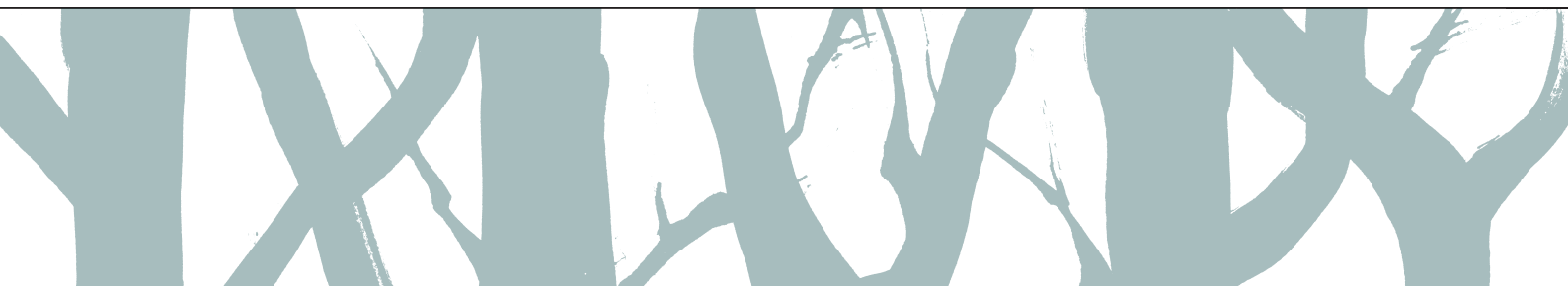
Den sociale ulighed i sundhed starter allerede fra fødslen og fortsætter i voksenalderen. Det viser sig både i dødelighed og overlevelse og på bløde områder som for eksempel oplevelse af symptomer. Der er fx mange børn og unge mennesker, der oplever symptomer hver eneste dag, og risikoen for ikke at føle sig glad og godt tilpas med livet stiger til det dobbelte, når man går fra top til bund i samfundets sociale rangstige. Det samme gælder risikoen for at føle sig hjælpeløs i modsætning til at kunne mestre og for at have en uhensigtsmæssig sundhedsadfærd. Forskellene ses uanset indikator for socialt niveau, og det er sådan set lige meget, om vi bruger uddannelse, erhverv eller indkomst. Forskellene er betydelige, og selv i et moderne velfærdssamfund dør lavere socialgrupper mindst tre år tidligere og gennemlever mindst ti år mere med dårligt helbred end personer fra højere socialgrupper. En vigtig pointe er, at det ikke kun handler om en lille marginaliseret gruppe af fattige, der er dårligt stillede, men at der er tale om graduering. Det er fx sådan, at



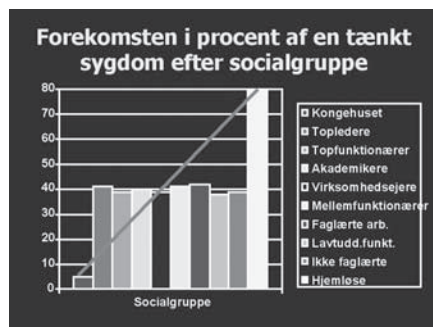
for hvert eneste uddannelsesår man skaffer sig, så skaffer man sig også et længere liv, og nogle siger i spøg: *En ph.d-grad giver et år længere at leve i*. Derfor må forklaringen bygge på andet end fattigdom.

De mange eller de få

Man kan forestille sig en sygdom med en forekomst på 25% blandt de højeste socialgrupper og 30% blandt de laveste. Den sociale gradient er ikke så skarp og derfor ikke særlig interessant i en årsags-søgende forskning. Men for folkesundheden har det kolossal betydning, fordi det er så mange, der rammes. Et andet eksempel er et helbredsproblem, som findes hos 5% af de højest placerede og 80% af de lavest



placerede. Hvis vi inddeler befolkningen i ti lige store socialgrupper fra top til bund, og vi finder, at forskellene alene er isoleret til top og bund, er det ikke længere så vigtigt for den generelle folkesundhed. Hvis vi oven i købet forestiller os, at toppen er kongefamilien og den laveste socialgruppe er de hjemløse, så står vi med et problem med tydelige sociale forskelle i helbredsfaenomener, uden at det har den store folkesundhedsmæssige konsekvens.

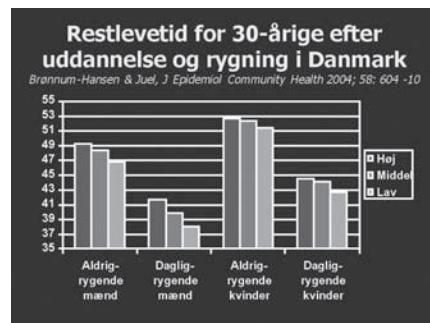


Hvad skaber forskellene

Hvad skaber social ulighed i helbred? Det er meget sværere at svare på, end man skulle tro. Vi kan alle sammen hurtigt komme med et bud: *Det er nok fordi folk med penge kan købe sig lidt bedre ydelser i sundhedsvæsenet*, eller *Mennesker med høj uddannelse kan bedre forstå og følge sundhedsoplysende forskrifter*. Men det er meget vanskeligere i virkeligheden at afdække mønstret, så derfor vil jeg introducere tre faktorer, begreber eller mekanismer til forståelse af social ulighed i sundhed:

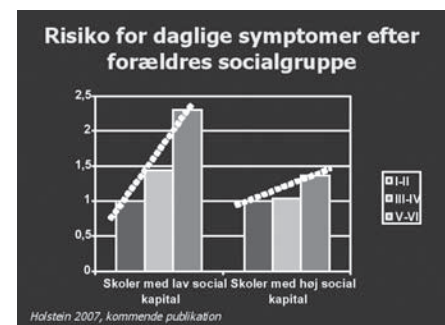
- en forklarende faktor
- en modificerende faktor
- differentiell eksponering og differentiell effekt.

Forklarende faktor: Der har været en del overvejelser i Danmark om, hvorvidt rygning måske kan forklare forskellene i overlevelse mellem højere og lavere uddannede grupper. Ser vi på de senest publicerede analyser, er det ikke overbevisende. Inden for hver af de fire grupper: aldrig-rygende mænd, rygende mænd, aldrig-rygende kvinder og rygende kvinder finder vi en social gradient. De højt uddannede lever længere, og der er tydelig forskel i overlevelse mellem aldrig-rygere og daglig-rygere. Det ved vi godt. Men den sociale gradient er der uanset rygning. Så hvis man stiller spørgsmålet, om rygning kan forklare den sociale ulighed og overlevelse, er svaret nej. Vi kan også se på resterende gode leveår, og billedet er det samme.



Modificerende faktor: Der er få videnskabelige arbejder, der kan sige: *Vi tror, vi har et spor til forklaringen af social ulighed i helbredet*. Så vi skal have fat i et andet begreb, som handler om at modificere den sociale ulighed i sundhed. Jeg har selv gennem længere tid arbejdet med at undersøge den sociale kapitalens betydning for skolebørns risiko for daglige symptomer. Jeg har benyttet skolebørnsundersøgelsen¹, som rummer flere tusinde børn i alderen 11 til

15 år, og i hver skole har jeg et mål for den sociale kapital eller sammenhængskraft. Jeg har studeret den sociale gradient i symptombelastningen hos den tredjedel af skoleeleverne – svarende til ca. 2.000 elever – der går i skoler med lav social kapital, og den tredjedel af eleverne der går i skoler med høj social kapital. Gradienten er meget udtalt på de skoler, hvor den sociale kapital er lav, og den er mindre markant, hvor den sociale kapital er høj. Min hypotese er, at social kapital kan være en omverdensfaktor, som modificerer eller dæmper den sociale ulighed i helbred – altså en levekårsfaktor.



Differentiell eksponering og differentiell effekt: Det tredje bidrag til at forstå social ulighed i sundhed kommer fra Finn Diderichsen². Differentiell eksponering vil sige, at man er udsat i forskellig grad, og ofte ser man, at lavere socialgrupper er mest udsatte for belastninger og risikofaktorer. Rygning, belastende arbejdsmiljøforhold og svage sociale relationer er alle mest udbredt i de lavere socialgrupper såvel som det personlighedstræk med vrede og fjendtlighed, som hedder hostilitet. Mennesker, der lever deres liv i en lav socialgruppe, er altså mere udsatte for eksponering af risikofaktorer.

Foruden at se på eksponering kan man også se på effekt. En given belastningsfaktor kan få alvorligere konsekvenser i nogle socialgrupper end i andre. Det er differentiell effekt. Et rigtig godt eksempel

er rygning. Det er meget værre for helbredet at ryge, hvis man er lavtuddannet, end hvis man er højtuddannet, fordi uddannelse modificerer den skadelige effekt af rygning. Også ansættelsesforhold kan fx få stor og meget forskellig betydning for konsekvenserne af en given sygdom.

Opsummerende kan jeg sige, at når man arbejder med social ulighed i sundhed, skal vi forsøge at finde forklaringer, vi skal arbejde med modifikation, og vi skal se på differentiell eksponering og differentiell effekt. Det er forskellige begreber, som på hver deres måde kan hjælpe os i forståelsen af, hvilke mekanismer der er på spil, selv om det fortsat er meget kompliceret.

Årsager til ulighed

Når det gælder spørgsmålet: *Hvad er årsagerne til social ulighed i helbred eller social ulighed i sundhed?*, er vi ikke kommet meget nærmere svaret, end det man kan læse i *The Black Report*, som blev publiceret i England i 1980 og netop handlede om ulighed i sundhed. Jeg vil derfor benytte de fire hypoteser om virkningsmekanismer, som blev beskrevet i rapporten, vel vidende at vi fortsat ikke har styr på, hvor meget de betyder.

Selektionshypotesen siger, at det ikke er lav socialgruppe, der ødelægger dit helbred. Det er helbredet, der gør, at du ikke når til tops på den sociale rangstige. Denne hypotese har i mange år været lidt overset, men et nyligt videnskabeligt arbejde af Merete Osler³, som arbejder med tvillingeregistret og beskæftiger

sig med arvelige komponenter, viser, at hypotesen skal tages alvorligt og godt kan forklare noget af den sociale ulighed i sundhed.

Adfærdshypotesen ser på, om der er forskelle på risikoadfærd og mindre sundhedsfremmende adfærd i forskellige socialgrupper. Selv om billedet er lidt broget, ser det ud til, at mennesker der er erhvervs-mæssigt placeret i lavere socialgrupper alt i alt vælger en mindre hensigtsmæssig sundhedsadfærd, hvilket også kan forklare en del af uligheden.

Hypotesen om psykosociale forhold ser på psykologiske og sociale forskelle mellem forskellige grupper. Mennesker i den laveste del af det sociale spektrum har mindre fornemmelse for og kontrol over tilværelsen og mere hostilitet og stress. Flere er socialt isoleret og med svage sociale relationer. Psykosociale forhold kan også bidrage til at forklare social ulighed i sundhed.

Levekårshypotesen arbejder med ydre vilkår for at opnå sundhed. De lavere socialgrupper har ikke de samme behagelige vilkår, som de der sidder i toppen af kransekagen, hvor lønnen er bedre og arbejdet mere behageligt og frit. Mennesker på toppen kender tillige altid nogen, de kan ringe til, hvis de kommer i knibe. I mange højtuddannedes sociale netværk er der en statsautoriseret revisor, en tandlæge, en læge, en psykolog, en jurist og mange andre, man kan ringe til og få råd af, hvilket også er forbundet med gode levekår.

Foto: Center for Folkesundhed/Anna Glavind



Stemmingsbilleder fra konferencen 'I gang igen efter blodprop i hjertet' afholdt på Skejby Sygehus, december 2007.

Et uendeligt dilemma

Kan man modvirke social ulighed i helbred? Når man forsøger, og når man gør noget godt forebyggelsesmæssigt, går det tit anderledes med den sociale ulighed, end man forventer. Lad os forestille os, at vi finder en medicin eller en forebyggelsesintervention, der kan reducere et helbredsproblem, som er tydelig socialt graderet og derfor mere udbredt blandt lavere end højere socialgrupper. Hvad sker der? Der sker formentlig det, at man reducerer problemet mere i de højere socialgrupper end i de lavere. Indsatsen gavner mennesker i alle socialgrupper, og helbredsproblemet bliver generelt mindre hyppigt – samtidigt med at den sociale ulighed i helbred stiger.

Det er et uendeligt dilemma. Derfor er en af de mulige tilgange, netop det vi skal høre om i dag, nemlig en indsats der er skræddersyet til forskellige socialgrupper (se artiklen side 12).

Hvordan kan uligheden reduceres

Det er ikke noget helt nemt spørgsmål at besvare. Især ikke hvis det eneste bevis der tæller, er klassiske randomiserede kontrollerede interventionsundersøgelser, for det giver os ikke nødvendigvis et

svar. Man kunne se lidt mere historisk og pragmatisk på det og sige: *Har vi nogle erfaringer, der viser, hvad der virker?* Og det har vi. Velfærdsudviklingen i en række lande viser, at hvis man systematisk satser på at forbedre levikårene fx boligforhold, indkomst, beskæftigelse, arbejdspladser og uddannelse for alle mennesker, så reduceres de sociale uligheder gradvist. Nøgleindsatsen er altså bedre levevilkår over for hele befolkningen.

Det er dog ikke nødvendigvis sådan, at den eneste farbare vej er at ændre fordelingsstrukturen i vores samfund. Der er også andre veje at gå, og der er gode erfaringer med indsatser målrettet boligområder og lokalsamfund. De såkaldte empowermentbaserede indsatser, hvor man tilrettelægger det sådan, at mennesker får en større indflydelse på deres sundhed og på selv at kunne tilrettelægge deres liv, så det er sundt, synes også at give gode resultater.

Der er ligeledes en række gode eksempler, der sandsynliggør, at den sociale udsathed bliver mindre, hvis man arbejder med partnerskaber i kommuner og lokalsamfund. Partnerskaber mellem offentlige myndigheder og græsrodsorganiseringer eller foreninger. Partnerskaber mellem

industri og sundhedsprofessionelle.

Hvis vi vender tilbage til sundhedsvæsenets rolle i arbejdet for større social lighed i sundhed, er der flere muligheder: Tilbud af høj kvalitet rettet mod hele befolkningen og skræddersyede tilbud til dele af befolkningen. Det sidste er netop indholdet i dagens konference om socialt differentieret hjerterehabilitering. ■

REFERENCER

- 1) Skolebørnsundersøgelsen er det danske bidrag til det internationale forskningsprojekt *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)*: www.hbsc.dk
- 2) Finn Diderichsen er professor ved Afdeling for Social Medicin, Institut for Folkesundhedsvidenskab i København.
- 3) Merete Osler er professor ved Afdeling for Social Medicin, Institut for Folkesundhedsvidenskab i København.

LINK

Alle dias fra dette foredrag og fra de øvrige indlæg på konferencen findes på: www.folkesundhed-midt.dk (vælg: Konferencer – Socialt differentieret hjerterehabilitering)

Kan man reducere social ulighed i sundhed? (1)

D.R. Williams, Harvard University

- Et vanskeligt spørgsmål, som har optaget mange praktikere og forskere i mange år
- Hvis man ser meget rigtigt på det og kræver bevis fra kontrollerede interventionsstudier, så er der ikke meget belæg for at man kan gøre noget ved det
- Men hvis vi ser lidt mere nøgternt på det er der en masse, man kan gøre
- Først og fremmest bedre vilkårene for dem, der har det sværest

Kan man reducere social ulighed i sundhed? (2)

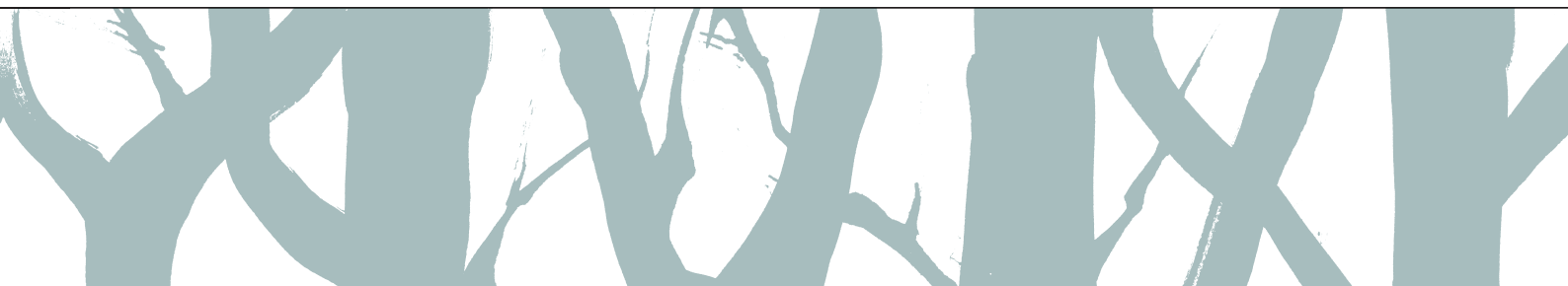
D.R. Williams, Harvard University

- Forbedre levikårene (fx boligforhold, indkomst) for de mest trængte befolkningsgrupper
- Sørge for fuld beskæftigelse
- Sikre arbejdspladser uden skadevoldere og med et ikke for højt stressniveau
- Sørge for ordentlig uddannelse
- Investere i omfattende forebyggende indsats
- **Sørge for at sundhedsvæsenet bidrager med en indsats af høj kvalitet over for hele befolkningen**
- ... og en indsats for at modvirke social ulighed af virkning af behandling

Kan man reducere social ulighed i sundhed? (3)

Gunning-Schepers L.J. Health Education Journal 1996; 55: 226 -238

- Partnerskaber med mange interessenter
- Det er ikke nok at intervenere over for risikoadfærd – husk også at bedre levikårene
- Indsats i boligområder og lokalsamfund kan have en effekt
- De mest succesrige interventioner kombinerer 1) sundhedsoplysning og 2) forbedring af levikårene eller mere social støtte
- De mest succesrige interventioner kombinerer mange typer af indsats, ofte med fokus på sundhedsfremme (bredere sundhedsbegreb; deltagelse; empowerment)
- **Intervention i sundhedssektoren for at reducere differential effekt af behandling en lovende vej frem.**





De kortuddannede og kronikerindsatsen

■ Finn Breinholt Larsen, sundhedskonsulent, Center for Folkesundhed/Sundhedsfremme og Forebyggelse, Region Midtjylland

Indsatsen for større social lighed i sundhed har flere tangenter at spille på. Fordelingspolitik og socialt målrettede forebyggelsesinitiativer er to af dem. Den behandlende del af sundhedsvæsenet har imidlertid også en rolle at spille i indsatsen for at mindske den sociale ulighed i sundhed, når sygdom først er opstået. Der er ganske vist lige og gratis adgang til kerneydelserne i det danske sundhedsvæsen. Her er det behovet og ikke pengepungen eller gode forbindelser, der tæller. Men det er ikke ensbetydende med, at alle får det samme udbytte af den behandling, de tilbydes.

En tredje tangent i indsatsen for større social lighed i sundhed handler derfor om indsatsen i forhold til kroniske patienter. Der er stigende fokus på kroniske patienter i det danske sundhedsvæsen. Både på nationalt og regionalt plan arbejdes der målrettet på at øge kvaliteten af behandling og rehabilitering¹. I Region Midtjylland vedtog regionsrådet i november 2007 en vision og strategi for en bedre indsats i forhold til kroniske sygdomme².

En vigtig inspirationskilde for dette arbejde er modeller og erfaringer for integreret behandling og rehabilitering af kroniske patienter fra USA, ikke mindst *The Chronic Care Model* udviklet på MacColl Institute i Seattle og det integrerede sundhedssystem *Kaiser Permanente*.

Den aktive patient

Et centralt element i de nye tanker om kronikeromsorg er, at patienten skal spille en aktiv rolle i behandlings- og rehabiliteringsforløbet.

Det kommer bl.a. til udtryk i begreber som egenomsorg, selvmonitorering og egenbehandling³.

Ved en række kroniske sygdomme vil patientens egen indsats ofte være afgørende for sygdomsforløbet. Patienten får råd og støtte fra sundhedspersonalet. Men det er i høj grad op til patienten selv at følge den ordinerede behandling, at deltage i tilbud om patientundervisning og genoptræning og i det hele taget at indrette sin tilværelse på en måde, så risikoen for tilbagefald og forværring af sygdommen mindskes.

Det er en styrke ved kronikermodellerne, at de har blik for dette aspekt og betragter

patienterne som aktive medspillere, som det gælder om at involvere i egen behandling og kvalificere og motivere til at tage hånd om egen sundhed og trivsel.

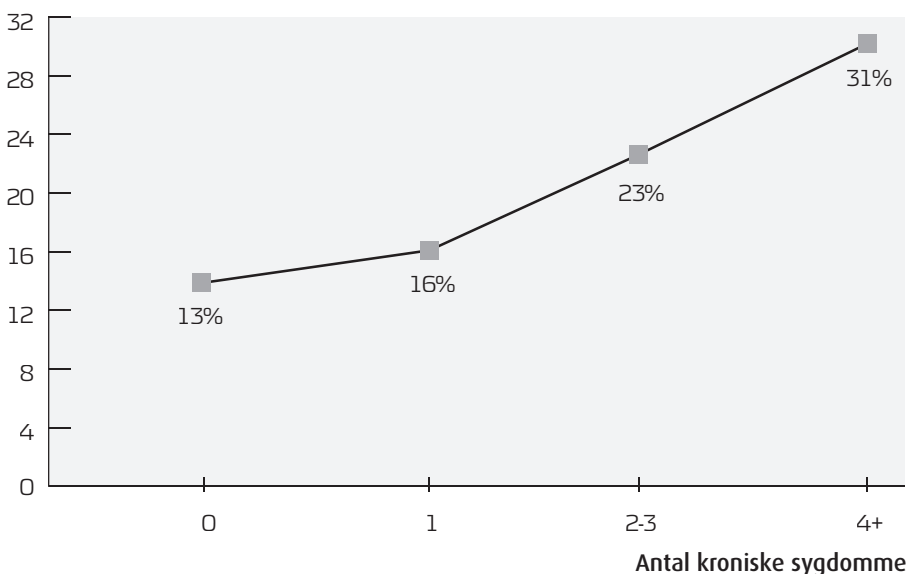
Det er imidlertid ikke alle patienter, der har lige gode forudsætninger for at påtage sig rollen som den aktive patient. Den øgede involvering af patienterne i behandling og rehabilitering rejser spørgsmålet om, hvordan man sikrer sig, at svage patientgrupper får fuldt udbytte af de nye tiltag.

Sårbare grupper

I Sundhedsstyrelsens publikation *Kronisk sygdom. Patient, sundhedsvæsen og*

Figur 1: Andelen af kortuddannede hos personer med ingen, en eller flere kroniske sygdomme

Andelen af kortuddannede i pct.



KILDE: *Hvordan har du det?* En undersøgelse af trivsel, sundhed og sygdom blandt voksne i Region Midtjylland (2006).

samfund, der er en nøglepublikation i den intensiverede kronikerindsats, anbefales det, at der etableres særlige tilbud for udsatte og sårbare grupper. Begrundelsen er, at ressourcetsvage personer og personer med lavt uddannelsesniveau har sværere ved at fastholde en behandling og gennemføre adfærdssændringer som rygestop, øget fysisk aktivitet og kostændringer.

Det er en generel målsætning i sundhedspolitikken at arbejde for større social lighed i sundhed. Det er vigtigt, at denne målsætning ikke glemmes i forbindelse med den intensiverede indsats på kronikerområdet.

Hvis ikke man tager højde for sociale forskelle i ressourcer og forudsætninger hos patienterne, risikerer man at forstærke den sociale ulighed i sundhed.

Projektet *I gang igen efter blodprop i hjertet – socialt differentieret hjerterehabilitering*, der omtales i dette nummer af *mi(d)t Liv* (se side 12), er et eksempel på et forløbsprogram for hjertepatienter, der tager højde for de sociale aspekter.

To former for lighed

Man kan skelne mellem to former for social lighed i det behandlende sundhedsvæsen: *chancelighed* der indebærer, at alle uanset social baggrund har lige adgang til sundhedsvæsenets ydelser, og *resultatlighed* der indebærer, at resultaterne af behandlingen er uafhængig af patienternes sociale baggrund. Begge former for lighed er vigtige, hvis man vil opnå en højere grad af social lighed i sundhed.

Chancelighed opnås først og fremmest gennem lige adgang til sundhedsvæsenets ydelser for alle sociale lag. Det danske sundhedsvæsen er præget af en høj grad af chan-

celighed. Til de fleste af sundhedsvæsenets kerneydelser er der lige og gratis adgang.

For at opnå resultatlighed kan det være nødvendigt at behandle patienter 'ulige', dvs. lave socialt differentierede indsatser, der tilgodeser særlige behov hos socialt svage grupper. Kriteriet for resultatlighed er, at der ikke er sociale forskelle i resultaterne af behandling og rehabilitering. Fx at andelen af velregulerede diabetespatienter er den samme på de forskellige trin af den sociale rangstige.

I kronikermodellerne er sygdomskompleksitet en vigtig parameter. Patienterne stratificeres i forhold til sygdomskompleksitet. Jo mere komplekse sygdomstilfælde enten i form af fremskreden sygdom eller forekomsten af flere sygdomme på én gang, jo mere intensiv indsats. I *The Chronic Care Model* får patienter på det mest komplekse niveau tilknyttet en *case manager* (tovholder).

Det er vigtigt her at være opmærksom på, at sociale forhold og ikke blot sygdom i sig selv kan komplicere sygdomsforløbet. Hertil kommer, at netop ressourcetsvage patienter oftere end andre lider af flere sygdomme samtidigt.

Kortuddannede patienter

Ved den konkrete planlægning af aktiviteterne på kronikerområdet er det vigtigt at indkredse grupper med særlige behov.

Det kan gøres ud fra forskellige kriterier. I denne artikel fokuseres der på gruppen af kortuddannede. Det er der to grunde til:

For det første kan manglen på uddannelse være en vigtig barriere for at få fuldt udbytte af den tilbudte behandling.

Kortuddannede har generelt sværere ved at afkode den information, de får af sund-

hedspersonalet om symptomer, behandling, genoptræning og livsstilsændringer, end personer med en boglig uddannelse.

Den uddannelsesmæssige afstand til personalet gør det desuden sværere for de kortuddannede at indgå i en aktiv dialog med de sundhedsprofessionelle. Man taler ikke samme sprog.

Manglende støtte i dagligmiljøet eller belastende livsomstændigheder kan tillige gøre det svært for mange kortuddannede at gennemføre og fastholde en behandling eller at ændre sundhedsvaner.

For det andet er der en væsentlig større sygelighed blandt kortuddannede i forhold til resten af befolkningen.

Region Midtjyllands sundhedsprofil viser, at de fleste langvarige sygdomme forekommer hyppigere hos mennesker med kort end med mellemlang og lang uddannelse. Der er i undersøgelsen spurgt til 17 langvarige sygdomme. 15 af disse er hyppigst blandt de kortuddannede. Det gælder sygdomme som sukkersyge, blodprop i hjertet, kronisk bronchitis/KOL, gigt og psykisk sygdom⁴.

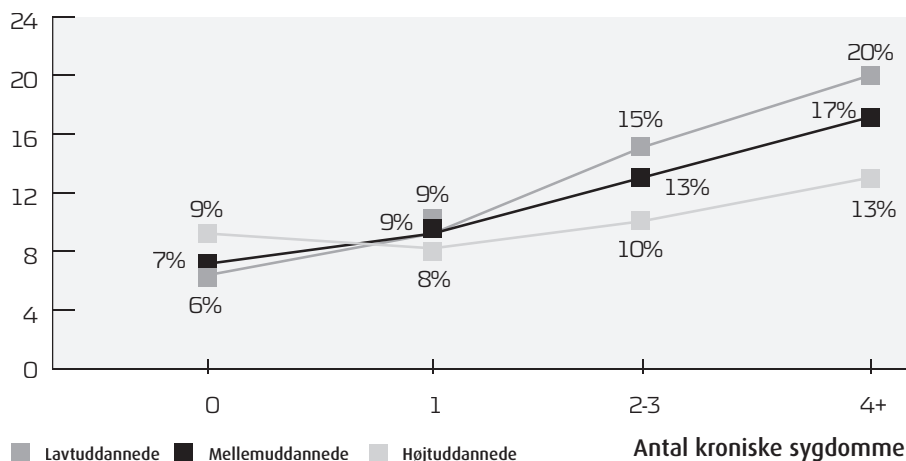
Patientgrupper med mange kortuddannede

Region Midtjyllands sundhedsprofil indeholder data, der kan belyse andelen af kortuddannede inden for forskellige patientgrupper¹.

I figur 1 er befolkningen opdelt i grupper efter antallet af kroniske sygdomme (opgjort som aktuel sygdom eller eftervirkninger af sygdom). For hver gruppe er angivet, hvor stor en procentdel, der er kortuddannede. Andelen af kortuddannede er 13% hos personer uden kroniske sygdomme og stiger markant med antallet af sygdomme. Blandt

Figur 2: Andelen der har været indlagt på sygehus de foregående 12 måneder. Der er justeret for forskelle i alder

Andelen der har været indlagt på sygehus i pct.



KILDE: Hvordan har du det? En undersøgelse af trivsel, sundhed og sygdom blandt voksne i Region Midtjylland (2006).

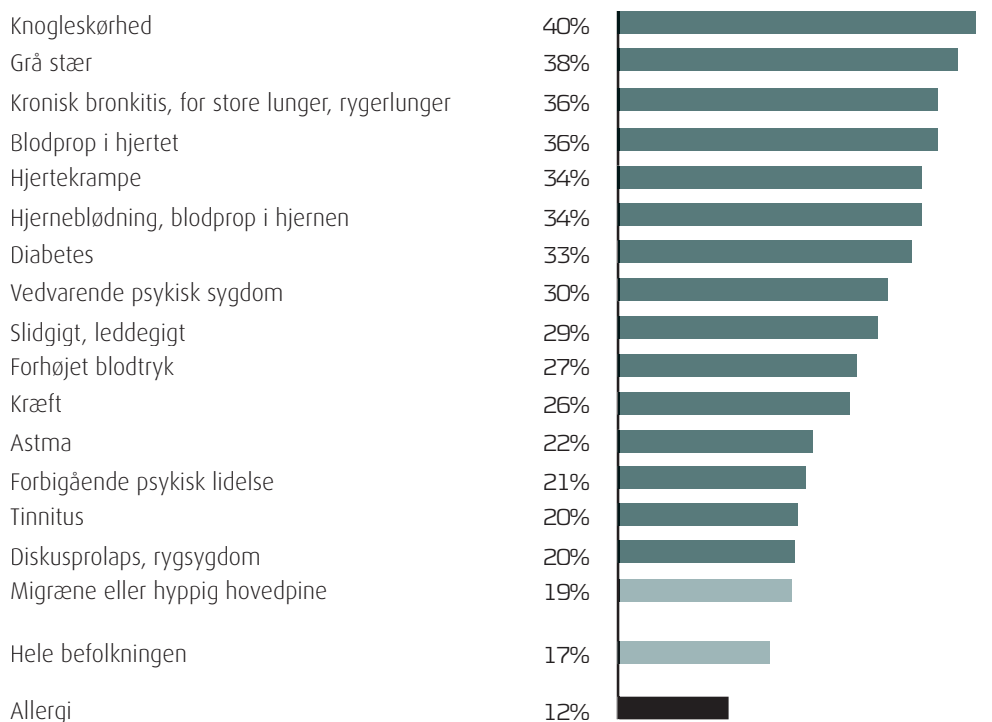
personer med fire eller flere kroniske sygdomme er andelen af kortuddannede 31%.

En analyse af indlæggelsesmønstret viser desuden, at uddannelsesniveau spiller en rolle for sygehusindlæggelse. Andelen, der i løbet af det foregående år har været indlagt på sygehus, stiger med antallet af kroniske sygdomme (se figur 2). Men stigningen er væsentlig større for de kortuddannede end for resten af befolkningen. Forskellen består også efter, at der er korrigeret for aldersforskelle. Det tyder på, at lavt uddannelsesniveau gør det vanskeligere at håndtere en kompleks sygdomssituation, og at sygdomsepisoder derfor lettere ender med en indlæggelse.

Figur 3 viser andelen af kortuddannede blandt de 17 grupper af kroniske patienter, der er med i *Region Midtjyllands sund-*

Figur 3: Andel af kortuddannede blandt kroniske patienter

- Signifikant flere end i hele befolkningen
- Signifikant færre end i hele befolkningen



KILDE: Hvordan har du det? En undersøgelse af trivsel, sundhed og sygdom blandt voksne i Region Midtjylland (2006).

hedsprofil. I den voksne befolkning er 17% kortuddannede. For 16 ud af 17 patientgrupper er der en større andel af kortuddannede end i befolkningen som helhed. Kun ved allergi er andelen lavere (12%). Der er stor forskel på andelen (fra 19% til 40%), og den højeste andel finder man hos personer med knogleskørhed. I Region Midtjylland er der 16.000 personer med knogleskørhed, fortrinsvis kvinder. 40% af disse er kortuddannede. 20% havde været indlagt inden for det foregående år. På laveste uddannelsesniveau havde 24% været indlagt, på mellemste uddannelsesniveau 18% og på højeste uddannelsesniveau 13%. I Region Midtjylland har man igangsat udviklingen af kronikerprogrammer på tre områder: *kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), diabetes og hjertekarsygdom.* Det fremgår af figur 3, at der er en høj andel af

kortuddannede inden for disse patientgrupper. Blandt patienter med kronisk bronkitis, for store lunger og rygerlunger er 36% kortuddannede. Blandt patienter med blodprop i hjertet og hjertekrampe er henholdsvis 36% og 34% kortuddannede. Blandt diabetikerne er 33% kortuddannede.

Der er således et stort behov blandt de tre udvalgte patientgrupper for tilbud, der er tilpasset patienter med kort uddannelse.

Konklusion

Sundhedsprofilen fra Region Midtjylland dokumenterer, at der er en betydelig social ulighed i sundhed, og at de kortuddannede er overrepræsenterede inden for de fleste patientgrupper. Desuden viser undersøgelsen, at der er en overhyppighed i indlæggelser blandt kroniske patienter med korte uddannelser.

Det understreger betydningen af, at det sociale aspekt inddrages ved udviklingen af forløbsprogrammer for kroniske sygdomme. Bestræbelserne på at mindske den sociale ulighed i sundhed bør ses som en integreret del af kronikerindsatsen.

Fremtidige sundhedsprofiler vil kunne bruges til at monitorere udviklingen på kronikerområdet. Vigtige succeskriterier for indsatsen er bl.a., om det lykkes:

- At nedbringe sygeligheden blandt de kortuddannede i forhold til resten af befolkningen.
- At reducere overhyppigheden af kortuddannede blandt de forskellige grupper af kroniske patienter.
- At reducere overhyppigheden af indlæggelser blandt de kortuddannede kroniske patienter. ■



Hvordan har du det? Online

Hvordan har du det? Online er et e-tidsskrift, der formidler resultater fra Region Midtjyllands folkesundhedsundersøgelse *Hvordan har du det?*, der blev gennemført i 2006. Analyser udarbejdes løbende af Center for Folkesundhed, Region Midtjylland. De første resultater blev offentliggjort i rapporten *Hvordan har du det? – Sundhedsprofil for region og kommuner.* Efterfølgende er følgende kortere tematiske analyser udkommet i e-tidsskriftet:

- Nr. 1 - Tema om Stress
- Nr. 2 - Tema om Kroniske patienter
- Nr. 3 - Tema om Forebyggelse i almen praksis
- Nr. 4 - Tema om Helbred og sundhed hos psykisk syge

På hjemmesiden www.hvordanhardudet.rm.dk kan du downloade og/eller bestille udgivelserne, ligesom der også kan læses korte resuméer af tema-numrenes analyser. Du kan tilmelde dig tidsskriftet, så du får de nye numre pr. mail.

REFERENCER

- 1) *Kronisk sygdom. Patient, sundhedsvæsen og samfund. Forudsætninger for det gode forløb*, Sundhedsstyrelsen 2005.
- 2) *Kronisk sygdom. Vision og strategi for en bedre indsats*, Region Midtjylland 2007.
- 3) *Patienten med kronisk sygdom. Selvmonitorering, egenbehandling og patientuddannelse. Et idé-katalog*, Sundhedsstyrelsen 2006.
- 4) Larsen FB, Nordvig L & Søe D, *Hvordan har du det? Sundhedsprofil for region og kommuner*, Region Midtjylland 2006.

NOTE

- 1) Til klassificering af uddannelsesniveau er benyttet *Dansk Uddannelses-Nomenklatur, DUN* (udgives af Danmarks Statistik og Undervisningsministeriet). Kortuddannede svarer til niveau 0-3 på DUN, mellemuddannede til niveau 4-5 og højtuddannede til niveau 6-8.

For flere informationer se: www.dst.dk/Vejviser/dokumentation/Nomenklaturer/dun.aspx

I gang igen efter blodprop i hjertet – socialt differentieret hjerterehabilitering

Ved at give socialt udsatte og stærke hjertepatienter forskellige tilbud kan det lade sig gøre at fjerne social ulighed i rekruttering og fremmøde til hjerterehabilitering. Der kan opnås lige høj efterlevelse af livsnødvendig medicin og lige så gode behandlingsmål for de udsatte hjertepatienter

■ Lucette Meillier, sundhedskonsulent, Center for Folkesundhed/Sundhedsfremme og Forebyggelse, Region Midtjylland

Alle – også udsatte patienter – vil nyde godt af et sammenhængende hjerterehabiliteringsprogram efter de internationale og danske retningslinjer om fuldt udbygget hjerterehabilitering. Høj deltagelse blandt lavtuddannede patienter er første skridt til lighed, hvis vi forudsætter hjerterehabilitering har samme positive effekt for denne gruppe, som der er generel dokumentation for i litteraturen.

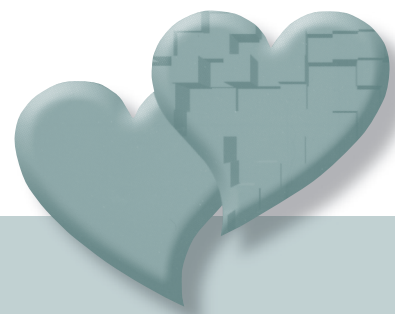
For at tiltrække og fastholde udsatte patienter til et hjerterehabiliteringsforløb er der brug for et grundigt tilrettelagt forløb med klare arbejds- og ansvarsfordelinger mellem de

faggrupper og sektorer, der er involveret. Man kan med socialt differentieret hjerterehabilitering arbejde mere bevidst på at imødekomme socialt udsatte patienters behov inden for rammerne af de anbefalede retningslinjer. Fx ved at tilbyde patienter med større behov ekstra besøg og tilrettelægge forløb samt pædagogik ud fra netop denne gruppe patienters behov.

Socialt differentieret hjerterehabilitering

I perioden 1. september 2002 til 31. december 2004 blev 388 patienter ≤ 75 år indlagt

med deres første blodprop i hjertet på Århus Sygehus, Tage-Hansens Gade 2. Patienterne blev under indlæggelsen tilbudt socialt differentieret hjerterehabilitering, som indeholdt alle elementer beskrevet i Sundhedsstyrelsens nationale retningslinjer om hjerterehabilitering. Rehabiliteringstilbuddet forløb over et år.



INDHOLD I SOCIALT DIFFERENTIERET HJERTEREHABILITERING

i overensstemmelse med nationale retningslinjer om hjerterehabilitering

Fase 1: Indledende del under indlæggelsen

- Diagnose og prognostiske procedurer, akut behandling samt visitation til hjerterehabilitering.

Fase 2: Tidlig efterbehandling – hjerterehabilitering inden for de første måneder efter indlæggelsen

- Medicinsk efterbehandling, optimering af symptomatisk behandling, vedligeholdelse af symptomatisk og forebyggende behandling, fysisk træning, psykosocial støtte, livsstilsintervention og patientuddannelse udbudt af et tværfagligt sammensat team af hjertelæge, hjertesygplejerske, diætist og fysioterapeut.

Fase 3: Vedligeholdelse – patienten privat og i primær sundhedssektor over flere år

- Vedligeholdelse af symptomatisk og forebyggende behandling samt vedligeholdelse af ændring af livsstil i Hjerteforeningens Hjertecenter Århus, hos egen læge, hos lokalcentre i Århus Kommune og patientens egne forslag til, hvordan han eller hun kunne komme *I gang igen efter blodprop i hjertet.*

De første to faser af hjerterehabiliteringen foregik på Medicinsk Kardiologisk Afdelings Rehabiliteringsenhed ved Århus Sygehus. I vedligeholdelsesfasen blev der ved siden af Hjerteforeningens, lokalcentrenes, egen læges og andre muligheder i lokalområdet tilbudt etårspfølgning på Århus Sygehus. Patienterne blev ud fra uddannelse og samlivssituation tilbudt et socialt differentieret hjerterehabiliteringsprogram bestående af enten et grundrehabiliteringsforløb til højt- og mellemuddannede og gifte patienter, og udvidet hjerterehabilitering til patienter der var lavtuddannede og/eller enlige. Sygeplejersken på rehabiliteringsenheden var kontaktperson og tovholder for patienterne indtil afslutning af sygehusrehabiliteringen.

Principperne i den socialt differentierede hjerterehabilitering var:

- Screening og henvisning af patienter til grund- eller udvidet hjerterehabilitering ud fra uddannelse og samlivssituation ved indlæggelsen.
- Patienter starter på rehabilitering inden for 2-3 uger efter indlæggelsen.
- Lægen central for tilslutning til rehabilitering.
- Tværfagligt samarbejde bygges op omkring lægen.
- Sygeplejersken er kontaktperson og tovholder for patienten.
- Individuelt tilrettelagt program sammen med ægtefælle.
- Gruppeprogram om motion.
- Anerkendende pædagogik således at indhold bliver tilrettelagt ud fra patientens mål for forandring og muligheder herfor.
- Ekstra tid og besøg til udsatte patienter.
- Praktisk program i Hjerteforeningens Rådgivningscenter Århus/lokalcentre i Århus Kommune.
- Skriftlig formidling om indhold, deltagelse og særlige forhold ved hjerterehabiliteringens enkelte dele samt om patientens mål for vedligeholdelse til egen læge.

Fase 1. Indledende del under indlæggelsen

Rekruttering

Med socialt differentieret hjerterehabilitering, og de screeningsprocedurer der blev indført i forbindelse hermed, blev:

85,8% af alle patienter i alderen ≤75 år indlagt med deres første blodprop i hjertet henvist til rehabilitering.

Med et effektivt screeningsværktøj og systematisk tilgang til inklusion og henvisning til socialt differentieret hjerterehabilitering var det muligt at få høj og lige rekruttering til hjerterehabiliteringen. De tidligere rapporter om deltagelse ligger på mellem 25-50%'s deltagelse. Det var et vigtigt element, at hjerterehabiliteringen med selvfølgelighed blev introduceret som den videre behandling, og at første besøg i hjerterehabiliteringen foregik to uger efter udskrivelsen med kontrol ved hjertelæge.

Fase 2. Tidlig efterbehandling

Koblingen til den lægelige indsats og det tværfaglige samarbejde, som udmøntede sig i et sammenhængende rehabiliterings-tilbud var vigtig. Den samlede faktor for patientens kontakter til andre faggrupper, andre afdelinger og til videre forløb i fase 3 var hjertesygplejersken. Hun fungerede som koordinator i hjerterehabiliteringens fase 2 og som bindeled til elementer i hjerterehabiliteringens fase 3. Den fysiske nærhed af personalegrupper og samling af rehabiliteringselementer i et sammenhængende dagsprogram for den enkelte patient var vigtig for deltagelsen i enkelt-elementerne.

Det individuelt sammensatte hjerterehabiliteringsprogram blev til i samråd med patienten ved det første besøg.

Deltagelse

79,6% af alle patienter mødte til hjerterehabilitering.

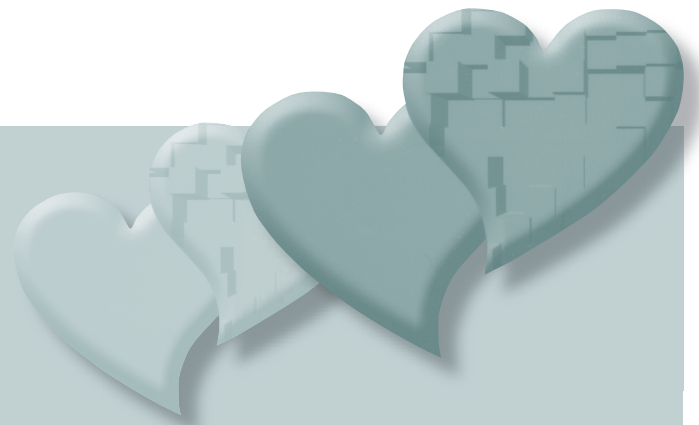
71,1% af alle patienter mødte frem ved etårspfølgning.

Der var ingen sociale forskelle i henvisning, fremmøde eller gennemførelse af hjerterehabiliteringen. Deltagelsen hos hjertelæge og sygeplejerske var højere end deltagelsen hos diætist og fysioterapeut.

Det kunne lykkes at øge henvisning og gennemførelse af hjerterehabilitering ved indførelse af socialt differentieret hjerterehabilitering. Det var muligt at opnå lige så høj deltagelse og gennemførelse blandt socialt udsatte patienter.

Fase 3. Vedligeholdelse

Patienter i udvidet hjerterehabilitering følte sig godt hjulpet af det individuelt tilrettelagte rehabiliteringsforløb på Århus Sygehus. Et videre gruppeforløb á tre besøg sammen med andre patienter og deres pårørende i Hjerteforeningens Hjertecenter Århus måtte afbrydes på grund af manglende tilslutning fra patienterne. Dette er ikke ensbetydende med, at gruppeforløb ikke kan fungere for socialt udsatte patienter. Patienterne nævnte, at de følte sig godt hjulpet og 'mætte' af det individuelle forløb, at de ikke magtede andre patienters lidelser, og at de manglede overskud til at deltage i en gruppe. Patienterne ønskede således fokus væk fra hjertesygdom og hen på almindelig aktivitet og kontakt til andre mennesker, ligesom de også anførte, at der var transportvanskeligheder. Pensionerede patienter blev i stedet henvist til Århus Kommunes lokalcentre. Her var et positivt samarbejde og større velvillighed fra patienternes side til deltagelse. Patienterne anførte, at tilgangen her ikke var fokuseret på sygdom, men var et generelt tilbud om deltagelse i motion og aktiviteter med andre borgere fra lokalområdet.



RESULTATER

Depression

Patienter i udvidet hjerterehabilitering havde større risiko for depression. Desuden var der ingen forandring i depressionsandel for nogen af grupperne efter 1 1/2 måned og 1 år:

- Ved tredje besøg 1 1/2 måned efter indlæggelsen blev 34,5% vs. 15,3% af patienterne screenet positive for depression.
- Efter et år blev 33,3% vs. 16,5% af patienterne screenet positive for depression.

Fysisk aktivitet

- Ved indlæggelsen var patienter i grund- og udvidet hjerterehabilitering lige fysisk aktive. Patienter i grundrehabilitering var signifikant mere fysisk aktive ved etårsopfølgningen. Patienter i udvidet hjerterehabilitering ændrede ikke aktivitetsniveau.

Rygeophør

Ca. halvdelen af alle der røg ved indlæggelsen var røgfri ved etårsopfølgningen. Der var dog fortsat forskel på rygestopraten blandt udsatte patienter og de veluddannede med ægtefæller:

- 37,4% af rygerne i udvidet hjerterehabilitering var helt røgfri ved etårsopfølgningen mod 58,4% af rygerne blandt patienter i grundrehabilitering.
- Færre patienter i udvidet hjerterehabilitering formåede at påbegynde et rygeophør ved indlæggelsen.

Medicinefterlevelse og behandlingsmål

Ved etårsopfølgningen var der en høj medicinefterlevelse og opnåelse af behandlingsmål for både grund- og udvidet hjerterehabilitering i den socialt differentierede hjerterehabilitering.

- Andelen af patienter med totalcholesterol <5 var signifikant højere for begge hjerterehabiliteringsgrupper end i en historisk kontrolgruppe.
- Andelen af patienter med fasteblodsukker <7 var mindre, men ikke signifikant forskellig fra en historisk kontrolgruppe.

Etårsdødelighed og genindlæggelser for blodprop i hjertet

Ved etårsopfølgningen var der relativt få gentagne blodpropper blandt patienter i både grund- og udvidet hjerterehabilitering. Der var både signifikant færre genindlæggelser med ny blodprop og færre dødsfald efter socialt differentieret hjerterehabilitering. Forskellen var dog fortsat kun signifikant blandt patienter i grundrehabilitering, når der blev opdelt på rehabiliteringstype.

Konklusion

Det er muligt med enkle midler at indføre systematisk screening og forøge chancen for, at socialt udsatte patienter gennemfører hjerterehabilitering.

Ved socialt differentieret hjerterehabilitering tilknyttet sygehusafdeling kan det lade sig gøre at eliminere social ulighed i rekruttering og fremmøde til hjerterehabilitering. Der kan opnås lige medicinefterlevelse, og der kan opnås signifikant lige behandlingsmål som fx lavt kolesterolniveau i

blodet blandt hjertepatienter. Patienterne i socialt differentieret hjerterehabilitering havde sammenlignet med en historisk kontrolgruppe signifikant færre genindlæggelser på grund af ny blodprop i hjertet og dødsfald i det socialt differentierede tilbud end ved det tidligere tilbud. Forskellen var dog fortsat kun signifikant blandt patienter i grundrehabilitering, når der blev opdelt på rehabiliteringstype. Der er på den måde tale om differential effekt af et udvidet tilbud. Begge patientgrupper har effekt af

programmet, men stærke patienter henter mere positivt ud af programmet end svage patienter. Der består også stadig ulighed i psykisk trivsel, motionsaktivitet og rygeophør, selv om der samlet set var en meget høj rygestopfrekvens efter et år. Der er stor chance for, at udsatte patienter falder fra i overgangen mellem organisationer, eller at vigtige informationer for kontinuiteten ikke formidles fuldstændigt over sektorgrænser. Det var vanskeligere for udsatte patienter selv at finde vej til de rele-

vante ydelser og stille relevante krav. Dette problem kan ikke løses fra sygdomsgruppe til sygdomsgruppe. Det kræver videreudvikling af generelle retningslinjer for overgange mellem faggrupper og organisationer.

Hvis deltagerantallet bliver lige så højt andre steder i Danmark som ved Århus Sygehus, vil mange patienter få gavn af de effekter, der er dokumenteret ved hjerterehabilitering. Ved indførelse af systematisk inklusion og individuel tilgang er der således et stort sundhedspotentiale for andre hjertepatienter i Danmark.

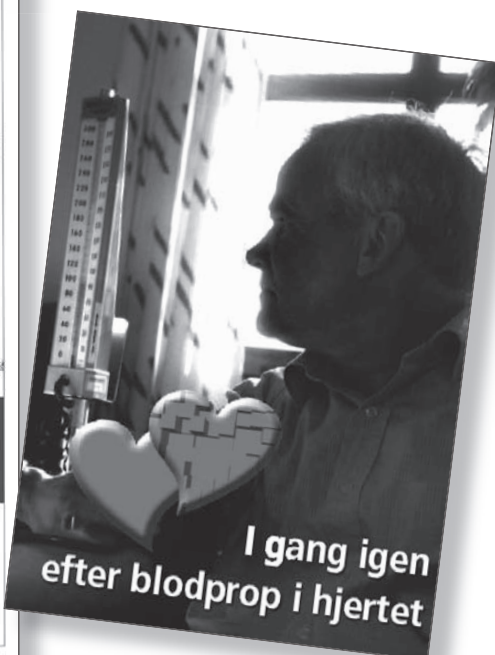
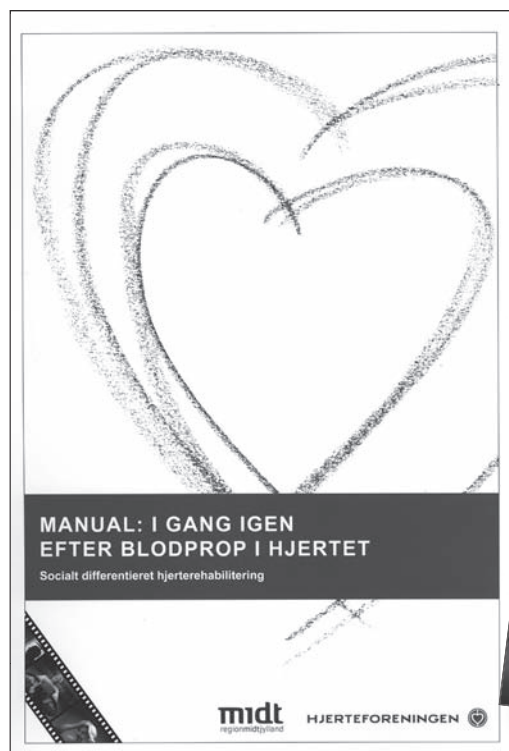
Perspektiver for andre patientgrupper

Elementer af socialt differentieret hjerterehabilitering kan overføres på områder som gigt, KOL, diabetes og kræft. Tilrettelægges efterbehandlingsforløb individuelt som i dette projekt, vil det også være muligt at etablere forløb for patienter, der tilhører mindre sygdomsgrupper, hvor sygdommen har lige så store konsekvenser for patienten, men hvor sundhedsvæsenet ikke har etablerede rehabiliterings- eller genoptræningsprogrammer.

Der er øget bevågenhed om social ulighed i sundhed. Årsagerne kan vi ikke fjerne i sundhedsvæsenet, men vi kan arbejde for ikke at øge uligheden yderligere. Lige adgang til ydelser giver ikke automatisk lighed i sundhed.

Man kan lidt provokatorisk sige:

Hvis man behandler alle ens, gør man forskel på folk! ■



Rapport og Manual **I gang igen efter blodprop i hjertet** blev udgivet 11. december 2007, i forbindelse med en konference arrangeret i samarbejde med Hjerteforeningen. Næsten 300 hjertelæger, hjertesygplejersker, fysioterapeuter, ergoterapeuter, diætister, kommunalt og regionalt ansatte planlæggere og andre interesserede deltog i konferencen. Artiklen om årsager til social ulighed af professor Bjørn Holstein (dette blads side 4) bygger på det første oplæg fra konferencen.

Program, PowerPoint-dias, rapport og manual kan downloades fra www.folkesundhed-midt.dk. Klik ind under "Sundhedsfremme og Forebyggelse - Holstebro og Århus", hvor dokumenterne ligger under "Konferencer 2007".

Rapport og manual kan også bestilles i papirudgave ved Center for Folkesundhed, tlf. 8728 4700, eller Hjerteforeningen, tlf. 3393 1788, for kr. 150,- pr. stk.





Sårbare gravide

Overlæge Mogens Wohlert undrer sig over, at så mange sårbare gravide ikke fanges af sikkerhedsnettet i den primære sundhedssektor. Kommunerne skal tidligere og mere på banen, mener han

■ Karl Jack, journalist

Gravide kvinder og nyfødte børn er et lavstatusområde i det danske sygehusvæsen. Hverken psykisk syge gravide eller psykosocialt belastede gravide trækker de store overskrifter i medierne. Og mange sygehushæger, som behandler dem, foretrækker at bruge scannere og anden højteknologi frem for at ofre tid og empati på en sårbar gravid.

Den diagnose er overlæge Mogens Wohlert, Århus, ikke i tvivl om efter en lille snes år som social-obstetriker. Han var indtil sin pensionering i 2006 den speciallæge, der på Skejby Sygehus (Århus Universitetshospital, Skejby) havde hovedansvaret for netop de sårbare gravide. Han følger stadig området nøje – og med bekymring.

For som systemet fungerer i dag, reagerer det ofte for sent og for svagt. Dermed svigter man ikke bare moralsk, man påfører også skatteborgerne unødigt store udgifter på både kort og langt sigt.

– Socialt udløste problemer hos den gravide løses ikke primært med medicinsk teknologi. Selvfølgelig kan en uhensigtsmæssig livsstil og dårlige levevilkår resultere i, at en graviditet forløber sygeligt, og at barnet får helbredsproblemer. Over for det kan teknologien være berettiget. Men det er tåbeligt, hvis man søger at løse sociale problemer medicinsk, siger Mogens Wohlert.

Region og kommune må finde sammen om et differentieret svar, når det gælder graviditet, fødsel og familiedannelse. Kommunen skal på banen meget tidligere – det vil sige flere måneder før fødslen.

Stigning i Skejby

Manglende parathed hos region eller ens kommune, måske begge parter, vil – ud over risiko for helbredsproblemer – kunne resultere i øgede udgifter. Og det er ikke småpenge, eftersom op mod hver femte dansk kvinde, der venter barn, kommer ind under kategorien sårbare gravide.

Mogens Wohlert og Skejby opererer med to hovedgrupper af sårbare gravide (se boks). Mellem 10 og 20 procent af alle gravide er *type 2*, hvis problem mest er socialt. Der kan være tale om meget unge gravide, en tung social arv, omsorgssvigt, usund livsstil, overvægt og meget mere. Men de mange tilfælde af fødselsdepression, som ifølge nogle skøn rammer hver tiende gravide i lettere eller sværere grad, kommer også ind under denne kategori.

Type 1 er derimod mest misbrugere eller kvinder med en svær psykiatrisk lidelse. Dem er der kun 1-2 procent af. Men besøgstal fra svangreambulatoriet på Skejby kan tyde på

en stigning. I hvert fald var der eksempelvis dobbelt så mange gravide med en psykisk lidelse til ambulans kontrol i 2006 end i 2004.

Sen alarm

Det er ofte sårbare gravide af *type 2*, som systemet har svært ved at spotte. Mogens Wohlert:

– Jeg har oplevet, at det sikkerhedsnet, man troede var der, i og med at disse kvinder går til jordemorkontrol og besøger lægen, ikke fangede dem under graviditeten. I forbindelse med fødslen kom det så frem, at de vil have problemer med at tage sig af barnet, måske fordi de står uden bolig. Jeg undrer mig over, at det kan komme så langt uden at nogen slår alarm. Men dem, det er sværest at få kontakt med, erkender typisk ikke, at de har behov for hjælp. Og nogle af dem i *type 2*-gruppen vil måske også være bange for, at barnet skal blive taget fra dem, og de holder en lav profil.

Type 1 sårbare gravide har massive problemer. De har svært ved bare at tage vare på deres eget liv. Og de bliver meget bekymrede for, hvordan det skal gå, når de også skal tage sig af et barn. Her er det vigtigt, at man på et tidligt tidspunkt får et godt samarbejde med kommunen, ikke mindst for at sikre et godt beredskab efter fødslen.

Samarbejde og beredskab

Mogens Wohlert har oplevet et godt samarbejde med Århus Kommune om disse gravide. Men også, at sagsbehandlerne er overbelastede og hele tiden skubber mange opgaver foran sig. Det smitter af på kvinderne, der næsten altid er dybt optaget af barnet.



Foto: Center for Folkesundhed/Søren Sander Rasmussen

Mogens Wohlert under et besøg i Center for Folkesundhed, december 2007.

Han understreger, at mange af de sårbare gravide i type 2-gruppen ikke har brug for massiv hjælp. For dem er det afgørende, at de bliver fulgt tæt af den praktiserende læge, og at der er beredskab og et tværgående samarbejde, som kan aktiveres, hvis der er behov for det. Men når det gælder de svære tilfælde, vil spørgsmål om provokeret abort og tvangs fjernelse kunne komme op. Det er den gravides suveræne ret at afgøre, om svangerskabet skal afbrydes, understreger Mogens Wohlert. Men hun skal orienteres grundigt om konsekvenserne, hvis graviditeten fortsætter. En af dem kan være, at barnet fødes med misdannelser. En anden konsekvens kan være, at de kommunale myndigheder vælger at anbringe barnet et andet sted, end moderen ønsker. Det kan være en døgninstitution, hvor moderens forældre- evne vurderes. Endelig vil man lægge vægt på, at stofmisbruget stoppes op til og i den første tid efter fødslen.

Fra sygehuset kan man efter fødslen lave en underretning til kommunen. I den tager man ikke stilling til barnets fremtid. Men man vil redegøre for graviditetens forløb og måske udtrykke professionel bekymring.

Når man ser bort fra misbrugere og sindslidende, som kommunen, bl.a. misbrugscentre, meget hurtigt gør sygehuset opmærksom på, så kniber det ifølge Mogens Wohlert ofte med kontakten fra kommunens side. Men hvis samarbejdet mellem sundhedsvæsen og kommune skal udbygges, må man fra kommunen gøre sig overvejelser om, hvordan en samarbejdsmodel kan udformes.

Ildsjæle på sygehusene

Inden for sygehusvæsenets egne rammer har Mogens Wohlert oplevet, at det er nogle få ildsjæle rundt omkring, som sætter fokus på det psykosociale aspekt ved de sårbare gravide: – Det burde indgå i enhver sygehushæges arbejde med gravide at være opmærksom på den dimension. Men det er meget mere ukompliceret at beskæftige sig med teknologi end have empati og bruge den tid, det kræver at få en patient til at åbne sig. Mange læger og jordemødre læner sig op af teknologien og de professionelle procedurer næsten som et støttestativ frem for at tage besværet med at finde ud af, hvad den enkelte rummer og har behov for. Det er samtidigt vigtigt at kende den enkelte kvindes livsstil og levevilkår. Men den dialog og den omsorg er der ingen prestige i. Mogens Wohlerts erfaring fra Skejby er også, at sårbare gravide er lavt prioriteret. Det mener han ikke er ændret siden. Han siger: – Kommunerne burde, om ikke andet så af økonomiske årsager, kræve, at indsatsen på sygehusene bliver opprioriteret for disse patienter. Den kommunale medfinansiering af sygehusudgifterne kan nemlig slå bunden ud af deres budgetter. Det vil fx være meget dyrt at have en misbrugende mor liggende på en børneafdeling i 1-2 måneder, fordi der ikke er plads på en kommunal institution. Og på langt sigt kan der være store sociale udgifter forbundet med at hjælpe mennesker, der har fået en dårlig start på livet. ■

FIRE FORMÅL

Sundhedsstyrelsen har fire formål i arbejdet med sårbare gravide:

- Sikre fødsel af raske, normalvægtige børn til tiden
- Sikre raske mødre
- Sikre en god start for den nye familie
- Forebygge eventuelt omsorgssvigt.

TO TYPER SÅRBARE GRAVIDE

På svangreambulatoriet, Skejby Sygehus, inddeler man de sårbare gravide i to typer.

Type 1, der udgør 1-2% af alle fødende, er karakteriseret ved:

- alkoholmisbrug
- stofmisbrug
- medicinmisbrug
- svær psykiatrisk lidelse
- psykisk udviklingshæmning.

Type 2, mellem 10-20% af de fødende kvinder, er:

- under 20 år
- enlige
- psykisk skrøbelige
- socialt belastede
- fra en etnisk minoritet.

HJEMMESIDE OM SÅRBARE GRAVIDE

På hjemmesiden www.gynobs-aaa.dk kan man læse meget mere ved at klikke på *Sårbar gravide* – hvem de er, hvilke problemer de har, og hvilke værktøjer, procedurer og retningslinjer der kan tages i brug under arbejdet med dem. Hjemmesiden bygger på en undervisningspjece Mogens Wohlert skrev i 2005 for jordemødre, sygeplejersker og læger.

TEAM PÅ SKEJBY

På Skejby Sygehus (Århus Universitetshospital, Skejby) blev der i 1996 dannet et tværfagligt team til at tage sig af sårbare gravide. Overlæge Mogens Wohlert deltog heri indtil sin pensionering i 2006. Teamet består af jordemødre, sygeplejersker, obstetrikere, pædiatere og en socialrådgiver. På hjemmesiden www.dsog.dk kan man læse, hvilke fagpersoner Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi anbefaler skal være placeret i tværfaglige teams ved de enkelte fødesteder.



Kommunikation med udsatte borgere

Involvering og aktiv deltagelse spiller en vigtig rolle i kommunikationen med udsatte borgere og patienter

Kommunikation med etniske minoriteter om sundhedsfremme og forebyggelse

■ Inge Wittrup, sundhedskonsulent & Stina Lou, projektleder Center for Folkesundhed/Sundhedsfremme og Forebyggelse, Region Midtjylland

Center for Folkesundhed har gennem en år-række haft særligt fokus på sociale forskelle i sundhed, herunder etniske minoriteters sundhed. Et vigtigt omdrejningspunkt har været at arbejde med, hvordan vi kommer tættere på målgruppen og får dennes perspektiv integreret i forskellige indsatser og projekter. I arbejdet med etniske minoriteter er det bl.a. vigtigt for os hele tiden at udvikle vores metoder til at kommunikere med de mest sårbare grupper, som er marginaliserede af sociale, uddannelsesmæssige eller sproglige årsager. Vi har derfor på flere måder arbejdet med at nærme os målgruppen med *dialogen* som væsentligste redskab. Det handler om at få synliggjort etniske minoriteters forventninger, erfaringer og ressourcer, så de kan integreres i de sundhedsfremmende, forebyggende og rehabiliterende initiativer, der sættes i værk. Her vil vi især fremhæve to forskellige vinkler på kommunikation. Den ene drejer sig om, at engagere målgruppens deltagere til selv at definere, hvad der er relevant for dem. Herved trækkes på deres viden og erfaringer i forhold til

udvikling, formidling og implementering af sundhedstilbud til etniske minoriteter. Den anden vinkel handler om at involvere målgruppen i at bære projekter og indsatser ud i lokalmiljøerne.

Inddragelse af målgruppens viden og erfaringer

Processen med at udvikle en tættere kommunikation med sårbare, etniske minoritetsgrupper har formet sig som en dragt. I december 2006 inviterede vi sundhedsprofessionelle, tokulturelle ressourcerpersoner og etniske minoritetspatienter til en dialogkonference i Viborg med titlen *Etniske minoriteters sundhed*. Konferencen var et stort tilløbsstykke. Vi tog efterfølgende kontakt til de tokulturelle ressourcerpersoner, og inviterede dem til at deltage i en arbejdsgruppe, som vi kalder 'Task Force'. Gruppen består af kulturmedarbejdere, tolke og sundhedsprofessionelle, som mødes 4-6 gange om året. Deltagelse i 'Task Force'-møder foregår på frivillig basis, men vi aflønner medlemmerne, når de på forskellig vis optræder

som konsulenter/oplægsholdere/formidlere i forskellige sammenhænge. I dag er 'Task Force' et vigtigt forum for diskussion af konkrete ideer og en stor arbejdsmæssig ressource i forhold til gennemførelse af aktiviteter målrettet etniske minoriteter. Succesen skyldes for det første, at der i gruppen er en god dynamik – vi trives i hinandens selskab. For det andet diskuterer vi problemstillinger, som er relevante for medlemmerne, og for det tredje iværksætter vi konkrete projekter, så medlemmerne oplever, at deres indsats gør en forskel. 'Task Force' har vist, at kombinationen af sproglige færdigheder og kulturelle kompetencer er et effektivt redskab, når vi kommunikerer mere direkte med de mest sårbare grupper. Senest har vi sammen med 'Task Force'-gruppen planlagt og afholdt en konference for den del af målgruppen, som har deres dagligdag på sprogskoler, rehabiliterings- og arbejdsmarkedscentre. Med denne konference trådte vi nærmere målgruppen gennem et samarbejde med de institutioner, hvor en del sårbare etniske minoriteter har deres gang.

Et samarbejde, som vi ønsker at udvikle yderligere i fremtiden.

Spredning af målgruppens viden og erfaringer

En anden metode – som vi har afprøvet i forbindelse med at involvere målgruppen i arbejdet med sundhedsfremme, forebyggelse og rehabilitering – er, at uddanne målgruppen til at være *forandringsagenter*. Gennem et undervisningstilbud, der tager afsæt i en bred forståelse af sundhed, har vi uddannet kvinder med forskellig kulturel og sproglig baggrund til at fungere som forandringsagenter i lokalmiljøet. Her uddannes

og motiveres etniske minoritetskvinder til at bære sundhedsbudskaber ud til målgruppen. Forandringsagenterne arbejder bl.a. for at opbygge sociale, støttende netværk blandt kvinder med forskellig etnisk baggrund og for at forebygge vold mod kvinder og kvindelig omskæring. De arbejder for at fremme kvinders sundhed og trivsel under de særlige omstændigheder, som det er at leve i eksil, og med positivt at understøtte kvinders syn på egen krop og på dem selv som individer. Endelig arbejder de for, at fællesskab og solidaritet kan hjælpe med at gøre individuelle problemer til fælles problemer.

Ved at insistere på en stadig udvikling af vores metoder til at kommunikere med målgruppen gennem større viden og forståelse for dennes perspektiver, og med tillid til den positive virkning rollemodeler og mediatorer har for at bringe vigtige sundhedsmæssige budskaber frem, har vi skabt en platform for et fremtidigt frugtbart samarbejde med målgruppen: etniske minoriteter. ■

LINK

www.folkesundhed-midt.dk



Udsatte borgere tilbydes deltager- involverende samtaler i Livsstilscaféen

■ Gitte Ejlskov Schrøder, sundhedskonsulent, Center for Folkesundhed/Livsstilscaféen Holstebro, Region Midtjylland

*Det vigtigste var, at der blev lyttet til mig, og at der ikke var nogen fordømmelse af mit liv.
At jeg blev taget alvorligt, og at der blev vist respekt, for den jeg er.*

Det vigtigste for mig lige nu er, at jeg er blevet klar over, at jeg faktisk godt kan!

Sådan lyder det fra patienter efter den afklarende samtale i Livsstilscaféen. Den afklarende samtale er en samtale, alle deltager til kursus i "Sund Mad og Bevægelse" deltager i, inden de starter. Samtalen har til hensigt at støtte den enkelte i at forholde sig til egen sundhed, finde ud af hvad de gerne vil og støtte dem i forandringsprocessen.

Livsstilscaféen – et tilbud til patienter

I Region Midtjylland tilbyder vi støtte til mennesker, der vil forholde sig til egen sundhed og vaner i hverdagen, og hjælp til den enkelte der planlægger forandringer. På Livsstilscaféer på Regionshospitalet Herning og Regionshospitalet Holstebro kan patienter deltage i forløb med den hensigt at støtte gennemførelse af egne definerede forandringer. Aktiviteterne i Livsstilscaféen omfatter *afklarende samtaler* og *kursusforløb* i rygestop og i ændring af mad og bevægelsesvaner. I mindre omfang foregår der også individuel vejledning. Målet er at styrke deltagerens lyst til forandring af sundhedsvaner, hjælpe dem til at finde styrken til at gennemføre de forandringer, de ønsker sig og øge deres handlekompetencer. Desuden er målet at bibringe

deltagerne en oplevelse af sammenhæng i livet – at livet og hverdagen opleves som begribelig, håndterbar og meningsfuld¹. Deltagerne i Livsstilscaféen er henvist fra enten egen læge eller regionshospitalernes sundhedspersonale, dvs. læger, sygeplejersker, diætister, terapeuter og social- og sundhedsassistenter.

Grundholdning

Grundholdningen i Livsstilscaféen er, at mennesker er kompetente i eget liv. Den enkelte ved bedst, hvad der giver mening, og hvad der er vigtigst. Alle mennesker har muligheder og drivkraft om end i forskellig grad. Handlinger er motiverede og har mening for den enkelte, selv om det for udenforstående kan være svært at gennemskue. Men ethvert menneske har krav på at blive taget alvorligt og respekteret som et integreret menneske med ret til selvbestemmelse over egne tilvalg og fravalg. Det er muligt at støtte den enkelte til at finde ind til egne motivationer og muligheder, samt at støtte den enkelte til at definere, hvad der giver mening at bevare, og hvor det er rigtigt at forandre.

Samtalen som pædagogisk værktøj

Samtalen er et centralt pædagogisk redskab

til at støtte mennesker til at forholde sig til egen sundhed og eventuelt selvdefinerede ændringer. Derudover støtter vi patienterne i at forholde sig til sammenhænge og dilemmaer, som er en naturlig del af en forandringsproces. Vi støtter den enkelte i at finde erfaringer, hvor han/hun har oplevet, at de ting man har sat sig for er lykkedes, og dermed genfinde troen på at nye forandringer *kan* gennemføres². Samtalen går også ud på at støtte den enkelte i at gennemføre det, vedkommende evt. sætter sig for. Sidder vi med viden, som vi fagligt finder relevant for patienten, og denne ikke har efterspurgt det, afklarer vi med patienten, om han/hun ønsker informationen³. Den samtaleform, som anvendes og er udviklet i Livsstilscaféen, er et resultat af vores menneskelige grundholdning og vores erfaringer med, hvad der fremmer forandring samt endelig nogle valgte teorier og metoder. Bl.a. anvendes dele af *Motivations samtalen*⁴, når den enkelte støttes i at forholde sig til egen motivation i ønsket om forandringer. Der er fokus på patientens 'indre' motivation. Hvad ser patienten som fordele, men også ulemper for forandring i sin hverdag, som den er nu?

En anden teori, som bringes i spil, er *Stages of Changes*⁵, da forandringer er en pro-

ces, som dynamisk bevæger sig frem og tilbage mellem overvejelser om forandringer, gennem planlægning og handling til vedligeholdelse. Den anvendes i samtalen mest af fagpersonen til at identificere, hvor patienten er i sin forandringsproces, da tilgangen til patienten bør tilpasses, således at han/hun får optimal støtte i de forskellige forandringsfaser. Væsentligt for alle teorier og metoder, som anvendes i Livsstilscaféen, er, at de alle lægger op til stor *deltagerinvolvering*. Det er deltageren, der er aktiv i egen forandringsproces

og omdrejningspunktet er det, som er vigtigt og betydningsfuldt. Den pædagogiske tilgang tilpasses, så den enkelte støttes i forhold til egne forudsætninger og særlige behov. Det er derfor centralt, at deltageren føler sig hørt, mødt, respekteret og anerkendt.

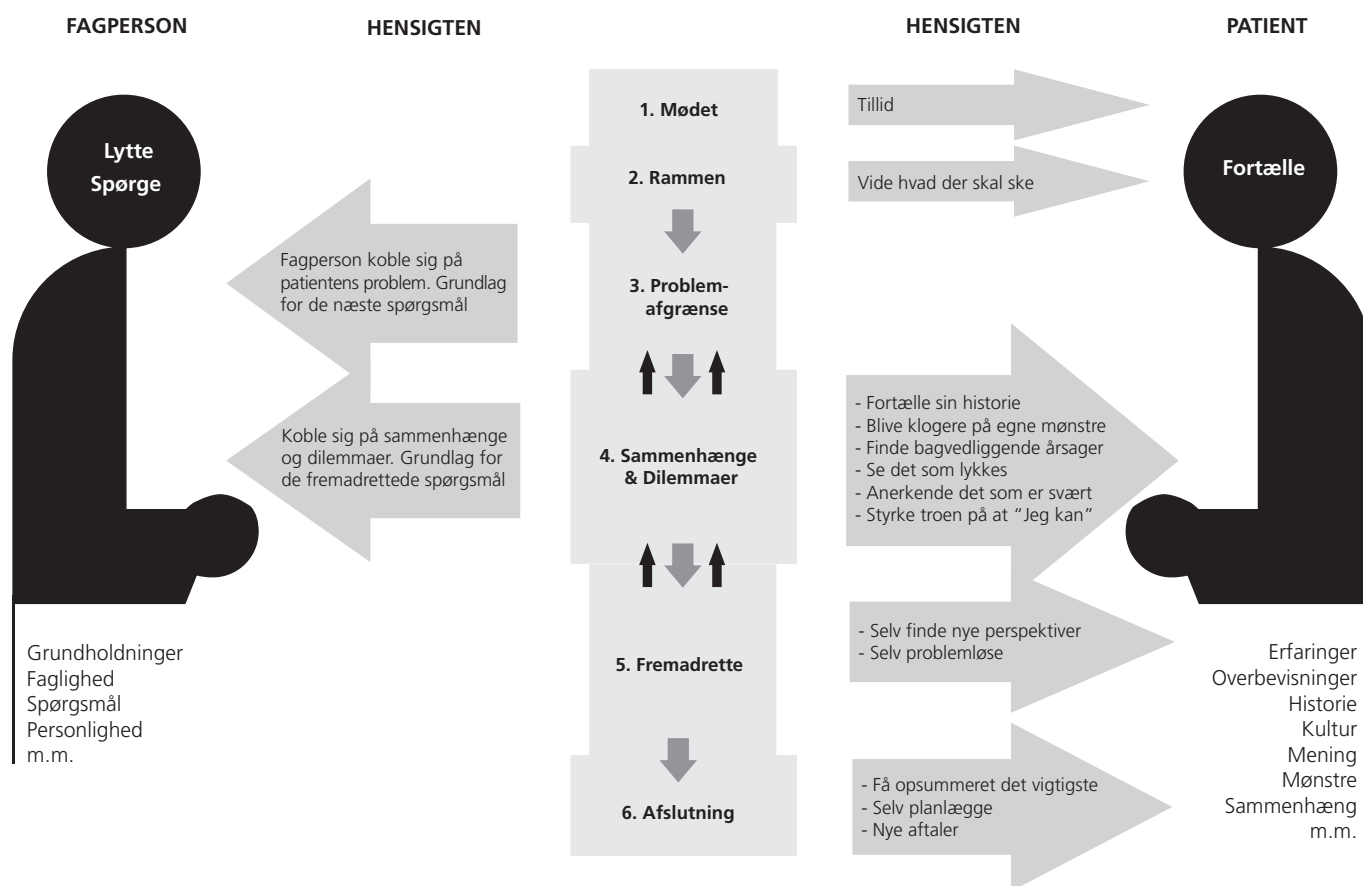
Målgruppe

Det forløb vi tilbyder, er rettet mod patienter, hvor livsstilsændringer er en del af et behandlingsforløb, eller hvor livsstilsændringer kan forebygge, at en sygdom udvikler sig yderligere, eller at anden relateret

Spørger vi patienterne, hvad der er vigtigt, svarer nogle:

Det er vigtigt, at fagpersonen lytter til det, der bliver sagt. At fagpersonen modtager det, der kommer frem. At der udvises respekt for den man er, uanset hvordan man er.

Samtalestruktur



I en samtale, som den foregår i virkeligheden, er strukturen selvfølgelig mere dynamisk. Samtalen vil som udgangspunkt starte som ovenstående, men efterhånden som den udvikler sig, kan fagpersonen af forskellige årsager ændre på hensigten med spørgsmålene. Vores erfaring er, at de spørgsmål som omhandler sammenhænge og dilemmaer er af stor betydning for patienternes egne refleksioner og problemløsninger. Det er således væsentligt at afsætte tilstrækkelig tid hertil.

Når vi spørger patienterne om, hvad der skal til i et godt møde, svarer mange: *At jeg føler mig velkommen.*

For at opnå dette er patienternes egne bud:

*Det er godt at starte med lidt small talk. Et godt fast håndtryk er vigtigt for mig.
Det er vigtigt at blive modtaget i lyse, venlige lokaler.*

lidelse folder sig ud. Det er også patienter i forhøjet risiko for udvikling af sygdom, som mennesker med overvægt og genetisk disposition samt særligt udsatte.

De særligt udsatte i Livsstilscaféen er mennesker med kort eller ingen uddannelse. Det er mennesker helt eller delvist uden for arbejdsmarkedet evt. forårsaget af langvarig sygdom eller mennesker med en kombination af sygdom og psykosociale problemstillinger. Derudover er det mennesker med et svagt netværk, og mennesker som har svært ved at tage vare på sig selv.

Patienten kan tage en pårørende med i forløbet. Dette kan være en ægtefælle, en samlever, en forælder eller en nær ven eller veninde, som vil kunne være en støtte i en

forandringsproces. Kravet til den pårørende er, at denne skal være interesseret i at arbejde med forandringer af egne sundhedsvaner.

Deltagerne, som kommer i Livsstilscaféen, er en bredt sammensat gruppe. Tilbuddet er for voksne, og deltagerne har været mellem 18 og 74 år. Ca. en tredjedel er mænd, og på næsten alle hold er der en eller flere, som har en pårørende med, som patienten føler sig tæt knyttet til. Fælles for alle deltagerne er, at de er et sted i deres liv, hvor de ønsker noget andet for sig selv i forhold til egen sundhed, men ikke ved hvordan de skal gribe det an. Rigtig mange deltagere siger: *"Jeg ved godt, hvad jeg bør gøre, men det sker bare ikke."* ■

REFERENCER

- 1) Antonowsky A 2000, *Helbredets mysterium*, København: Hans Reitzels Forlag.
- 2) Dalsgaard C, Meisner T & Voetmann K 2002, *Forvaltning: værdsættende samtale i praksis*, København: Psykologisk Forlag.
- 3) Jensen TK & Johnsen TJ 2004, *Sundhedsfremme i teori og praksis*, København: Forlaget Philosophia.
- 4) Miller WR & Rollnick S 2004, *Motivations samtalen*, København: Hans Reitzels Forlag.
- 5) Prochaska JO, Norcross JC & DiClemente CC 1995, *Changing for good*, New York: Avon Books.

LÆS MERE:

Du kan læse mere om Livsstilscaféen Holstebro og Herning på Center for Folkesundheds hjemmeside: www.folkesundhed-midt.dk

Fagpersonen hjælper den enkelte til at lede efter muligheder og barrierer. Samt at lede efter, hvor tingene lykkes,

for derved at styrke patientens tro på, at: *Jeg kan.*

Spørgsmål vil typisk være: *Hvordan kan det være? Hvad hænger det sammen med? Kender du det fra andet? Er der nogen gange det lykkes?*

LIVSSTILS
CAFÉ

At holde liv i lysten og lyst i livet

Den 4. december 2007 kunne Livsstilscaféerne i Holstebro og Herning fejre 5-årsjubilæum. Dagen blev markeret med et arrangement på Regionshospitalet Herning, der ud over de traditionelle taler også bød på 'fristelser til sanserne og næring til livet' i form af smagsprøver på Livsstilscaféens mange aktiviteter.

ALMEN PRAKSIS:

Ligeværdig tilgang forudsætter forskellige tilbud



Almen praksis er tæt på borgeren og skal kunne løse sundhedsfaglige opgaver for personer af alle socialklasser og matchgrupper uden stands anseelse. Magter vi at give individuel tilpasset omsorg, information og behandling alt efter, hvad borgeren selv forstår og formår? Forstår vi at kompensere for, hvad borgerne netop ikke forstår og formår? Er der ydre omstændigheder, der gør den ligelige behandling vanskelig i dagens Danmark?

■ Lars Foged, praktiserende læge, Skjern

Det er fristende efter det nys overståede valg, hvor politisk tankegang har inficeret hovednerven, at analysere de overordnede systemer i det danske sundhedsvæsen også med hensyn til socialt ligelige tilbud til alle borgere. Hver må dømme selv og bl.a. samle stof til eftertanke i dette blads andre artikler. Jeg vil derimod dykke ned i hverdagen og forsøge at vurdere, om vi rent faktisk holder os for øje at give den *ligelige* behandling til høj og lav i den daglige praksis. Jeg vil endvidere forfølge den pointe, at man skal give forskellige tilbud afpasset efter patienternes formåen for netop at opnå *ligeværdig* forebyggelse, behandling, visitation og omsorg.

Alle læger i Danmark har afgivet *Lægeløftet*, der i sin oprindelse går tilbage til den Hippokratiske ed. Det hedder i den danske version fra 1814, bl.a.:

• **at jeg stedse skal lade det være mig magtpåliggende, efter bedste skønne, at anvende mine kundskaber med flid og omhu til samfundets og mine medmenneskers gavn,**

• **at jeg stedse vil bære lige samvittighedsfuld omsorg for den fattige som for den rige uden persons anseelse,...**

Der er ikke noget at raffe om på det individuelle læge-patient-plan, og yderligere har vi vel også bundet os til at indrette vores systemer, så rig og fattig – i åndelig kraft og pengemidler – har ligelig adgang til lægelig behandling og omsorg?

Min forgænger i jobbet som praktiserende læge i Skjern, Ole Rimestad, lærte mig tidligt, *at lægens tålmodighed og omsorg skal være omvendt proportional med patientens egne evner af enhver art, åndeligt og socialt, og at vi som læger skal give 'den umælende stemme'.*

Mit umiddelbare bud er, at læger og personale i almen praksis – og i sundhedsvæsenet som sådan – vedkender sig princippet om ligelig behandling og omsorg for alle. Vi bestræber os på det, og det vil være et brud på vores selvopfattelse overhovedet at så tvivl om vores lighedstanker. Det er næsten tabu blot at tage sagen op. Politisk ukorrekt!

Almen praksis må feje for egen dør

Nu er det altid 'lettest' at feje for egen dør, og det vil jeg gøre i det følgende vel vidende, at nogle problematikker meget vel kan være generelle. Min påstand er, at flere faktorer kan true vores gode intentioner om lighed for alle, og vi skal være bevidste om udfordringerne for at klare presset og for stadig at kunne løfte opgaven: Ligeværdighed!

På centrale felter i den alment praktiserende læges verden kan den sociale slagside præge dagligdagen, så den stærke tager tid og ressourcer fra den svage. Der er en snigende udvikling, der i høj grad beror på ulighed i informationsniveau, ulighed i tro på at det nytter at spørge sig for, og ulighed i at kende sine behov og banke på døren. Den som sidder bagest i klassen og blot sidder stille har stor risiko for at blive overset. Det må ikke ske i 'Verdens Bedste Sundhedsvæsen'. Alle i sundhedsvæsenet, ikke mindst visitatoren – den praktiserende læge – har et ansvar for at guide ALLE borgere gennem junglen

af ventetidsgarantier, forsikringsuligheder, forebyggelsesscenarier og it-åbninger.

Hvad skal vi egentlig magte i almen praksis? Uanset hvor i landet man befinder sig, er den almenmedicinske kerneydelse, at patienten møder lægen – eller dennes ansatte.

Hovedopgaverne i almen praksis er:

- at være tilgængelig
- at kunne forebygge – sammen med patienten
- at kunne diagnosticere
- at kunne behandle – hvis muligt
- at kunne visitere – hvis nødvendigt
- at kunne levere en prognose
- at kunne følge og kvalificeret hjælpe de mange mennesker, som må leve med en kronisk tilstand, og endelig:
- at kunne trøste og tale med patienterne – også dem, som ikke fejler noget rent medicinsk – bør aldrig blive umoderne.

Nu hvor sygehusene af mange gode grunde specialiseres mere og mere, er det velgørende, at der trods alt er et sted i systemet, der har som speciale at være almene, forsøge at have det brede overblik og at kunne guide patienterne frem til de rette steder i sundhedsvæsenet. Mangen et godt udskrivningskort ender med sætningen: *Patienten afsluttes i velbefindende til forsat opfølgning i almen praksis.* På sygehusene er man altid 'velbefindende' eller 'habitualtilstand', når man udskrives, hvis ikke man er død, og i almen praksis er man aldrig afsluttet! The never ending story! Og den opgave lever vi med.

Tilgængelighed for alle

Hvem får de første tider på skemaet? Den som er mest syg, eller den der trænger sig bedst på? Dem vi kan lide, eller dem vi skubber med? Dem vi tager selv eller dem, vi lader uddannelseslægen tage? Dem der kan bestille på nettet, eller dem der ringer eller kommer? Jeg lader spørgsmålene stå et øjeblik.

Jeg siger ikke, at der er et problem, men 'den umælende' har ifølge sagens natur ikke den samme stemme som den veltalende, hvis vi ikke er opmærksomme på forholdet. Nogle stjæler lægens tid, og lægen lader nogle stjæle sin tid, og det er ikke altid de mest syge og måske ikke altid de socialt dårligst stillede.

Hvor der er en stærekasse, er der en stær. Hvor der er en seng, er der en syg. Hvor der er en læge, er der en patient. Men hvilken patient? Den mest trængende? Det er vores pålagte opgave at visitere ligeligt til de eksisterende sundhedsydelser, herunder lægens tid. Vi skal prioritere, og vi skal prioritere bevidst. Det gælder hele vejen gennem systemet, hvor akutte og spektakulære sygdomme kan tage magten på bekostning af undseelige, kroniske sygdomme – det såkaldte 'akuttes tyranni'.



- **Vi skal alle sammen prioritere! Gør vi det, eller lader vi nogle svage grupper i stikken, mens andre overforbruger vores tid?**

Information til alle

Op mod 40 procent af den danske befolkning er it-analfabeter, og de har ikke glæde af henvisning til *yderligere information på vores hjemmeside*, af øget adgang til e-mail-konsultationer, af tidsbestilling pr. computer. De er koblet af og vil komme ned i køen, hvis ikke vi er meget opmærksomme.

Der skal i mange år endnu være bred information også på almindeligt papir, vel vidende at store dele af befolkningen ej heller magter at læse og sætte sig ind i skriftlig information. Ved en simpel indlægelse eller ambulans undersøgelse modtager man mindst fem siders information om mødetid, alternativer, ventetider og omvalg. Den velinformerede er altid bedst stillet og kan bedst navigere i ventetider, omvalg og fritvalg. Hvem tager sig af den borger/patient, som ikke magter dette show? Den praktiserende læge?

- **Vi får social ulighed bl.a. på baggrund af it-bølgen – hvis vi ikke passer på!**

Forebyggelse for alle

Information annammes forskelligt af forskellige grupper i befolkningen. Nogle er 'informerede', nogle 'overinformerede' og andre slet 'ikke informerede'.

Mit postulat er, hvad enten vi taler borgerrettet eller patientrettet forebyggelse, at 'den informerede' får den bedste forebyggelse. 'Den overinformerede' og ikke 'retledede' patient får for megen og forkert forebyggelse, og 'den ikke informerede' får for lidt forebyggelse. Det vil ske hos egen læge – og måske også i kommunernes sundhedscentre, hvor tilgængeligheden for de allersvageste

hurtigt kan blive problematisk, hvis de stærkeste fylder op på et forkert grundlag. Som det er nu, søger 'den informerede' og 'den overinformerede', der tror de ved, hvad der skal til, mere eller mindre relevant egen læge og bliver guidet gennem forebyggelsesjunglen. Disse grupper tager således broderparten af lægens tid og dette på bekostning af 'de dårligt informerede' grupper, der næppe ved, at de har et behov. Disse 'uinformerede' møder slet ikke op og er derfor ofte langt hinsides forebyggelsesmuligheder og indehavere af manifest sygdom, når de endelig kommer.

Selv efter sygdommens indtræden er det 'den informerede' og dermed oftest den velaflagte patient, der profiterer bedst af behandlingstilbud og progressionsforebyggelse – det man tilsammen kalder *patientrettet forebyggelse*.

Som eksempel fra screeningfeltet har vi set, hvordan celleprøvetagning fra livmoderhalsen var aldeles usystematisk og med social slagside, indtil det blev organiseret til alles bedste og fik en mere ligelig profil. Vi oplever en helt tilsvarende usystematisk og opportunistisk forebyggelse af hjerte-, lunge- og vægtlidelser for tiden. Uden et folkeligt og systematisk tilbud til alle vil vi cementere den sociale slagside i livsstilssygdomme, og i alle tilfælde bør et generelt tilbud forudsætte, at ressourceunderstøttelse og risikosporing går hånd i hånd. Ved at give størst opmærksomhed til de borgere, som ikke selv kan, vil vi få allokert vore tiltag til dem, som trænger mest.

- **Vi har social ulighed i forebyggelse, med mindre vi har både generelle systematiserede tilbud, der formidles til alle på et forståeligt sprog og skræddersyede tilbud til enkelte (svage) grupper.**

Behandling og visitation for alle

Det er en kæmpeopgave at informere om behandlingen, men også om hvordan og hvor man får den bedste behandling inden for en realistisk og nødvendig tidsramme. Det skal gøres individuelt efter sygdom, men så afgjort også efter modtagerens formåen. Patienten skal forstå vores besked, og den patient der ikke magter selv *at holde snuden i sporet* og få behandling *til tiden*, skal vi hjælpe og være speciel tovholder for.

Tiden fra henvisning til selve undersøgelsen er slem i et sygdomsforløb. Man befinder sig forladt i helvedes forgård – *left in limbo* – og det er sundhedsvæsenets samlede pligt at udnævne en støttepersion, typisk egen læge, der kan give omsorg, information og støtte til patienten i denne periode og fastholde tidsperspektivet i undersøgelse. Der er en skærpet opgave i relation til de patienter, der ikke selv magter at banke på døren til os praktiserende læger og til sygehuset. I disse tider er kræft og hjertesygdomme udnævnt som højt prioriterede sygdomme, og det er godt. Det har de nu altid været, men lad os se, om behandlingsgarantier kan afkorte ventetiderne yderligere. Det kræver i alle tilfælde en nytænkning inden for logistik og ansvarlighed på forløb, og jeg tror, det vil ske.

Når noget prioriteres op, vil noget andet skulle prioriteres ned, hvis den økonomiske og personalemæssige ramme for behandling er den samme. Vi er i fare for, at den ældre medicinske patient igen trækker det korte strå. Ældre medicinske patienter er ikke en pressionsgruppe.

Deres børn, nemlig os unge/midaldrende, forstår at sætte dagsordenen og komme forrest i sundhedskøen. De ældre har som oftest nogle ikke så dramatiske og spektakulære sygdomme og råber ikke højt. Alligevel er der tale om sygdomme, der kan

være nok så invaliderende og dødelige. Alderdom i sig selv antyder jo ingenlunde socialgruppe, men ens formåen som BÅDE socialt dårligt stillet OG syg OG gammel er en giftig cocktail. Hvis man så oven i købet har et svagt netværk, er bægeret fuldt. For netop denne svage, relationsfattige gruppe ældre har vi som læger og som sundhedsfaglige et særligt ansvar. De kan ikke selv.

- **Vi har social ulighed i visitation og behandling, hvis ikke den centrale tovholder – den praktiserende læge – dels visiterer målrettet, dels holder tovet stramt og støtter og styrer indtil sygehussvæsenet tager over.**

Trøst og omsorg for alle

I den terminale fase af livet er trøst og omsorg på sin plads. Her er den selvskrevne, og det er en meget veldefineret og meningsfuld opgave for læger og sygeplejersker at yde den ultimative omsorg.

Også i det lange livs diverse livskriser er trøst og støtte på sin plads. Her er det lettest at få kontakt med den, som klager mest højlydt, men opgaven er professionelt også at tage sig af den stille eksistens, patienten med fysisk eller psykisk kronisk sygdom, som ikke gør opmærksom på sig selv, eller hvor problematikken er så kompleks, at man fristes til at lade sagen ligge.

Ovennævnte er let at skrive på papir, for i teorien er alle jo enige. I dagligdagen hvirvles vi behandlere dog ind i opgaver fra morgen til aften, så ethvert tidsskema hurtigt fyldes med *relevante* opgaver. Desværre vil de opgaver og tilstande, der ikke påkalder sig den store opmærksomhed, uden ond vilje ofte blive sorteper og måske forskudt eller glemt.

Hvis der skal være tid til også at 'sørge for' de svageste patienter, kræver det en bevidst prioritering af lægens tid både i det enkelte tilfælde, hvor man sidder face-to-face med sin patient og af lægens

dagskalender som sådan. En halsbetændelse eller et i øvrigt velbefindende febersygt barn skal have sin plads, men den dårligt regulerede sukkersygepatient med svage ressourcer eller den habituel depressive patient kræver måske endnu højere grad af opmærksomhed, professionalisme og omsorg!

- **Der er ulighed i omsorg, hvis ikke lægen bevidst prioriterer sin tid og ud fra en vægtning giver tid til det *vigtige*, og tager tid fra det *ikke så vigtige*. Det vigtige kan være det sværeste at tage hånd om, men i længden det mest givtige. Hver læge må gøre op med sig selv, hvad der er vigtigt for ham/hende og for hans/hendes patienter.**
- **Lægeløftet har givet os rammerne, og vi skal selv fylde dem ud. Som stand og som enkeltpersoner. ■**





Udstødning fra arbejdsmarkedet kan forebygges

Lovende resultater med målrettet socialmedicinsk indsats

■ Ulrik Steen, regionsocialoverlæge & Anette Larsen, socialfaglig konsulent, Center for Folkesundhed/Klinisk Socialmedicin, Region Midtjylland

For mange mennesker har tilknytningen til arbejdsmarkedet stor betydning for selv-værd, identitet og status. Arbejdet er en vigtig aktivitet for at kunne forsørge sig selv, ligesom det øger livskvaliteten at indgå i sociale arbejdssammenhænge og få daglige udfordringer. Krav, forventninger og strukturering af dagen forsvinder for mange, når de ikke deltager aktivt på arbejdsmarkedet. Udstødning fra arbejdsmarkedet kan være en følge af sygefravær.

I en tid med stort behov for en øget arbejdsstyrke er det iøjnefaldende, at det samlede antal sygemeldte i Danmark er stigende. En nærliggende forklaring er, at en højkonjunkturperiode med knaphed på arbejdskraft øger rekrutteringen af ressourcetsvage personer til arbejdsmarkedet. De vil oftest blive ansat i erhverv, der er præget af fysisk tunge og

monotone arbejdsfunktioner, der ikke kræver veluddannet personale med specialkompetencer.

Endvidere er der i dag høje produktivitetskrav, så svage borgere – der kommer i arbejde med meget begrænsede fysiske og psykiske ressourcer – vil være i høj risiko for sygefravær i et ansættelsesforløb.

Sygemeldingerne fører ofte til langtidssygdom og dermed trussel for permanent udstødning fra arbejdsmarkedet. Det har store menneskelige og økonomiske konsekvenser for den enkelte borger og for samfundet. Derfor er det interessant at vide, hvem der bliver udstødt af arbejdsmarkedet, hvorfor og hvad vi kan gøre ved det.

Der foreligger undersøgelser af faktorer, der har indflydelse på risikoen for udstødning.

Der er ikke helt entydig sammenhæng mellem langvarigt sygefravær og udstødning fra arbejdsmarkedet, men tendensen er, at jo længere tid en borger er sygemeldt, jo større er risikoen for, at borgeren *ikke* kommer tilbage på arbejdsmarkedet. Derudover øges risikoen for udstødning i de tilfælde, hvor borgeren har flere sygefraværsperioder, eller sygemeldingen skyldes en arbejdsulykke.

Omkring 3% af alle sygemeldte, svarende til ca. 16.000 personer, er sygemeldte mere end et år. Heraf ender mere end halvdelen med udstødelse fra arbejdsmarkedet. En stor del af disse er ikke alene sygemeldte på grund af alvorlig sygdom, men på baggrund af en kompleks sammenhæng mellem biomedicinske, psykologiske, sociale og kulturelle faktorer.



EN TVÆRFAGLIG INDSATS TIL SYGEMELDTE

Støtte til den enkelte sygemeldte borger mindsker udstødning fra arbejdsmarkedet. Det viser erfaringerne fra et tværfagligt *Specialistteam* i Afdeling for Klinisk Socialmedicin, Center for Folkesundhed, Region Midtjylland.

I forbindelse med den kommunale sygedagpengeopfølgning identificeres en gruppe borgere, der er særligt truede af marginalisering og udstødning fra arbejdsmarkedet. Det drejer sig om sygemeldte borgere med uklare helbredsproblemer, der oplever et betydeligt tab af funktionsevne oftest som følge af en smerteproblematik eller en psykisk problemstilling. Kommunen henviser borgerne til *Specialistteamet*, der bygger på en tværfaglig tankegang, idet der indgår socialmedicinske speciallæger, reumatologer, psykiatere, psykologer og socialrådgiver i den afklarings- og udredningsproces, de henviste borgere gennemgår.

Siden slutningen af 2001 har det tværfaglige tilbud som projekt været åbent for to kommuner, men efter gode erfaringer i projektfasen der omfattede 30 borgere, har tilbuddet siden 2004 været åbent for samtlige kommuner i det tidligere Århus Amt.

Specialistteamet er i dag et tilbud til alle kommuner i Region Midtjylland.

Mange af de henviste borgere lider af diffuse sygdomme og symptomer, som sundhedsvæsenet har vanskeligt ved at diagnosticere. Det kan være smerter i led og muskler og hovedpine. Ofte har borgeren udviklet en kronisk smertetilstand, som kan have sammenhæng med let til moderat depression. Funktionsevnen er oftest betydelig påvirket, så det at skulle deltage på arbejdsmarkedet forekommer helt uoverskueligt for den enkelte. Borgeren føler sig langt fra i stand til at varetage sit arbejde, selvom der ikke kan påvises specifik sygdom eller andet, der berettiger til sygemelding. Kommunerne er meget i vildrede om, hvad de stiller op med en sådan problemstilling.

Samtale og dialog i centrum

I første del af afklarings- og udredningsprocessen foretages en grundig socialmedicinsk undersøgelse og samtale med den henviste borger. Denne første kontakt varer typisk et par timer. Samtalerne tager ofte udgangspunkt i en særlig samtalemethode med elementer fra *TERM-modellen*, der – inspireret af engelske psykiatere – er udviklet på Forskningsklinikken for Funktionelle Lidelser og Psykosomatik på Århus Universitetshospital, Århus Sygehus.

TERM-modellen

1. Forståelse
2. Lægens bord og Anerkendelse
3. Sammenhæng forhandles
– forhandling af en ny fælles forståelsesmodel
4. Konkret efterforløb forhandles
– opsummering
5. Håndtering af kroniske tilfælde
6. Efterforløb

Efterfølgende gennemfører borgeren et opfølgende samtaleforløb hos sociallæge eller psykolog.

Efter behov inddrages reumatologisk, psykiatrisk og socialfaglig bistand. Hele *det tværfaglige specialistteam* samles regelmæssigt til drøftelse og sparring vedrørende de konkrete sager og efterfølgende gives tilbagemelding til borgeren. Et meget højt og åbent informationsniveau er således karakteristisk for processen.

Gennem samtalerne opnår den sygemeldte en bedre forståelse af sin tilstand og sine symptomer. En bedre sygdomsforståelse bevirker oftest mindre angst og bekymring. På den baggrund er vejen banet for, at borgeren kan tilegne sig nye handlestrategier til sygdomshåndtering. Borgeren får lettere ved at indgå i en reperspektivering/nyorientering vedrørende sin situation med accept af tilstanden. Evnen til at handle aktivt øges - også hvad angår tilknytningen til arbejdsmarkedet.

Med andre ord lærer borgeren at leve med en tilstand, som oftest ikke lader sig behandle ad traditionel vej.

Et meget væsentligt element i *Specialistteamets* arbejdsform er den dialog, der finder sted med andre aktører i forhold til borgeren. Den kommunale sagsbehandler og den praktiserende læge inddrages løbende og er også nøglepersoner i det møde, som finder sted i forvaltningen efter et afsluttet afklarings- og udredningsforløb ved teamet.

Ofte vil borgerens ægtefælle eller samlever deltage, da det har vist sig, at det kan være af afgørende betydning for resultatet, om ens allernærmeste er aktive medspillere.

Den kommunale sagsbehandler har beslutningskompetencen og er mødeleder. Der lægges en handleplan, som alle rundt om bordet kan opnå en fælles forståelse for.

Resultater af en evaluering¹

Indtil nu har ca. 150 borgere modtaget det tværfaglige tilbud.

En nylig gennemført evaluering omfattede 118 sygemeldte borgere, der frem til udgangen af 2006 havde modtaget tilbuddet.

Blandt de sygemeldte borgere er der en overrepræsentation af arbejdsløse i forhold til baggrundsbefolkningen (gennemsnitsbefolkningen). Derimod er der ingen signifikante forskelle hvad angår civilstand, skolegang og erhvervsuddannelse.

De henviste har betydelige helbredsproblemer og belastninger. Efterundersøgelsen tyder på, at forløbet hos *Specialistteamet* bevirker en bedring af de sociale funktioner og det psykiske velbefindende. Endvidere tyder efterundersøgelsen på, at arbejdssituationen, der ved interventionens start var meget belastende, opleves som mindre belastende efter to år. Erfaringerne fra de hidtidige forløb i *Specialistteamet* har således været meget gunstige, idet ca. $\frac{2}{3}$ af de henviste kommer i gang igen på arbejdsmarkedet, enten på normale vilkår, i fleksjob eller de starter i uddannelse og dermed opkvalificering til arbejdsmarkedet.

Forhold som god tid til samtaler og grundige undersøgelser ser ud til at have betydning for indsatsens succes. Desuden vurderes det også, at det tætte tværfaglige teamsamarbejde har stor betydning. Det er dog ikke videnskabeligt vist, og der er i øjeblikket overvejelser om i samarbejde med de involverede kommuner at etablere et egentligt klinisk kontrolleret studie med det formål at undersøge effekten af *Specialistteamets* indsats.

Den praktiserende læges rolle

Lægernes rolle i forbindelse med langvarigt sygefravær har på det seneste været i fokus, da det ofte er lægerne, der skal attestere sygdom, før kommunen kan udbetale sygedagpenge. Lægerne befinder sig ofte i et dilemma, når en patient mener, at en sygemelding er nødvendig, og lægen ikke finder grundlag for sygemeldingen. Et forbedret socialmedicinsk samarbejde

mellem læger og kommuner kan øge mulighederne for en bedre arbejdsfastholdelse og mindske risikoen for udstødning. Et sådant samarbejde har blandt andet udmøntet sig i udarbejdelsen af nogle attester, der giver langt bedre mulighed for, at lægerne mere detaljeret kan formidle den sygemeldtes problematik og især de muligheder, den sygemeldte vil have for at kunne varetage et arbejde trods sin

sygdom og midlertidige eller varige tab af funktionsevne.

Yderligere indsatsområder

Trods det at mange initiativer allerede gennem de seneste år er ført ud i livet, og mange gode viljer givetvis eksisterer hos de professionelle aktører, er problemet i dag af et sådant omfang, at Beskæftigelsesministeriet netop har nedsat et hurtigt

arbejdende udvalg, der skal kulegrave forholdene og afdække muligheder for fokuserede indsatser, der må forventes at have effekt på det høje sygefravær.

Den socialmedicinske sundhedsbrøk definerer sundhed som en balance mellem individets ressourcer og omgivelsernes belastninger. Det vil sige, at sygdom opstår, hvis belastningerne (*nævneren i brøken*) overstiger individets ressourcer (*tælleren*).

Det turde være indlysende, at der er en række indsatsområder i forhold til omgivelserne, der vil kunne reducere belastningsfaktoren. I de senere år har 'det rummelige arbejdsmarked' som begreb været i fokus. Det rummer visionen om, at personer med nedsat arbejdsevne får mulighed for at bruge deres evner og deltage i arbejdslivet. Elementerne i det rummelige arbejdsmarked er fastholdelse, forebyggelse og integration. Et godt og sundt arbejdsmiljø er en faktor, der kan forebygge, at medarbejderen får sygefravær. Desuden vil et øget antal job

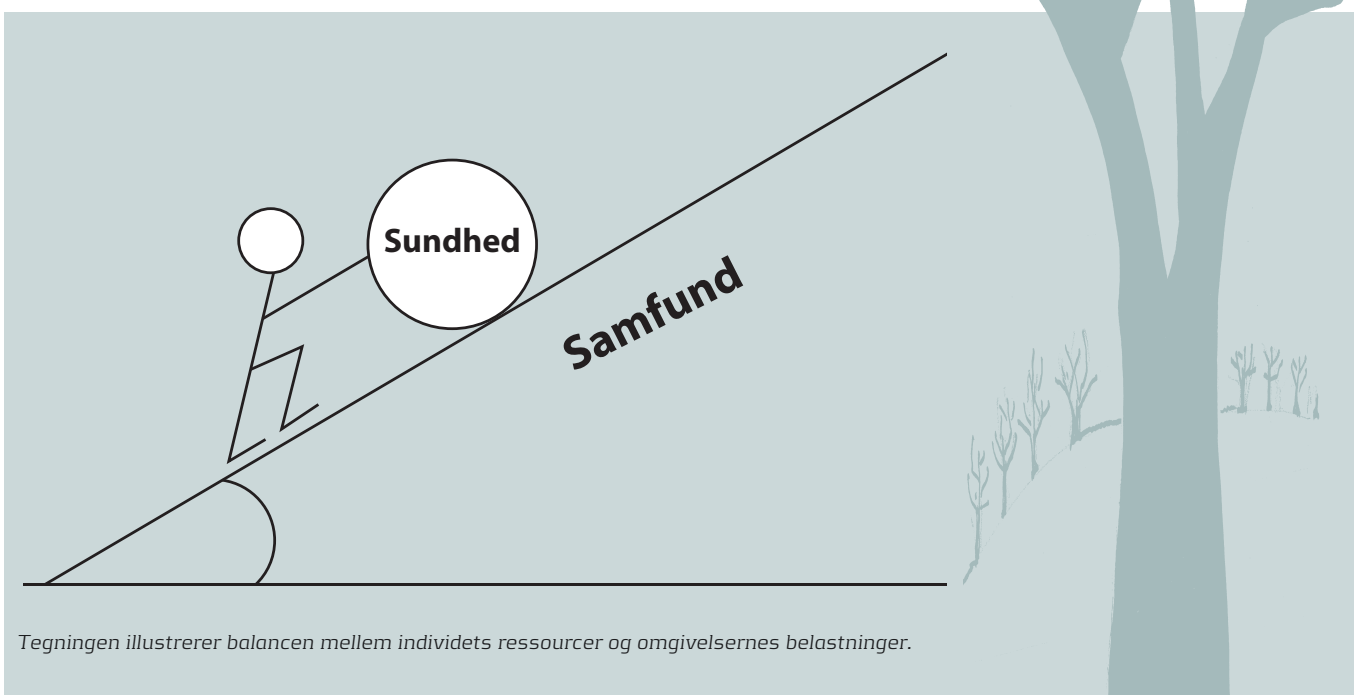
på særlige vilkår, udbygning og udnyttelse af de sociale kapitler i overenskomsterne, fleksjob, samt mulighed for at førtidspensionister i praksis kan få adgang til et lønnet arbejde medvirke til en formindsket udstødning².

I tillæg til de åbenlyse menneskelige og social- og beskæftigelsespolitiske gevinster vil en mindsket udstødning fra arbejdsmarkedet også reducere de fremtidige finansieringsproblemer for velfærdsstaten.

Et andet indsatsområde er at støtte den enkelte borger i at styrke sine ressourcer. I en sådan indsats er det vigtigt at se på individets samlede fysiske og psykiske ressourcer, samt de sociale ressourcer der måtte ligge i familien og øvrige netværk. Kan indsatsen så samtidig være integreret og sætte ind med regulerende forhold over for omgivelsernes påvirkning, vil der være en ekstra stor gevinst at hente. ■

REFERENCER

- 1) *Evaluering af Specialistteamet*, Center For Folkesundhed, Region Midtjylland, sept. 2007. Kan downloades fra hjemmesiden: www.rm.dk/sundhed/folkesundhed/socialmedicin, hvor du også kan læse mere om Klinisk Socialmedicins arbejde med fokus på tidlige, helhedsorienterede indsatser, der fremmer sygemeldtes mulighed for at vende tilbage til arbejdsmarkedet.
- 2) Se fx kapitlet om marginalisering og udstødning i *Vismandsrapporten, Dansk Økonomi*, forår 2000.



Tegningen illustrerer balancen mellem individets ressourcer og omgivelsernes belastninger.



BRO TIL ARBEJDSMARKEDET

Samarbejde om virksomhedernes sociale engagement

Rekruttering på særlige vilkår er en måde, hvorpå en virksomhed kan integrere ledige med svage jobforudsætninger. Det drejer sig om ledige, der har behov for en særlig indsats for at kunne varetage et job, enten i et ordinært job eller i job med offentligt løntilskud.

På hjemmesiden: www.bro-til-arbejdsmarkedet.dk gives konkrete anvisninger til, hvordan virksomheder kan gennemføre rekruttering på særlige vilkår fra A-Z suppleret med vejledning i, hvordan man som virksomhed kan håndtere bestemte situationer i et rekrutteringsforløb. Hjemmesiden bygger – ud fra fire konkrete rekrutteringsmodeller – på 60 virksomheders gode erfaringer med at rekruttere på særlige vilkår. To af disse virksomheder, begge beliggende i det midtjyske, er Grundfos A/S i Bjerringbro og Vuggestuen Solsikken i Randers.

GRUNDFOS' sociale- og samfundsmæssige ansvarlighed fører til resultater

■ Mogens Lindhard, afdelingsleder, Grundfos' sociale engagement

Socialt engagement

Grundfos' indsats i forhold til social- og samfundsmæssig ansvarlighed rækker langt tilbage og har præget virksomheden lige siden.

I dag er Grundfos' sociale engagement en integreret del af virksomhedens værdigrundlag og er formuleret i en concernpoli-

tik for social ansvarlighed, *Corporate Social Responsibility*. Desuden støtter Grundfos principperne for rummelighed (forebygge, fastholde og integrere), og har tilsluttet sig det sociale indeks.

Virksomheden har en afdeling for Grundfos' sociale engagement, der har ansat dygtige og kompetente medarbejdere inden for det

sociale område – herunder to socialrådgivere. Afdelingen er ansvarlig for en række aktiviteter som forebygger udstødelse af medarbejdere, og integrerer socialt udsatte grupper i virksomheden.

Ansvarlig personalepolitik

Internt er der fokus på en ansvarlig per-

sonalepolitik, der forebygger sygdom og udstødelse af medarbejdere. Eksternt samarbejder Grundfos med de omkringliggende kommuner om fastholdelse af egne medarbejdere og afklaring, opkvalificering og integration af socialt udsatte grupper. Grundfos har således i 2007 indgået partnerskabsaftaler med fem omkringliggende kommuner.

- Virksomheden har hvert år omkring 70-80 personer fra kommunerne i et afklaringsforløb.

Herudover foretager Grundfos også afklaringer af egne medarbejdere, der har været sygemeldt gennem længere tid.

Fastholdelse

På Grundfos arbejder man målrettet på at fastholde langtidssyge (+14 dage) medarbejdere, og der er udfærdiget *politikker* for, hvordan den enkelte leder skal agere ved sygemeldinger, ligesom der afholdes rundbordsmøder med den sygemeldte – ofte med inddragelse af kommunens medarbejder, således at alle parter er enige om indsatsen. Vi benytter også ofte *delvise* raskmeldinger.

Og for at de sygemeldte kan bevare kontakten til virksomheden, indbydes de til netværksmøde en gang om måneden.

- Ca. 75% af de langtidssyge medarbejdere fastholdes.

Grundfos oprettede allerede i 1968 det første beskyttede værksted.

Fleksværkstederne er tilknyttet en produktionsafdeling, og der tilstræbes vilkår som i resten af virksomheden, men hvor der også er tid til og erfaring med oplæring og vejledning. Arbejdet i fleksværkstederne

er derfor ikke underlagt samme krav om tempo som de øvrige produktionsafdelinger, og arbejdsopgaverne er fysisk lettere.

- I dag er der ca. 110 personer ansat på særlige vilkår i skånejob, fleksjob og aftalebaserede job fordelt på fem afdelinger – foruden funktionærer, ansat i administrationen.

Siden 1998 har Grundfos haft projekter med aktivering og opkvalificering af rigtig mange forskellige målgrupper fx flygtninge/indvandrere, kontanthjælpsmodtagere, lærlinge med særlige behov, kriminalitetstruede, handicappede og sygedagpengemodtagere i funktionsafklaring.

I disse forløb fungerer fleksværkstederne som base i en introduktionsperiode med kompetenceafklaring og oplæring. Perioden i basisværkstederne afpasses efter den enkeltes ressourcer og kan munde ud i afprøvning eller ansættelse i den ordinære produktion, hvilket sker for rigtig mange.

Virksomhedens målrettede indsats gav resultater den 7. november 2006, idet Grundfos' danske produktionsselskab vandt den prestigefyldte europæiske kvalitetspris EFQM Award (*European Foundation for Quality Management*), og to priser for henholdsvis social ansvarlighed og udvikling og involvering af medarbejdere. ■

GRUNDFOS 

Vores menneskesyn



- Medarbejderne er mennesker – med idéer, engagement, behov, ønsker, ansvarsfølelse, kompetence, og – ind imellem – problemer. Medarbejderne er ikke bare en ressource, som det er tilfældet med maskiner, bygninger og kapital, tværtimod har det enkelte menneske i kraft af sin mangfoldighed talrige muligheder for udfoldelse
- Ethvert menneske er ansvarligt for sit eget liv men også for det fællesskab og de samarbejdsrelationer, som han/hun indgår i

BE > THINK > INNOVATE >
GRUNDFOS 

LINK

Læs mere om Grundfos' koncernpolitik og sociale ansvarlighed i praksis på virksomhedens hjemmeside: www.grundfos.dk

Virksomhedspraktik i en vuggestue

■ Redaktionen

Etablering af samarbejde

Vuggestuens leder bliver kontaktet af det lokale revalideringscenter, der har brug for praktikpladser – ofte til ledige med psykiske vanskeligheder. På to stuer er der to åbne pladser til virksomhedspraktikanter. Disse stuer er udvalgt, da de er de mindst travle arbejdspladser i vuggestuen. Der aftales et møde mellem jobkonsulent, praktikanten, lederen og en mentor fra vuggestuen. Ved mødet informeres om praktikantens medicin og behov for skånehensyn. For ikke at blive fastlåst i holdningen til personen, informeres der ikke detaljeret om praktikantens problemer. Vuggestuen formulerer deres forventninger til praktikanten: at hun/han møder hver dag – og kan øge antallet af arbejdstimer.

Praktikforløb

Ved virksomhedspraktikker fungerer en af medarbejderne som mentor. Det betyder, at vedkommende står for at introducere praktikanten til faciliteter, medarbejdere og børnene, samt for dagligt at give ekstra støtte og vejledning i opgaveløsning. I starten af praktikken opstiller stuen en målsætning for praktikantens udvikling. Det kan fx være i forhold til at håndtere angstprovokerende situationer. I den første periode får praktikanten overskuelige opgaver, og langsomt bygges flere opgaver og ansvarsområder på. Det kan være opgaver som at skifte børnene eller at være sammen med børnene alene. Mentoren laver i tæt dialog med praktikanten en løbende

vurdering af, hvor mange timer og hvilke opgaver praktikanten kan klare.

Lederen og medarbejderne har fokus på, at der ikke snakkes om sygdom i det daglige arbejde, og praktikanten deltager så vidt muligt på lige fod med de andre medarbejdere, fx i fælles aktiviteter, pauser, møder og personalearrangementer. Alle medarbejdere har således fokus på at tage sig af praktikanten efter behov.

Som pædagogisk tilgang i praktikforløbene anvendes fx. *tålmodighed*: at man kan rumme at give praktikanten den fornødne tid, og *konfliktløsning*: opstår der problemer, iværksættes hurtigt en dialog for at finde en løsning.

Jobkonsulenten følger op til faste møder en gang om måneden i vuggestuen. Både lederen og mentoren følger med i dagligdagen, og spørger praktikanten, hvordan det går. Hver uge er der møde i de involverede stuer, hvor målsætningerne for praktikanten er på dagsordenen.

Får praktikanten en 'nedtur', kontakter vuggestuen vedkommende telefonisk. Er der tale om en alvorlig krise, inddrages jobkonsulenten, der efterfølgende tager kontakt til praktikanten. Når praktikanten genoptager arbejdet, vurderer lederen, mentoren og praktikanten i forening, om der kan fortsættes, hvor man slap.

Ansættelse

Når der opslås stillinger i vuggestuen, opfordres praktikanter – der er interesseret i job og kan varetage opgaver på niveau med de

andre medarbejdere – til at søge. Der er mulighed for ansættelse som pædagog-medhjælper i vikariater. Er der ingen ledige stillinger opfordres man til at søge i andre institutioner. Enkelte har efterfølgende påbegyndt pædagoguddannelse. ■



Vuggestuen Solsikken i det vestlige Randers er en kommunal vuggestue med et specialafsnit, hvor tre børn med Down Syndrom er sammen med seks andre børn. Der er i alt fire stuer opdelt efter alder. Vuggestuen har fokus på miljø, bl.a. i valg af materialer til legeplads og legetøj, og økologisk kost. Vuggestuen beskæftiger 18 medarbejdere. Leder og kontaktperson: Søren Rosenkilde. Hjemmeside: www.solsikken.randers.dk

KILDE

www.bro-til-arbejdsmarkedet.dk

Nye politiske udvalg i Region Midtjylland

■ Redaktion: Jens Bejer Damgaard, kontorchef, Regionalt Sundhedssamarbejde & Kirsten Vinther-Jensen, kontorchef, Center for Folkesundhed

Regionerne må ikke have stående udvalg, som det kendes fra kommunerne og fra de tidligere amter. Regionerne kan nedsætte midlertidige udvalg med specifikke opgaver. På sundhedsområdet har Regionsrådet besluttet at nedsætte følgende udvalg:

1) Region Midtjyllands Sundhedsplan

Funktionsperiode i 2008

2) Patientforløb for kræftpatienter

Funktionsperiode i første halvår af 2008

3) Sociale forskelle i sundhed

Funktionsperiode 1/7-08 til 31/3-09

Desuden nedsættes et udvalg med fokus på *en forbedret indsats for borgere med kroniske lidelser* i hele 2009, et udvalg der skal koncentrere sig om *screeningsundersø-*

gørelser med funktionsperiode i første halvår af 2009, og et udvalg om *Den Danske Kvalitetsmodel* med funktionsperiode i hele 2009.

Sociale forskelle i sundhed

Ét er at erkende og anerkende de sociale forskelle i sundhed, noget andet er at sætte politisk fokus på forskellene og på mulighederne for at reducere forskellene inden for rammerne af sundhedsvæsenet. Det bliver opgaven for det nye udvalg om *Sociale forskelle i sundhed* i Region Midtjylland, og der planlægges med et første møde i august 2008 og en række møder frem til marts 2009.

Planen er at starte arbejdet i udvalget med en temadag, som tegner et overordnet billede af viden og væsentlige problemstillinger:

- Fakta om ulighed og sundhed.

- Afdækning af de dilemmaer sundhedsfaglige og borgere står overfor. For eksempel: Hvordan kan – eller skal? – sundhedspersonale træde ind i borgernes privatsfære og berøre de sociale problemer?
- Er det muligt og gavnligt at differentiere sundhedstilbud på baggrund af borgernes sociale status på hospitaler, i kommuner og i almen praksis?

Et andet perspektiv er at tage udgangspunkt i en række målgrupper:

- Socialt udsatte og sårbare børn og unge
- Borgere med en etnisk minoritetsbaggrund
- Borgere med misbrugsproblemer
- Borgere med psykiske lidelser
- Borgere der modtager sygedagpenge.

udvalget: Sociale forskelle i sundhed

Kommissorium

Udvalget er nedsat i henhold til beslutning på møde i Regionsrådet den 12. december 2007 og skal fungere i perioden 1. juli 2008 til 30. marts 2009.

FORMAND:	Anders Kühnau (A)
NÆSTFORMAND:	Preben Andersen (V)
MEDLEMMER:	Knud Hammer (A)
	Leif Mørck (A)
	Alice Espenholt (V)
	NN (C)
	Henrik Qvist (Ø)

Formål og opgave

Udvalget skal drøfte og beskrive på hvilke områder, der gør sig sociale forskelle gældende i sundhed samt belyse konsekvenserne heraf. Dette skal følges af en kortlægning af hvilke tiltag og fokusområder, der kan iværksættes i forhold til påvirkning af sociale forskelle i sundhed.

En række undersøgelser har dokumenteret, at der er store sociale forskelle i sundhed i den danske befolkning. *Region Midtjyllands Sundhedsprofil* fra 2006 bekræfter dette billede: Kroniske sygdomme, risikable sundhedsvaner og dårligt selvvrundet

helbred optræder med betydelig overvægt hos kortuddannede. En sundhedsprofil med deltagelse af de største etniske minoriteter er i analysefasen og vil primo 2008 kunne komplettere det samlede billede.

Arbejdet handler ikke om de generelle aspekter af social ulighed, men derimod om at sætte fokus på sundhedsvæsenets kompenserende indsats.

Arbejdsform

Udvalget udøver sin virksomhed i henhold til den af Regionsrådet vedtagne standardforretningsorden for midlertidige udvalg. Det midlertidige udvalg skal på baggrund af gennemgang og præsentationer af eksisterende viden og erfaringer på området (forekomst og konsekvenser) diskutere prioriteringen af problemstillinger i sundhedsvæsenet, herunder med henblik på at fremkomme med overvejelser og eventuelle anbefalinger.

Af rapportering

Udvalget udarbejder *en redegørelse over udvalgets overvejelser og eventuelle anbefalinger*, der kan indgå i bl.a. Regionsrådets og Sundhedskoordinationsudvalgets drøftelser af spørgsmålet om sociale forskelle i sundhed og mulighederne for at påvirke sådanne forskelle.

Udvalget har i sagens natur ikke mulighed for at løse ulighedsproblemet. Omvendt er det en nødvendig problemstilling at adressere og løfte ind i sundhedsvæsenet.

Det planlægges at afholde seks møder i udvalget. Dertil kommer dialogmøder med

blandt andre *Sundhedsstyregruppen* (det kommunale administrative samarbejdsorgan), *Sundhedsbrugerrådet* og *Praksisudvalget*. Udvalget sekretariatsbetjenes af Regionalt Sundhedssamarbejde, Center for Folkesundhed og Psykiatri og Socialstab. ■



Panel for sundhedsområdet

Foruden de midlertidige udvalg er der også på sundhedsområdet nedsat et sundheds-panel.

Sundhedspanelet

Kommissorium

Panelet er etableret i henhold til beslutning på møde i Regionsrådet den 12. december 2007 og skal fungere i perioden 1. januar 2008-31. december 2009.

FORMAND: NN
NÆSTFORMAND: NN

Medlemmer

Panelet består af Region Midtjyllands medlemmer af Sundhedskoordinationsudvalget, af Samarbejdsudvalgsrepræsentanter: privatpraktiserende speciallæger og af Samarbejdsudvalgsrepræsentanter: almen praksis:

Johannes Flensted (A) ¹	Sundhedskoordinationsudvalget
Anna Maria Touborg (SF)	do.
Aage Koch-Jensen ¹ (C)	do.
Kate Runge (V)	do.
Ulla Diderichsen (V)	do.
Leif Mørck (A)	Samarbejdsudvalg, speciallæger
NN (SF)	do.
Olav Nørgaard (K)	do.
Birgit Jonassen (DF)	do.
Conny Jensen (A)	Samarbejdsudvalg, almen praksis
Alice Espeholt (V)	do.

Formål og opgave

Det er en væsentlig politisk opgave at styrke og udvikle samarbejdet mellem almen praksis, kommuner og hospitaler med henblik på at skabe et integreret sundhedsvæsen.

Panelet skal give Region Midtjyllands repræsentanter i Sundhedskoordinationsudvalget og repræsentanterne i samarbejdsudvalgene på almen læge- og speciallægeområdet mulighed for

at drøfte regionens rolle i forhold til samarbejde mellem de tre hovedaktører i sundhedsvæsenet: praksis, kommune og hospital, herunder:

- **Kommunesamarbejde**, herunder indgåelse og udvikling af sundhedsaftalerne.
- **Kronikerindsats**, herunder samarbejde med kommuner, praktiserende læger og hospitaler om implementering af en ændret tilrettelæggelse af indsatsen for borgere med kronisk sygdom.
- **Sundhedshuse**, herunder arbejde med ændrede samarbejdsmodeller set i lyset af akutplan, specialeplan m.m.
- **Folkesundhed**, som er et prioriteret område for Region Midtjylland.
- **Praksisplaner**, med henblik på at praksissektorens indsats bliver integreret i den øvrige del af sundhedsvæsenet.

Arbejdsform

Panelet fremlægger én gang om året en *statusredøgørelse* for Regionsrådet, der giver et overblik over problemstillinger, udviklingstiltag og perspektiver i forhold til samspillet mellem praksissektoren, kommunerne og hospitalerne. Administrationen sikrer løbende i samråd med panelets formand, at væsentlige problemfelter, der har været genstand for drøftelse i panelet, bringes til Regionsrådets kendskab.

NOTE

1) Også medlem af Samarbejdsudvalget, almen praksis

LINK

Der kan læses mere om Region Midtjyllands samarbejde med regionens kommuner, herunder om arbejdet med revision af sundhedsaftaler på: www.rm.dk/sundhed/samarbejde+med+kommunerne

Revision af Sundhedsaftaler er begyndt

Revisionen er begyndt

Den 1. januar markerer indgangen til det år, hvor sundhedsaftalerne skal revideres. Arbejdet er gået i gang i de temagrupper, der skal stå for den konkrete formulering af den 'nye' generelle aftale. Denne gang er deltagerkredsen i temagrupperne reduceret, fordi der på såvel kommunal som på praksis- og hospitalsside arbejdes ud fra et repræsentationsprincip. De enkelte medlemmer repræsenterer altså et bagland. Ønsket er at reducere det administrative arbejde, mens udfordringen bliver at skabe ejerskab og sikre samklang med dem, man repræsenterer. På de første møder i temagrupperne blev disse forhold understreget.

Grupperne har, også som noget nyt, et delt formandskab. Kommuner og regioner er fælles om udformningen af de enkelte kapitler. Formandskaberne afholder også et møde med Sundhedsstyrelsen i slutningen af februar, hvor der er mulighed for at afstemme *violinerne* forud for færdiggørelse af de endelige aftaler.

Grupperne skal arbejde hurtigt. I februar får såvel Sundhedsstyregruppe som Sundhedskoordinationsudvalg en meget kort orientering om arbejdet, mens Sundhedsstyregruppens kontaktudvalg forventeligt kan præsenteres for et udkast til den 'nye' generelle sundhedsaftale på et møde den 16. april. Derefter skal aftalen behandles på Sundhedskoordinationsudvalgets møde den 30. april. Samme dag ser Sundhedsstyregruppen aftalen.

Processen er herefter, at aftalen drøftes videre i de enkelte klynger, hvorefter der forhandles bilateralt med kommunerne inden sommerferien. Den politiske godkendelsesproces er planlagt til sensommeren med indsendelse til Sundhedsstyrelsen den 30. september 2008.

Sundhedsfremme og forebyggelse

Der er særligt fokus på kapitlet om sundhedsfremme og forebyggelse. Det skyldes, at Sundhedsstyrelsens kommentarer til netop dette kapitel var særligt omfattende. Kunsten her består i at bevare de gode og relevante indholdsdele og samtidig gøre plads for en mere systematisk præsentation.

To af de indsatsområder, som er indeholdt i den nuværende generelle aftale,

- **Social ulighed i sundhed:** *Differentierede tilbud i forbindelse med graviditet, fødsel, barsel og familiedannelse, og*
- **Uddannelse af borgere med kroniske lidelser** er løftet ud i nye temagrupper med et bredere perspektiv: **Svangre, børn og unge** og **Kronikerindsats**. Disse grupper er ikke omfattet af revisionen og har derfor også et lidt længere tidsperspektiv.

