

Magt til borgerne giver mindre ulighed i sundhed

Mange aktører i det danske sundhedsvæsen har i årevis forsøgt sig med indsatser, der skal mindske uligheden i sundhed. Men de velmenende hensigter hjælper sjældent borgerne - ofte af en meget simpel årsag, at indsatserne ikke bliver udviklet tæt nok sammen med borgerne i hverdagen.

Af Otto Ohrt, formand for Sund By Netværket, Tina Lambrecht, formand for Danske Fysioterapeuter, Tina Nør Langager, formand for Ergoterapeutforeningen, og Sigurd Lauridsen, seniorkonsulent hos COWI.

Jo lavere indkomst, jo dårligere uddannelse, jo tidligere dør du. Det er den bitre pille, vi i mange år har måttet sluge i velfærdsdanmark. Børn, der er vokset op i et byhus på Frederiksberg, frem for en boligblok i Høje Gladsaxe, har langt større sandsynlighed for at leve et langt og sundt liv. Med andre ord bliver de dårligst stillede borgere syge og dør af en social ulighed, de kun i meget begrænset omfang selv har haft indflydelse på. Det er dundrende uretfærdigt.

I en tid, hvor vi diskuterer udviklingen af det nære sundhedsvæsen, står det for os klart, at det er afgørende, at kommunerne kommer til at spille en større rolle i forhold til at reducere den sociale ulighed i sundhed. Det er kommunerne, som er tætte på borgeren, og ved, hvad der skal til for at skabe sundhed og livskvalitet. Vil vi reducere den sociale ulighed i sundhed skal vi have flere indsatser, der kommer nedefra. Fra kommunerne, deres fagpersoner og ikke mindst borgerne.

Et nyt projekt gennemført sammen med 6 kommuner og 19 af deres social- og sundhedsenheder viser, at de fagpersoner, der dagligt møder socialt udsatte – det være sig fysioterapeuten, sygeplejersken, ergoterapeuten eller SOSU-assistenten - godt ved, hvordan de mest udsatte borgere kan løftes. Ofte udspringer den sociale ulighed i sundhed af simple årsager, som eksempelvis at borgerne ikke dukker op til behandling eller falder fra. Det kan være, at borgeren ikke har penge til transport eller har svært ved at huske sine aftaler. Men det kan også bunde i sværere ting, som angst, eller at de ikke føler, at de passer ind på genoptræningsholdet.

Langt hen ad vejen er der imidlertid tale om forhold, man kan gøre noget ved. Ofte meget enkelt. Men det kræver, at vi prioriterer problemet med social ulighed i sundhed og involverer dem, som ved mest om det – nemlig medarbejderne og borgerne selv – i at finde løsninger.

Enkelte tiltag, enkelte løsninger

Kommunerne skal tilbage i førersædet i kampen for at reducere den sociale ulighed i sundhed. Det er kommunerne, som er tættest på borgerne, det er dem, der ved, hvor behovet for indsatser er størst. For kommunerne sidder med den helt unikke viden og indsigt, som medarbejderne, der arbejder med de udsatte borgere, samt borgerne selv, kan byde ind med. En indsigt og viden, som kommunerne kan omsætte i nye tiltag, der kan gøre det muligt at mindske ulighed i sundhed.

Et eksempel fra det nævnte projekt er et aktivitetscenter for ældre, som oplever, at borgere finder det angstprovokerende at gå fra deres bolig til centret. Medarbejderne kom på løsningen – et samarbejde med kommunens frivilligcenter, hvor frivillige nu følger borgere med angst fra deres bolig til aktivitetscentret. I en anden kommune oplevede et rusmiddelcenter, at deres borgere var meget dårlige til at overholde aftaler med lægen. Her bidrog et enkelt SMS-reminder-system til, at borgerne begyndte at overholde deres aftaler. Der var bare ikke nogen, som tidligere havde tænkt på, at stofbrugere også har mobiltelefoner og kan påvirkes af remindere ligesom alle os andre.

Vi skal gentænke samarbejdet om projekterne

Nu kunne man selvfølgelig spørge; hvis det er så let for kommunerne at nedbringe den sociale ulighed i sundhed, hvorfor gør kommuner det så ikke bare? Det er der flere svar på. For det første tager puljestyringen i Danmark ikke højde for de lokale forhold. Kommunernes udviklingsarbejde for at reducere den sociale ulighed i sundhed er ofte afhængig af at kunne søge penge fra diverse puljer i typisk Sundheds- eller Socialstyrelsen, som altid er målrettet et givet tema. Problemet er, at rammerne for implementeringen af midlerne er så specifikke, at projekterne skal tilpasses de nationale rammer, i stedet for at de nationale rammer lod sig tilpasse i forhold til, hvad kommunerne lokalt med viden fra hverdagen mener, der skal udvikles for at reducere den sociale ulighed.

En anden barriere udspringer af det dilemma medarbejderne står i, når de skal prioritere de ofte knappe ressourcer, kommunerne har til rådighed. For den tid og de ressourcer, som de mest udsatte borgere forudsætter, tildeles ofte på bekostning af de knapt så udsatte borgere, som også har behov for hjælp - og som de samme midler ofte kan hjælpe længere på vej. Hvis ressourcerne er knappe, skal man så bruge dem på at hjælpe flest muligt eller de mest udsatte? At reducere den sociale ulighed kræver derfor, at vi aktivt og ærligt tør sige, at vi er nødt til at gøre forskel for at sikre lige muligheder. Og gevinsten kan her være noget længere undervejs.

Et tredje dilemma handler om, hvor langt medarbejderne bør gå i deres bestræbelser for at hjælpe borgere, som i udgangspunktet har sagt nej tak til behandling. Enten ved slet ikke at dukke op eller ved at holde op med at komme. Normalt vil man i sundhedssystemet respektere borgernes selvbestemmelse og afslutte forløbet, fordi det antages, at borgerne ved ikke at dukke op tilkendegiver, at de ikke er interesserede i at fortsætte behandlingen. Når det handler om udsatte, er det måske lidt anderledes. Formentlig drejer det sig i højere grad om, at de ikke kan overskue behandlingen, end at de ikke er interesserede. Men stadigvæk; hvor mange gange er det ok at ringe, før man krænker en borgers ret til selvbestemmelse?

Det er klart, at mere magt til kommunerne, medarbejderne og deres borgere ikke er en magisk kugle, som med et trylleslag løser problemet med social ulighed i sundhed. Der er i høj grad også brug for strukturelle tiltag rettet mod mental sundhed, arbejdsløshed, trivsel i folkeskolen osv. Men der er ingen tvivl om, at vi kan komme langt, hvis vi formår at omsætte den unikke viden, der eksisterer ude i hverdagen i kommunerne.

Men det kræver mod og villighed til at påtage sig ansvaret og sætte medarbejderne og borgerne mere fri i forhold til at finde løsninger, og at vi sammen tør snakke om ovenstående dilemmaer, så vi får afstemt forventningerne til hinanden. Det kan sagtens lade sig gøre, og gevinsterne er store. For det er dyrt, når borgere ikke modtager den behandling, de har brug for. Men vigtigere end de økonomiske gevinster, så vil bedre sundhed for socialt udsatte betyde et bedre og mere retfærdigt sundhedsvæsen, hvor alle får en reel chance for et godt liv.