

Viborg, den 15. september 2025

## Anbefalinger fra Region Midtjyllands Udsatteråd 2022-2025



## Indholdsfortegnelse

KAPITEL 1 .....	3
1.1 Indledning.....	3
1.2 Baggrund for anbefalingerne .....	3
1.3 Udsatterådets medlemmer .....	4
KAPITEL 2 .....	5
2.1 Udsatterådets overordnede anbefalinger .....	5
KAPITEL 3 .....	6
3.1 Borgerhistorier og udsagn fra foreningerne i Udsatterådet.....	6
3.2 Sundhedsvæsenet generelt – viden, kultur mm. ....	6
3.3 Manglende tilbud og udfordringer med sundhedsvæsenets tilbud .....	7
3.4 Traumebevidst tilgang .....	7
3.5 Pårørende og andre ledsagere .....	8
3.6 De praktiserende lægers rolle .....	8
3.7 Unge i sårbare positioner .....	8
KAPITEL 4 .....	9
4.1 Generelle anbefalinger.....	9
4.2 No wrong door-princip og ingen slipper, før en anden tager over .....	9
4.3 Flere tilbud til udsatte borgere .....	10
4.4 Mere viden om udsatte borgere .....	11
4.5 Traumebevidst tilgang i sundhedsvæsenet.....	11
4.6 Samarbejde og inddragelse af patienter, pårørende og civilsamfund .	12
4.7 De praktiserende lægers rolle i at styrke lighed i sundhed .....	13

# KAPITEL 1

## 1.1 Indledning

Region Midtjyllands Udsatteråd har gennem sit arbejde i valgperioden 2022-2025 formuleret en række anbefalinger til Region Midtjylland.

Det er Udsatterådets forhåbning, at anbefalingerne kan bidrage til arbejdet med lighed i sundhed i den nye sundhedsregion og i de nye sundhedsråd.

Anbefalingerne adresserer de to hovedformål med Udsatterådet:

1. Udsatterådet skal sikre, at viden og erfaringer om de særlige behov og ønsker for mennesker i udsatte positioner høres og inddrages i politiske beslutninger og administrativ praksis i Region Midtjylland. Det skal bidrage til bedre og mere fleksible tilbud, bedre forebyggelse og dermed til større lighed i sundhed for alle borgere i regionen.
2. Udsatterådet skal ligeledes bidrage til at identificere problemstillinger i det tværsektorielle samarbejde omkring mennesker i udsatte positioner og dermed understøtte arbejdet med at skabe sammenhængende indsatser for borgerne.

Udsatterådets anbefalinger omhandler som udgangspunkt borgere i sårbare positioner, der er Udsatterådets målgruppe.

En del af anbefalingerne vil samtidig også kunne have en positiv betydning for andre patienter og borgere.

## 1.2 Baggrund for anbefalingerne

Udsatterådets anbefalinger bygger på den store viden og erfaring, som foreningerne i Udsatterådet har om deres respektive målgrupper og deres udfordringer og oplevelser med sundhedsvæsenet - fra foreningernes daglige kontakt med borgerne.

Denne viden er suppleret gennem dialog med forskellige videnspersoner i forbindelse med Udsatterådets møder. Herunder Kira West, formand for det Nationale Råd for Socialt Udsatte, professor og praktiserende læge Mogens Vestergaard, besøg hos socialsygeplejerskerne på Aarhus Universitet, dialoger med Præhospitalet m.fl.

Konkret har Udsatterådet arbejdet med at belyse to mærkesager: "systemet kan ikke sige nej" og "traumebevidst tilgang".

Målet med mærkesagen om, at "systemet kan ikke sige nej", er at bidrage til en tilgang om, at sundhedsvæsenet skal påtage sig et større ansvar for de udsatte borgere/borgere i sårbare positioner. Eksempelvis gennem fokus på dette mål i ledelserne på alle niveauer, styrkelse af sundhedskompetencer mm.

Målet med mærkesagen om traumebevidst tilgang er at medvirke til at styrke denne særlige tilgang generelt i sundhedsvæsenet, da borgere i sårbare positioner i mange tilfælde har oplevet traumer.

Anbefalingerne er illustreret gennem en række borgerhistorier og udsagn fra foreningerne i Udsatterådet.

## 1.3 Udsatterådets medlemmer

Region Midtjyllands Udsatteråd består af 15 medlemmer udpeget af regionsrådet.

Medlemmerne er fordelt med elleve medlemmer, der repræsenterer frivillige organisationer og lignende aktører, samt fire regionsrådsmedlemmer.

Repræsentanter for frivillige organisationer:

- Kristina Louise Bliksted, Foreningen Social Sundhed (næstformand)
- Karen Elisabeth Vestergaard, Røde Kors
- Anders Stagis, Blå Kors
- Anders Sørensen, KFUK's sociale arbejde
- Freddy Nielsen, SAND – De hjemløses landsorganisation
- Birgitte Thorup, Kirkens Korshær
- Mette Møller Løvstad, Center for Seksuelt Misbrugte
- Marianne Bruhn, Ungdommens Røde Kors
- Johanne Marie Dirdal Daasbjerg, Den Sociale Rets Hjælp
- Annie Røn, Bedre Psykiatri
- Susanne B. Andersen, Lev

Repræsentanter for regionsrådet:

- Else Søjmark (A) (formand) – indtrådt pr. 1. januar 2025.
- Susanne Buch (F)
- Rose-Marie Møllerup (P)
- Olav Nørgaard (V)

Ditte Fredensborg (A) (tidl. formand) udtrådte af Udsatterådet pr. 31. december 2024.

Udsatterådets kommissorium kan ses her: [Udsatterådets kommissorium](#)

## KAPITEL 2

### 2.1 Udsatterådets overordnede anbefalinger

Udsatterådet har følgende overordnede anbefalinger til at styrke ligheden i sundhed for borgere i sårbare positioner i Region Midtjylland:

1. Udsatterådet anbefaler, at sundhedsvæsenet i højere grad særligt tilgodeser de sårbare borgere, både fagligt, menneskeligt/kulturelt og ressourcemæssigt.
2. Udsatterådet anbefaler, at der indføres et princip om, at der ikke er nogen forkert indgang til sundhedsvæsenet. Adgangen til sundhedsvæsenet bør være fleksibel og nem, særligt for borgere i sårbare positioner.
3. Udsatterådet anbefaler, at der indføres et princip om, at man fra sundhedsvæsenets side ikke slipper en borger, før en anden har taget over.
4. Udsatterådet anbefaler, at der arbejdes for flere relevante tilbud til borgere i sårbare positioner i det formelle sundhedsvæsen.
5. Udsatterådet anbefaler, at der arbejdes med at styrke udsattefagligheden i sundhedsvæsenet og at tilvejebringe større viden om, hvad der virker for borgere i sårbare positioner.
6. Udsatterådet anbefaler, at der arbejdes for at skabe en mere traumebevidst tilgang til borgere i sårbare positioner i sundhedsvæsenet.
7. Udsatterådet anbefaler, at samarbejdet mellem sundhedsvæsenet og civilsamfundet udbygges og systematiseres, så den viden og de ressourcer, der er i civilsamfundet, kan sættes endnu bedre i spil.
8. Udsatterådet anbefaler, at der arbejdes for en mere anerkendende og inddragende tilgang til samspillet mellem sundhedsvæsenet og patienter og pårørende.
9. Udsatterådet anbefaler, at der arbejdes for, at de praktiserende læger får en styrket rolle som nøglepersoner i forhold til at styrke lighed i sundhed for borgere i sårbare positioner.

Udsatterådet er opmærksom på og anerkender, at Region Midtjylland har et stærkt fokus på at mindske uligheden i sundhed, både politisk, administrativt og på de enkelte hospitaler. Og at der er taget en række initiativer, der skal styrke ligheden i sundhed i Region Midtjylland.

Anbefalingerne skal derfor ses som et input til, hvordan man kan styrke denne indsats i Region Midtjylland set ud fra Udsatterådets særlige kendskab til borgere i sårbare positioner og perspektiver.

Udsatterådets anbefalinger er nærmere uddybet i kapitel 4.

## KAPITEL 3

### 3.1 Borgerhistorier og udsagn fra foreningerne i Udsatterådet

Foreningerne i udsatterådet har givet en række borgerhistorier og udsagn, der illustrerer de forskellige udfordringer, som deres målgrupper typisk kan møde i forhold til sundhedsvæsenet – og som udfordrer ligheden i sundhed for borgere i sårbare positioner.

Udsatterådets anbefalinger til Region Midtjylland er udformet med afsæt i disse udfordringer.

De følgende borgerhistorier og udsagn er foreningernes egne udsagn om forskellige forhold omkring lighed i sundhed for borgere i sårbare positioner.

En række af eksemplerne er komplekse og omhandler ikke kun ydelser, som regionen har ansvaret for. De illustrerer derfor også – med udgangspunktet i borgeren - kompleksiteten i forhold til at give den gode og virkningsfulde behandling til udsatte borgere. Og dermed nødvendigheden af en koordineret tværfaglig og tværsektoriel indsats.

### 3.2 Sundhedsvæsenet generelt – viden, kultur mm.

*Der er behov for mere fleksible sundhedsindsatser i forhold til borgere i sårbare positioner* Mange af foreningernes borgere har vanskeligt ved at møde op til faste aftaler og følge komplekse behandlingsforløb. Der er behov for mere fleksibilitet og forståelse fra sundhedsvæsenets side for at kunne imødekomme disse udfordringer.

*Man skal møde borgerne der, hvor borgerne er*

Foreningerne møder borgere, der ikke kan komme hen til "systemet" (hospitalet, lægen etc.) på grund af deres sygdom, livssituation eller andet. Systemet skal i højere grad komme ud til borgerne.

*Der er en risiko for forudindtagethed overfor visse borgere i mødet med sundhedssystemet* F.eks. som følge af oplysninger i journalen om episoder med udadreagerende adfærd (eksempelvis pga. PTSD). Der er et konkret eksempel, hvor en syg borger mødes af vagter ved indgangen til Akutafdelingen frem for sundhedspersonale. Det handler om, hvordan man møder borgeren og har forståelse for borgerens situation. Der er behov for at nedtrappe i stedet for optrappe.

*Stigma og manglende forståelse*

Der er en generel mangel på forståelse for målgruppens situation, hvilket kan føre til diskrimination. Et eksempel på dette er, når foreningen oplever, at alarmcentralen er mindre lydhør overfor opkald vedrørende hjemløse eller misbrugere.

*Der er behov for større kendskab til borgere med særlige behov i sundhedsvæsenet*

Eksempel med borgere, der er svære at smertedække, da de får anden medicin samtidigt.

*Psykisk og fysisk sundhed*

Psykiske lidelser overskygger ofte somatiske problemer, hvilket fører til utilstrækkelig behandling af fysiske helbredsproblemer. Eksemplet "Først tilrettelægger vi din angstmedicin, senere undersøger vi dine lunger" illustrerer dette problem godt.

### 3.3 Manglende tilbud og udfordringer med at anvende sundhedsvæsenets tilbud

#### *Manglende tilbud til borgere i sårbare positioner*

Foreningerne oplever eksempler på manglende tilbud til udsatte borgere. En del af foreningerne møder jævnligt borgere, der reelt er udskrevet til gaden, da der mangler et tilbud til dem.

Konkret eksempel: En mand med stomi, der er hjemløs i frostvejr, kommer ind på omsorgshjem. Han bliver tøet op og skal på ud på gaden igen.

*Adgang til ydelser - mange af de relevante borgere falder mellem flere stole i systemet* Eksempel: En udsat borger er blevet udredt for noget, der kræver en medicinsk behandling (kur over flere døgn/uger). Men borgeren har ikke hverken midlerne eller overskuddet til at indkøbe eller vedligeholde en sådan kur og dermed sikkert og hurtigt blive rask. Borgerens tilstand er i høj risiko for at blive forværret og/eller overføre eventuel smitte til andre.

#### *Borgerne kan ikke benytte sundhedsvæsenets tilbud*

Foreningerne oplever ofte borgere, der ikke har midler eller praktisk mulighed for at anvende sundhedsvæsenets tilbud eller følge op på behandling. Det kan være i forhold til transport til behandlingsstedet eller til selv at købe nødvendig medicin.

Eksempel: Hjemløs kvinde, misbrugende og svært påvirket af flere forskellige personlighedsforstyrrelser, udskrives efter indlæggelse til gaden med stort sår efter infektion med nekrotisk bakterie. Såret skal skiftes på hospitalet flere gange ugentligt. Borgeren er ude af stand til på egen hånd at overholde behandlingstiderne på hospitalet. Da borgeren derudover er uden forsørgelse, har hun heller ikke midler til at købe den nødvendige medicin til behandling af såret. Borgeren restituerer på et omsorgscenter. Der indkøbes nødvendig medicin til en kortere periode, og borgeren udskrives derefter til en bekendt.

Eksempel: Hjemløs mand udskrives til gaden efter behandling for livstruende og varig hjerte-karlidelse. Er uden forsørgelse og dermed uden midler til at købe den livsvigtige medicin. Borgeren restituerer på omsorgscenter. Medicinen finansieres via donationer fra kirkerne i området.

Den manglende opfølgende behandling af borgerne, enten fordi de ikke magter det på egen hånd, eller fordi midlerne mangler, er årsag til mange genindlæggelser.

#### *Adgang til digitale løsninger*

Mange af de borgere, som foreningerne møder, har svært ved at håndtere digitale krav, såsom at genoprette MitID, hvilket kan forhindre dem i at få adgang til nødvendige ydelser. Hvis de tilmed er hjemløse, har de ikke nem adgang til post.

### 3.4 Traumebevidst tilgang

#### *Der er behov for, at sundhedsvæsenet er mere traumebevidst i mødet med borgerne*

Foreningen møder mange personer med "traumer med i rygsækken", eller hvor traumer først opdages meget sent. Der er en oplevelse af, at traumer ikke tilgodeses i tilstrækkeligt omfang i sundhedsvæsenet.

Foreningerne oplever samtidig en vis berøringsangst i sundhedsvæsenet i forhold til traumer.

Konkret eksempel: En kvinde med mange indlæggelser i psykiatrien. Først efter 20 år bliver der taget hul på at behandle hendes traumer fra et seksuelt overgreb.

### 3.5 Pårørende og andre ledsagere

#### *Manglende anerkendelse af pårørende og andre hjælpere/ledsagere*

Der er en oplevelse i foreningerne af manglende anerkendelse og inddragelse af de pårørende, hjælpere etc. fra sundhedsvæsenets side.

Det opleves, at der siges "nej" til hjælpere og andre, der følger med borgeren til behandling eller lignende. Herved får man heller ikke mulighed for at overlevere nyttig viden til sundhedsvæsenet, der både kan hjælpe i et godt møde med sundhedsvæsenet, og i at borgeren er motiveret for at gennemføre behandlingen.

### 3.6 De praktiserende lægers rolle

#### *De praktiserende lægers rolle i forhold til borgere i sårbare positioner*

Foreningerne oplever, at lægesystemet er for ufleksibelt i forhold til de behov, der er for hjælp til udsatte borgere.

Foreningerne ønsker, at de praktiserende læger tager et større ansvar/er mere fleksible i forhold til at "betjene" udsatte borgere. Mange udsatte borgere bevæger sig meget rundt i landet og bor derfor ikke samme sted som deres egen praktiserende læge. Der bør være mulighed for at komme til en praktiserende læge, uanset hvor i landet man befinder sig aktuelt.

#### *Der er risiko for mangelfuld udredning*

Udredningen af udsatte borgeres sundhedsproblemer er ofte mangelfuld. Det skyldes, at de udsatte borgere ofte har haft en sporadisk eller mangelfuld kontakt med deres læge, bl.a. på grund af mange flytninger fra forsorgshjem til forsorgshjem og hyppige lægeskift. Denne manglende kontinuitet i lægekontakt betyder, at mange sundhedsproblemer ikke bliver tilstrækkeligt udredt eller behandlet.

#### *Tættere samspil med civilsamfundet m.fl. om borgere i sårbare positioner*

Der kan med fordel etableres praktiske muligheder og incitamentter til et tættere samspil og relationer mellem de praktiserende læger og pårørende, venner, relevante aktører i civilsamfundet m.fl. om borgere i sårbare positioner. Så de praktiserende læger kan bidrage til at sætte den viden og de ressourcer, der er blandt pårørende, venner, civilsamfundet m.fl., i spil til gavn for borgeren.

### 3.7 Unge i sårbare positioner

Foreningerne, særligt Ungdommens Røde Kors, peger på nogle særlige problemstillinger i forhold til unge i sårbare positioner:

- Det er svært at blive indlagt. Man skal være meget dårlig, før man kan blive indlagt. Her er det svært at komme ind af døren. Og man bliver ikke taget seriøst. Flere føler, der bliver talt om en og ikke til en.
- Det er svært som ung at møde alle "tragiske eksempler" i systemet. Det kan føles håbløst. Men vigtigt at anvise den unge en "vej ud" og alle de gode eksempler fra folk, der har fået det bedre.
- Unge kender ikke deres rettigheder særligt godt, og de kender ikke til, hvilke tilbud der er. Man får en lille pjece med sine patientrettigheder, men det er ikke fyldestgørende for denne gruppe.
- Det kan være svært at fylde 18 år i systemet, fordi man skal stå på egne ben. Forældre får fx ingen information, og der kan være forskellige ønsker for behandlingen.

## KAPITEL 4

I det følgende er Udsatterådets ni overordnede anbefalinger uddybet.

### 4.1 Generelle anbefalinger

*Udsatterådet anbefaler, at sundhedsvæsenet i højere grad særligt tilgodeser de sårbare borgere, både fagligt, menneskeligt/kulturelt og ressourcemæssigt.*

- Udsatterådet opfordrer til en kulturændring i sundhedsvæsenet med mere fleksible og individuelt tilpassede indsatser til borgere i udsatte positioner.
- Udsatterådet opfordrer til øget opmærksomheden på social udsathed og på at integrere borgerens samlede livssituation i sundhedsindsatsen.
- Reel lighed i sundhed fordrer, at der allokeres flere ressourcer til borgere i sårbare positioner og færre ressourcer til ressourcestærke borgere.
- Målret indsatserne for de mest udsatte borgerne, da deres udfordringer lægger beslag på en stor del af de sociale udgifter. Der er menneskeligt og samfundsøkonomisk mange ressourcer at hente ved at give denne gruppe borgere en mere virkningsfuld behandling. Flere investeringer for de mest udsatte borgere og større fleksibilitet i indsatserne betaler sig.
- Anerkend og understøt sundhedspersonale, der udøver den nødvendige fleksible og særlige social indsats for udsatte borgere. Og giv det ledelsesmæssig opmærksomhed. Man skal kunne lide at arbejde med denne målgruppe.
- Benyt og byg videre på allerede eksisterende sundhedsindsatser blandt eksempelvis civilsamfundets mange aktører. Samarbejd, understøt og styrk dem, så de bliver endnu stærkere og mere relevante "forposter" til det formelle sundhedsvæsen.

### 4.2 No wrong door-princip og ingen slipper, før en anden tager over

*Udsatterådet anbefaler, at der indføres et princip om, at der ikke er nogen forkert indgang til sundhedsvæsenet. Adgangen til sundhedsvæsenet bør være fleksibel og nem, særligt for borgere i sårbare positioner.*

*Udsatterådet anbefaler, at der indføres et princip om, at man fra sundhedsvæsenets side ikke slipper en borger, før en anden har taget over.*

- Udsatterådet anbefaler, at man i sundhedsvæsenet i forhold til borgere i sårbare positioner arbejder ud fra et princip om, at "systemet kan ikke sige nej". Det indebærer, at sundhedsvæsenet påtager sig ansvaret for at hjælpe en borger videre til det rette tilbud og ikke slipper borgeren, før en anden tager over.
- Ofte har borgere i sårbare positioner flere samtidige somatiske og psykiske udfordringer – foruden sociale udfordringer. Der bør være en fleksibel tilgang til disse borgere, da de ofte ikke kan indgå i fastlagte forløb og "kasser".

- Foreningerne i Udsatterrådet vil gerne gøre opmærksom på en problemstilling, som handler om, at en gruppe af udsatte borgere ikke henvender sig til sundhedsvæsenet på trods af sygdom. Enten fordi de ikke rent ressourcemæssigt har overskud til det, eller fordi de ikke har tillid til "systemet". Der er behov for en opsøgende indsats i forhold til disse borgere.
- Foreningerne efterspørger en bedre kobling mellem personalet på "gadeniveau" – eksempelvis medarbejdere i civilsamfundet – og det professionelle behandlingssystem.
- Foreningerne efterspørger et styrket samarbejde mellem sektorer og et forpligtende samarbejde omkring de udsatte borgere, hvor det ikke er muligt for sektorer at afvise borgere uden en helhedsorienteret løsning.
- Civilsamfundets organisationer har en vigtig rolle som "limen" mellem de forskellige aktører/sektorer på sundhedsområdet (sikkerhedsnet for borgerne), og Udsatterrådet opfordrer til at understøtte denne rolle – også ressourcemæssigt.
- Der er en række praktiske forhold, som udfordrer, at borgere i sårbare positioner kan få gavn af sundhedsvæsenets tilbud på samme måde som andre borgere. Det gælder særligt et sted at bo for hjemløse efter behandling i sundhedsvæsenet, transport til og fra behandling og opfølgning samt anskaffelse af nødvendig medicin.
- Foreningerne ser jævnligt, at udsatte borgere, der er færdigbehandlede, men ikke raske, ikke har et sted at gå hen, når de udskrives.
- Udsatterrådet har i en særskilt henvendelse til regionsrådet peget på udfordringerne for hjemløse og andre i forhold til transport til behandling mm. Det er den klare opfattelse, at de nuværende regler ikke bidrager til mere lighed i sundhed, men snarere det modsatte. De kan være en reel forhindring for, at sårbare borgere får den nødvendige behandling.
- Foreningerne i Udsatterrådet har tilsvarende mange eksempler på, at borgere ikke har råd til den nødvendige medicin eller adgang til selv at hente medicin på apotek eller lignende. Udsatterrådet opfordrer i den forbindelse til, at man reducer transportbehov og økonomiske byrder for borgere i sårbare positioner.

### 4.3 Flere tilbud til udsatte borgere

*Udsatterrådet anbefaler, at der arbejdes for flere relevante tilbud til borgere i sårbare positioner i det formelle sundhedsvæsen.*

- Det er foreningernes erfaring, at der mangler offentlige tilbud til borgere i sårbare positioner, før og efter udskrivelse. Eksempelvis tilbud om midlertidige ophold med fokus på borgere med behov for særlig pleje, omsorg og/eller konkret sundhedsmæssig opfølgning.
- Udsatterrådet opfordrer til, at region og kommuner i fællesskab arbejder på at identificere, hvor der mangler tilbud til borgere i sårbare positioner.
- Udsatterrådet opfordrer til, at der skabes overblik over relevante tilbud til borgere i sårbare positioner på tværs af region, kommuner, praktiserende læger, civilsamfundet m.fl. Og at tilbuddene tydeliggøres og formidles til udsatte borgere, foreningerne i civilsamfundet m.fl.
- Der er behov for fremskudte adgangsdøre til sundhedsvæsenet, så borgerne kan møde sundhedspersonale, hvor borgerne opholder sig. Eksempelvis så sundhedspersonale kan tilbyde opstart og behandling i hjemmet eller på opholdssteder/varmestuer.

- Foreningerne efterspørger udkørende funktioner med mulighed for tidlig opsporing, behandling og opfølgning samt pleje og omsorg. Generelt er det vigtigt at sikre et system, der rummer, rammer og favner borgerne i sårbare positioner, uanset hvad de kommer med, og ligeledes har en særlig opmærksomhed på at opbygge en tillidsfuld relation som en del af behandlingen.
- Udsatterådet opfordrer til, at man undersøger mulighederne for at anvende nye teknologiske løsninger i forhold til borgere i sårbare positioner.

#### 4.4 Mere viden om udsatte borgere

*Udsatterådet anbefaler, at der arbejdes med at styrke udsattefagligheden i sundhedsvæsenet og at tilvejebringe større viden om, hvad der virker for borgere i sårbare positioner.*

- Der er behov for mere evidensbaseret viden om, hvordan man sikrer en god og relevant behandling af borgere i sårbare positioner.
- Der er behov for at få mere viden om behandling af borgere i sårbare positioner ud i hele sundhedsvæsenet på alle niveauer. Og ikke kun den faglige viden, men også viden om mødet med borgeren.
- Der er behov for bedre data om borgere i sårbare positioner. Data på det niveau findes ikke i dag, men den er nødvendig, hvis man skal kunne følge udviklingen i lighed i sundhed for denne særlige gruppe af borgere.

#### 4.5 Traumebevidst tilgang i sundhedsvæsenet

*Udsatterådet anbefaler, at der arbejdes for at skabe en mere traumebevidst tilgang til borgere i sårbare positioner i sundhedsvæsenet.*

Traumer er særligt udbredte blandt voksne, som lever i social udsathed eller har psykiske vanskeligheder. En borger med traumer vil ofte opleve utryghed, mistillid og et forhøjet alarmberedskab i mødet med sundhedsvæsenet. Det kan betyde, at borgeren kan reagere med fx ængstelse, skepsis eller aggression og have svært ved at reflektere. Det kan have stor betydning for samarbejdet om indsatsen og for borgerens udbytte af den.

Den traumebevidste tilgang er ikke en behandlingsform, men en ramme for samarbejdet med borgeren, som kan understøtte vedkommendes recovery og rehabilitering og sikre, at borgeren får bedre udbytte af behandlingen / ønsker at indgå i behandling.

- Foreningerne ser ofte, at borgere i sårbare positioner - og særligt de mest udsatte borgere - har traumer. Ofte traumer, der ikke er opdaget eller behandlet, når de er opstået. For at sikre de mest udsatte borgeres lige udbytte af sundhedsindsatser er det derfor vigtigt i alle sammenhæng at arbejde ud fra en traumebevidst tilgang.
- Udsatterådet opfordrer samtidig til, at der arbejdes målrettet med (tidlig) opsporing af traumer. Herunder at der også er opmærksomhed på traumefokuseret tilgang blandt børn og unge.
- Den traumebevidste tilgang og metodetilgang er relevant i hele sundhedsvæsenet og således både i psykiatrien og i somatikken.

- Det er Udsatterådets opfattelse, at en mere systematisk traumebevidst tilgang kræver en kulturændring og derfor vil tage tid at implementere. Det anbefales derfor, at der arbejdes målrettet med at udvikle kulturen, så der i alle sammenhænge tænkes ind i at se, møde og respektere den enkelte borger, så borgeren oplever at få bevaret eget aktørskab, uanset om de aktuelt er i en svær livssituation.

## 4.6 Samarbejde og inddragelse af patienter, pårørende og civilsamfundet med særlig fokus på den nye sundhedsregion og de nye sundhedsråd

*Udsatterådet anbefaler, at samarbejdet mellem sundhedsvæsenet og civilsamfundet udbygges og systematiseres, så den viden og de ressourcer, der er i civilsamfundet, kan sættes endnu bedre i spil.*

- Udsatterådet opfordrer til, at civilsamfundet anerkendes som ligeværdige samarbejdspartnere.
- Foreningerne oplever, at deres borgergruppe ikke altid har ressourcer til at tale for sig selv. Der er derfor brug for nogle, der kan tale deres sag ind i sundhedsvæsenet.
- Foreningerne i civilsamfundet har et særligt kendskab og perspektiv i forhold til deres borgergrupper, som sundhedsvæsenet bør inddrage.
- Udsatterådet opfordrer til, at Region Midtjylland fortsat aktivt forpligter sig på dialog og inddragelse af civilsamfundet i den nye sundhedsregion og i de lokale sundhedsråd.
- Udsatterådet opfordrer til, at civilsamfundet/foreningerne tænkes ind i en fast struktur fra starten af den nye sundhedsregion for at sikre inddragelsen og dialogen om borgere i sårbare positioner. Inddragelsen skal være systematisk og forpligtende fra regionens side.
- Udsatterådet opfordrer til, at inddragelse og dialog med civilsamfundet sker tidligt i processerne, så det giver mening for begge parter.
- Foreningerne i Udsatterådet opfordrer til, at tilrettelæggelsen af den fremtidige inddragelse og dialog i den nye sundhedsråd sker på en måde, der tilgodeser ressourcerne i foreningerne.
- Udsatterådet opfordrer til, at Region Midtjylland har fokus på, hvordan man kan støtte op om det vigtige arbejde i civilsamfundet.
- Udsatterådet opfordrer til, at man fremadrettet har en bredere tilgang til forståelsen af patientforeninger. Mange foreninger i civilsamfundet er også patientforeningen, da deres borgergrupper har særlige sundhedsmæssige udfordringer (ikke nødvendigvis diagnosebestemte).
- Foreningerne opfordrer til, at Region Midtjylland udvikler samarbejdsmodeller, hvor civilsamfundsorganisationer fungerer som bindeled mellem offentlige sektorer.
- Udsatterådet opfordrer de nye sundhedsråd til at have en generel opmærksomhed på at opbygge netværk og bygge bro til de særlige indsatser og konkrete ildsjæle, der vil arbejde fleksibelt med at sikre social og geografisk lighed i sundhed.

*Udsatterådet anbefaler, at der arbejdes for en mere anerkendende og inddragende tilgang til samspillet mellem sundhedsvæsenet og patienter og pårørende.*

- Der er behov for en større anerkendelse og involvering af pårørende, støttepersoner, ledsagere m.fl. i sundhedsvæsenet.
- I forhold til at nå borgere i udsatte positioner er det særligt vigtigt at inddrage og indtænke de pårørende og andre vigtige relationer som ligeværdige og betydningsfulde samarbejdspartnere, så deres kendskab til personen aktivt indtænkes i omsorgen, indsatser og behandling.
- Sundhedsvæsenet skal i højere grad benytte sig af den viden, der allerede er om en patient/borger.
  - Der er hos personer rundt om borgeren ofte en viden om borgeren, som med fordel kan/bør inddrages i sundhedsvæsenets møde med borgeren og den efterfølgende behandling. Det vil kunne give et bedre forløb, både for borgeren og de ansatte. Herunder øge muligheden for, at borgeren gennemfører den relevante behandling.
  - Der efterspørges en funktion, hvor man (på rørende, foreningerne m.fl.) kan overlevere relevant viden om en borger, så den kan komme borgeren til gavn i sundhedsvæsenet.
  - Det efterspørges, at der på tværs af systemer/sektorer mm. skabes adgang til allerede eksisterende relevant viden om en borger i mødet med sundhedsvæsenet.
- Udsatterådet efterspørger nogle tydelige overordnede principper og retningslinjer for samarbejdet med pårørende, støttepersoner m.fl. i sundhedsvæsenet i Region Midtjylland (eventuelt i form af en "på rørendepolitik").
- Udsatterådet opfordrer til, at man i sundhedsvæsenet har en særlig opmærksomhed på at lytte til og støtte op om de på rørende.
- Inddragelse af på rørende og andre støttepersoner m.fl. skal altid ske i overensstemmelse med borgerens/patientens eget ønske.

## 4.7 De praktiserende lægers rolle i at styrke lighed i sundhed

*Udsatterådet anbefaler, at der arbejdes for, at de praktiserende læger får en styrket rolle som nøglepersoner i forhold til at styrke lighed i sundhed for borgere i sårbare positioner.*

- De praktiserende lægers rolle i forhold til sårbare borgere bør styrkes og formaliseres i endnu højere grad, end tilfældet er i dag.
- Udsatterådet kan se et potentiale i, at de praktiserende læger skal kunne specialisere sig i forskellige borgergrupper, herunder sårbare borgere.
- Det er foreningernes erfaring, at de sårbare/udsatte borgere ikke alle selv opsøger en praktiserende læge. Der er derfor behov for nytænkning for at bringe de praktiserende læger tættere på de sårbare/udsatte borgere, eksempelvis
  - En udvidelse af ordningen med fast tilknyttede bostedslæger til flere målgrupper, inklusive borgere uden fast bopæl.
  - Læger på gadeplan – læger særligt for de udsatte borgere.
  - Etablering af "Gadens hus" indeholdende læge, mobile udsatteenheder etc.