

Målrettet forebyggelse skal udjævne ulighed i sundhed s.4

Perspektiv: Potentiale i datadrevet
forebyggelse **s.10**

Interview: Brug for mindre snak og mere
handling **s.14**

med.

Lægemeddelindustriforeningens
magasin

Magasinet med. handler om
medicin med mere: Med mennesker, med
engagement og med dialog.

Nr. 16 — Oktober 2020

Magasinet udgives af Lif.

Ansvarshavende redaktør:
Gitte Skovlund Schmidt

Redaktion:
Kim Andreasen
Line Laier-Brodersen
Lea Remmer Nürnberg
Mette Schmidt

Foto:
Lasse Lundberg Andreasen
Tomas Bertelsen
Anne-Li Engström
Hans Juhl
Sofie Amalie Klougart/Information/Ritzau Scanpix
Niels Åge Skovbo
Helga C. Theilgaard
Unsplash

Design og layout:
e-Types

Typografi:
Du Nord og Home Text

Tryk:
Cool Gray A/S

Papir:
Indhold: Amber Graphic 100g
Omslag: Amber Graphic 150g

ISSN: 2446-1695



Lægemeddelindustriforeningen
Lersø Parkallé 101, 2100 København Ø
T: +45 39 27 60 60
E: info@lif.dk

LEDER

Fremtidens forebyggelse er datadrevet

De siger det igen og igen – eksperterne: Ulighed i sundhed er en kæmpe udfordring, som vi må og skal forebygge og bekæmpe. Men de siger også – som Morten Sodemann i artiklen på side 4 – at vi tror, vi ved, hvad det drejer sig om, men at vi faktisk mangler viden om, hvordan ulighed virker.

Her kan sundhedsdata hjælpe os meget videre.

Opsporingen skal være målrettet og datadrevet, og når man har identificeret de grupper, der har brug for en ekstra hjælpende hånd til at tage vare på deres sundhed – så skal de have et evidensbaseret tilbud. Ikke et, vi håber kan hjælpe og heller ikke et, vi tror kan hjælpe, men et, vi VED kan hjælpe.

COVID-19-pandemien har allerede lært os meget om, hvordan sundhedsvæsenet kan digitaliseres, og hvordan man kan bruge sundhedsdata til smitteopsporing og forebyggelse. Men digitaliseringen bør ikke være et isoleret COVID-19-fænomen.

Når Sundhedsdatastyrelsen kan tegne smitemønstre og kortlægge risikoen for smitte i forskellige geografiske områder, sociale grupper etc. og dermed sætte ind med lokale eller målrettede tiltag, så er det takket være systematisk brug

af sundhedsdata, og det skal vi bygge videre på og anvende mere målrettet – også til at forebygge ulighed i sundhed.

De danske sundhedsdata er unikke og skal anvendes langt mere systematisk til at forbedre sundheden. På forebyggelsesområdet er der et kæmpe potentiale for en mere digital og målrettet indsats, og vi har en forpligtelse til at anvende de gode danske sundhedsdata og de digitale værktøjer, der findes til at forbedre sundheden.

Tænk hvis vi på samme måde gennemførte en systematisk indsats for at opspore kroniske sygdomme hos personer i risiko for at udvikle kroniske sygdomme. Ufaglærte har dobbelt så høj sandsynlighed for at udvikle to eller flere kroniske sygdomme som de, der har en lang uddannelse. Det er et oplagt sted at starte, men vi kan komme meget længere. Vi skal derfor gå skridtet videre og beskrive i en national strategi for forebyggelse, hvordan vi konkret vil anvende digitale værktøjer og sundhedsdata til målrettet og systematisk, tidlig opsporing af kroniske sygdomme hos særlige risikogrupper og på den måde bidrage til at reducere den åbenlyse ulighed, der er på sundhedsområdet.

God læselyst.

Ida Sofie Jensen, koncernchef

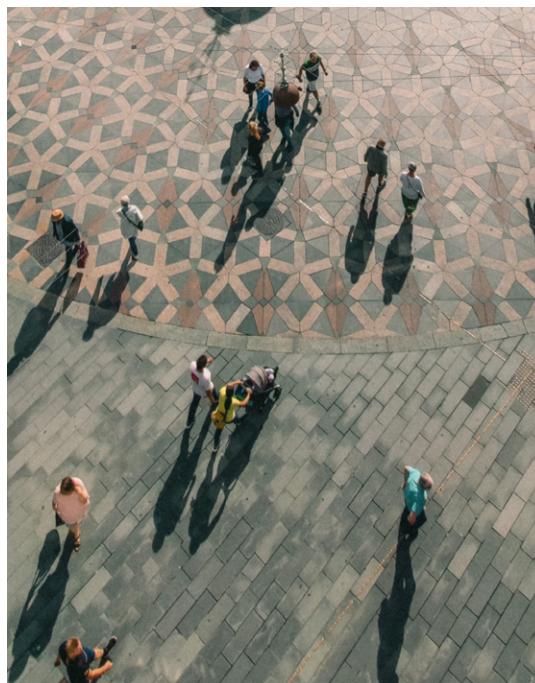
Indhold

Tema: 4 Det hele starter med social ulighed



Debatten om ulighed dukker op hvert 10. år, hvorefter den forsvinder igen. Det er jo paradoksalt, når vi samtidig kan se, at det går den gale vej.

— Jesper Fisker, administrerende direktør,
Kræftens Bekæmpelse s. 16



Data i virkeligheden.....	13
Interview: Jesper Fisker: Brug for mindre snak og mere handling.....	14
VOXPOP	18

Perspektiv: 10 Kæmpe potentiale i datadrevet forebyggelse



Cases:

Sundhedsplejersker skal forebygge psykiske lidelser hos spædbørn	20
Sundhedstjek kan sikre psykisk handicappede et bedre helbred.	24
Barrierer handler om meget andet end sprog... ..	28



Det hele starter med social ulighed

Den store forebyggelsesindsats skal ikke kun bygge på sundhed, men også sociale indsatser, uddannelse og beskæftigelse. Men ulighed i sundhed skabes og næres også inden for sundhedsvæsenet.

Det er ikke i sundhedsvæsenet, man kan forebygge ulighed i sundhed. Sundhedsvæsenet kan kun kompensere for den sociale ulighed, der ikke er afhjulpet i andre dele af samfundet.

Så hård lyder udmeldingen fra Signild Vallgård, der er professor ved Københavns Universitets Afdeling for Sundhedstjenesteforskning. Hun mener ikke, man kan vejlede sig ud af, at det i en udsat familie er uoverskueligt at efterleve kostråd eller at lade være med at

udsætte børnene for passiv rygning. ”Det er nok ikke, fordi de ikke ved det, men mere sandsynligt, fordi de ikke magter det,” understreger hun.

Men sundhedsvæsenet kan nu ikke holdes fri for ansvar, lyder det fra professor Morten Sodemann fra Klinisk Institut på Syddansk Universitet:

”Vi ved faktisk ikke, hvor stor en del af ulighed i sundhed der skyldes skævhed i sundhedsvæsenet og kommunernes mangelfulde indsatser.

Det, jeg ser, er, at uligheden skabes i sundhedsvæsenet, fordi det er indrettet på middelklassens præmisser og specialiseret behandling og dermed har mistet blikket for og tiden til at forholde sig til de patienter, som har masser af diffuse symptomer, forskellige sygdomme og dårligere mulighed for at gribe de højt specialiserede tilbud. Det er ikke ret kønt, det der foregår, og sundhedsvæsenet gør det faktisk værre.

Men tingene er ikke helt så enkle,” understreger Morten Sodemann:

”Man bliver ikke syg af at være fattig, men man dør af årsagerne, fordi sundhedsvæsenet ikke er indrettet til at forholde sig til de fattige og udsatte patienters sygdomme.”

De første 1000 dage betyder mest

”Vi er nødt til at lære at forstå, hvordan og hvor uligheden virker, så vi kan sætte ind der, hvor der er størst effekt,” siger Morten Sodemann.

Spørger man Jørgen Lauridsen, der har været med til at kommentere på den rapport om ulighed i sundhed, som Sundhedsstyrelsen offentliggjorde i september, så er ulighed i sundhed – såvel årsager som løsninger – komplekse, men han vover alligevel at komme med et bud på tre grupper, for hvem forebyggelsesindsatsen er særlig vigtig eller særlig påkrævet.

Først og fremmest gælder det om at sætte ind over for udsatte familier i barnets første leveår.

”Det allervigtigste er at sikre en tidlig indsats blandt småbørn i socialt belastede familier. Det er den helt tunge ende af ulighed. At blive socialt udsat er ikke noget, man bliver over natten. Det bygger på en lang karriere,” siger han.

Både Sodemann og Vallgård er enige i den konklusion, og der er da også allerede flere indsatser i gang med fødselsforberedelse og forstærket sundhedsplejerskeindsats i småbørnsalderen. I



København har man formået at gøre op med uligheden mellem etniske danskere og danskere med anden etnisk baggrund i førskolealderen. Men forskellen viser sig igen i skolealderen, hvor børnene med anden etnisk baggrund igen skiller sig ud i forhold til usund livsstil, overvægt og indlæringssevne, fortæller Jørgen Lauridsen.

Derfor er der stort behov for en forstærket indsats i folkeskolen og på ungdomsuddannelserne. Det er her slaget skal stå, mener han:

”På dette tidspunkt i livet er det nemt at se, hvem det er, man skal målrette sin indsats mod. De unge der klarer sig dårligt eller helt dropper ud af folkeskolen eller en ungdomsuddannelse. Her er de unge også til at få fat i. De skal have et tilbud, som er godt og motiverende – men de skal også mødes af et pres for at holde fast og blive ved. De skal indfanges, inden de ryger ud ad en tangent og bliver svære og bekostelige at gøre noget ved,” lyder det fra Jørgen Lauridsen.

Endelig peger Jørgen Lauridsen på, at der er behov for at forebygge usund aldring. I 50-60-årsalderen er der en gruppe, der skubbes ud af arbejdsmarkedet enten på grund af nedslidning, eller fordi deres kompetencer rustner.

”Hvis de ikke skal marginaliseres, så er der brug for et forstærket fokus tidligt i forløbet, ellers kan de være svære at finde og svære at hjælpe,” understreger han.

”Kan vi overhovedet bruge det med skolegang og social status til noget?”

Så langt er forskerne faktisk enige. Større bliver uenigheden, når der spørges ind til den konkrete indsats. Signild Vallgård peger på, at det helt grundlæggende er vigtigt at sikre bedre vilkår og økonomiske rammer for børnefamilierne og mindsker børnefattigdom. Et område, man kan sætte ind på, er at sørge for særligt gode tilbud i socialt udsatte områder, dvs. gode institutioner, ekstra dygtige lærere osv.



Man bliver ikke syg af at være fattig, men man dør af årsagerne, fordi sundhedsvæsenet ikke er indrettet til at forholde sig til de fattige og udsatte patienters sygdomme.

— Morten Sodemann, professor, Klinisk Institut på Syddansk Universitet

Altså at det er dygtige folk, der har med børnene at gøre. Også her er det en økonomisk prioritering, der skal drive udviklingen, lyder det fra Signild Vallgård.

Men ulighed er ikke et ensartet billede, og derfor er der heller ikke nogle hverken generelle eller lette løsninger, understreger Morten Sodemann.

”Det er de samme fejl, vi bliver ved med at begå. Vi tror, vi ved, hvad det drejer sig om, men vi mangler viden om, hvordan ulighed virker. Vi er gode til at lave statistikkerne, men det er det samme, vi kommer frem til hver gang, uden at der kommer nogen forklarende mekanismer. Kan vi overhovedet bruge det med skolegang og social status til noget, eller er det noget helt andet, der er på spil?” spørger han.

For at svare på det spørgsmål bør man se meget mere præcist og nuanceret på, hvem der driver udviklingen – både den negative og den positive. Altså helt ned på personniveau. Hvordan spreder depression og fedme sig i sociale kredse?

”Løsningen er at koble meget store datasæt sammen med folks sociale netværk for at finde ud af, hvem der er ’influencerne’ eller supersprederne, om man vil. Der er jo sunde og usunde liv i alle socialklasser, og vi kan se, at ’livsstilsvalg’ hænger snævert sammen med ens sociale netværk og ens venners venner.”

Morten Sodemann understreger, at ’influencerne’ ikke nødvendigvis kun er dem, man gerne vil være sammen med. De kan lige så vel være dem, man ikke orker at diskutere med og derfor bare følger. Hvem bestemmer størrelsen på slikposerne til børnefødselsdagen, at det er sejt at ryge, at vaccination er af det onde, eller at der tages stoffer til festerne, og at der kommer flasker på bordet allerede om formiddagen.

Det er de samme typer personligheder, der med andre værdier og anden prægning sørger for, at klassen bliver tilmeldt fodboldturnering, at alkoholpolitikken i

klassen bliver overholdt, eller at du pludselig får lyst til at prøve flere grøntsager eller løbe orienteringsløb.

”Der findes en type personlighed, som tit ender med at dominere livsstilen i deres omgangskreds. Hvis vi kan finde dem, så kan vi nå virkelig mange,” forklarer Morten Sodemann.

Men indtil videre er teorierne og analyserne mange. Måske for mange: ”Problemerne er de samme, hver gang vi diskuterer ulighed. Vi observerer og venter for længe, før vi handler. Når først problemerne er opstået, så er det utrolig svært at gøre noget ved,” konstaterer Jørgen Lauridsen. ●

”

Vi tror, vi ved, hvad det drejer sig om, men vi mangler viden om, hvordan ulighed virker.

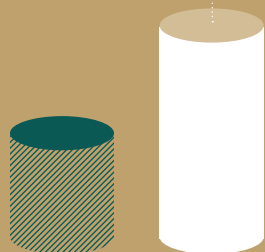
— Morten Sodemann, professor,
Klinisk Institut på Syddansk Universitet



UDDANNELSESLEVELLE HAR BETYDNING FOR SUNDHED

Grundskole/
kort uddannelse

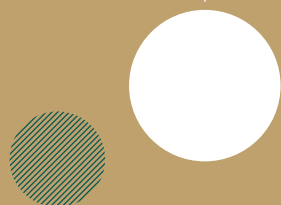
Lang videregående
uddannelse



DEPRESSION

Der er dobbelt så mange nye tilfælde af depression blandt personer med kort uddannelse i forhold til personer med lang uddannelse.

Kilde: Den nationale sundhedsprofil, 2017



DIABETES

Grundskole som højeste uddannelsesniveau er lig med 2,5 gange så stor risiko for at få diabetes sammenlignet med at have eller være i gang med videregående uddannelse.

Kilde: Social ulighed i sundhed og sygdom, Sundhedsstyrelsen 2020



34,5%
8,1%
29,8%
6,3%



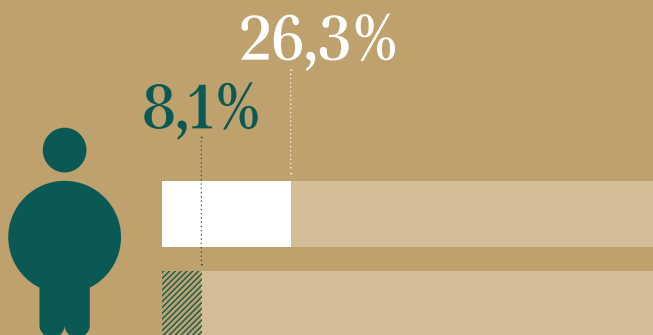
Mænd, der ryger dagligt

Kvinder, der ryger dagligt

RYGNING

Ryging er den enkeltfaktor, som har størst betydning for folkesundheden i Danmark. De seneste årtiers fald i andelen af rygere herhjemme er ikke ligeligt fordelt mellem uddannelsesgrupperne. Det har resulteret i en stigende social ulighed i rygning, hvor der er tydelig sammenhæng mellem uddannelsesniveau og rygning på daglig basis

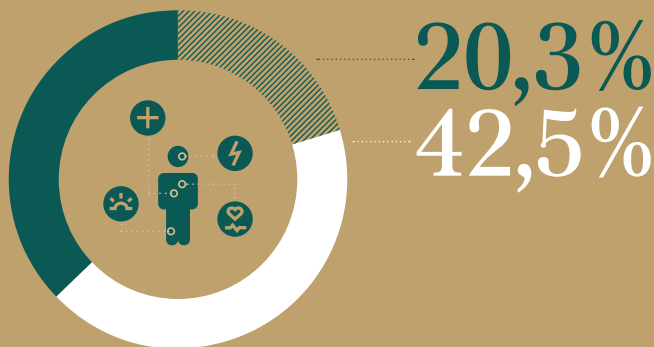
Kilde: Den nationale sundhedsprofil, 2017



SVÆR OVERVÆGT

Blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau er 26,3% svært overvægtige mod 8,1% blandt personer med en lang videregående uddannelse. Blandt førtidspensionister er næsten hver tredje (32,1%) svært overvægtig.

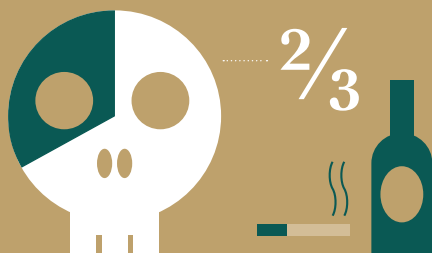
Kilde: Den nationale sundhedsprofil, 2017



MULTISYGDOM

Andelen med to eller flere kroniske sygdomme er størst blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau og mindst blandt personer med en lang videregående uddannelse

Kilde: Den nationale sundhedsprofil, 2017



DØDELIGHED

Op imod 2/3 af den sociale ulighed i dødelighed kan tilskrives tobak og alkohol.

Kilde: Forebyggelse for fremtiden, KL, 2018



RESTLEVETID

En 30-årig person med grunduddannelse som højeste uddannelsesniveau kan forvente at leve kortere end en person med erhvervsfaglig/gymnasial eller videregående uddannelse.

Kilde: Social ulighed i sundhed og sygdom, Sundhedsstyrelsen 2020

Kæmpe potentiale i datadrevet forebyggelse



To projekter med samme formål – at udvikle et databaseret redskab til at forebygge indlæggelser af patienter på +65 år – har to forskellige tilgange til brugen af data, men også store udfordringer i at få adgang til de rigtige data.

Det ene projekt er stødt på en del juridiske barrierer undervejs og har brugt meget tid på at få et overblik over data, mens det andet er gået nye veje. Begge projekter kan berette om store uudnyttede potentialer.

Intelligent forebyggelse via AI

I Copenhagen Healthtech Cluster undersøger man i samarbejde med Københavns Kommune og DTU, hvordan kommunalt indsamlede data kan bruges i forebyggelsessammenhænge, og hvilke typer af indlæggelser man med rettidig indgriben kan undgå for borgere over 65 år.

Karina Vigelsø Westh er projektleder for projektet 'Intelligent forebyggelse via AI', som afsluttes i sommeren 2021.

"Indlæggelser kræver rigtig mange ressourcer – af både patienten, det kommunale system og sundhedsvæsenet. Der er nogle helt faste kategorier af indlæggelser – de såkaldte forebyggelige indlæggelsesdiagnoser – som vi antager, at man med relativt få midler kan forebygge, hvis man får opsporet det tidligt, sætter ind og handler. Formålet med projektet er at undersøge, hvordan vi kan anvende de indsamlede data i algoritmemodeller, der kan forudsige ældre borgeres indlæggelse på

udvalgte diagnoser, som på sigt forhåbentlig kan anvendes som et støtteredskab for medarbejderne i Københavns Kommune," forklarer Karina Vigelsø Westh om baggrunden for projektet.

Lige nu – halvandet år inde i projektet – er man nået til at overgive den rigtige data til DTU Compute, som bygger den algoritme, der skal forudsige, om en borger er i risiko for indlæggelse eller ej.

"På sigt skal algoritmen implementeres i kommunens system, og hvis en borger er i overhængende risiko for at blive indlagt, får algoritmen en alarmklokke til at ringe ud fra nogle bagvedliggende beregninger. Så kan sosu-assistenten fx sætte ind med rigelig væske de næste 14 dage og dermed forhåbentlig undgå en forebyggelig indlæggelse."

Men der er langt fra forskning til drift, og Karina Vigelsø Westh lægger da heller ikke skjul på, at der forud for udviklingen af algoritmen har været et enormt grundarbejde – og en del udfordringer – i at få styr på data, gøre dem klar til analyse og få lov til at bruge dem.

"Vi er rigtig gode til at indsamle data i Danmark, men vi får ikke udnyttet det potentiale, der er i data. På mange måder er det her projekt et case-eksempel på de mange forskellige udfordringer, som man kan støde på, når et projekt skal bruge data til forskning. Det var en stor opgave for Københavns Kommune at få overblik over, hvilke data de egentlig havde i deres databaser og systemer. De skulle samle data og vurdere, hvilke der gav mening at kigge nærmere på i forhold til forebyggelige indlæggelser. En anden vigtig faktor var, om de kommunale data i sig selv var stærke nok til en præcis algoritme, eller der var behov for supplerende data andre steder fra."

Det var der. For selvom kommunen havde gode data om deres borgere, så vidste man ikke særlig meget om deres indlæggelser på hospitalet. De data

skulle man have fra Landspatientregisteret, og det åbnede op for nogle nye udfordringer – nemlig de juridiske og lovgivningsmæssige.

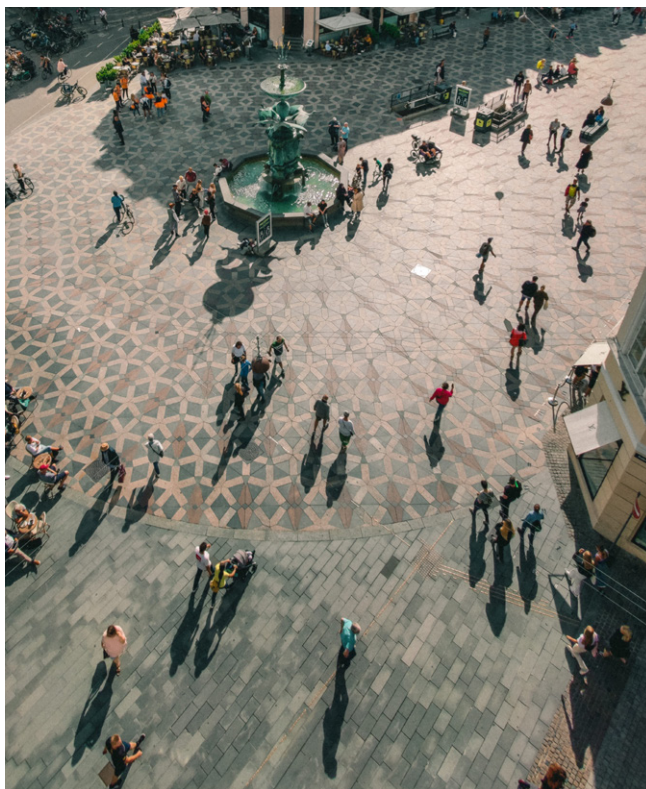
”Det er ikke nok, at DTU får udviklet en algoritme, som er præcis, valideret og fornuftig. For at den overhovedet kan bruges til noget, skal den hele tiden fodres og justeres med nye data. Problemet er, at vi har fået lov til at bruge data i en afgrænset periode specifikt til det her projekt. Men hvis man skal kunne bruge værktøjet i praksis, skal man hele tiden kunne trække data fra de forskellige registre og databaser, som er de variabler, der indgår i algoritmen. Skal man have lov til det, så skal der være en løbende juridisk adgang til data – og det er lettere sagt end gjort, fordi det kræver en lovgivningsmæssig ændring. Der er simpelthen en kløft mellem ambitionerne og det, der rent praktisk kan lade sig gøre, når det kommer til data-drevet forebyggelse,” konstaterer Karina Vigelsø Westh.

Brug de data, der er til rådighed

Ove Andersen er forskningschef og professor ved Hvidovre Hospital. Han udvikler et redskab, der er målrettet alle de patienter, der kommer ind akut på hospitalet. I stedet for at bruge data fra forskellige registre til at forebygge genindlæggelser, så bruger Ove Andersen de data, han har adgang til via Akutmodtagelsen.

”I dag ser vi ikke struktureret på patienternes forudsætninger for at komme sig efter en akut indlæggelse eller operation, og derfor er vi i gang med at udvikle et redskab, som skal hjælpe med at forudsige netop det. Hvor den ene patient klarer sig fint, så har andre behov for ekstra pleje eller opfølgning for at undgå genindlæggelse,” fortæller Ove Andersen, som håber på, at projektet kan mindske ulighed i sundhed.

”Der er de patienter, der har en god egenomsorgskapacitet, og som godt



kan finde ud af at sige til lægen: ”Ved du hvad, jeg er mere syg, end du lige tror,” og holde fast på det. Det er typisk veluddannede, ressourcerstærke mennesker. Men en masse patienter har ikke den kapacitet, og dette redskab kan være med til at skabe mere lighed i behandlingen af den enkelte patient.”

Det handler ifølge Ove Andersen om at bruge data, som allerede er tilgængelig for hospitalerne i deres egne systemer og kombinere dem med den uformelle, ustrukturerede viden, som lægerne og sygeplejerskerne har om patienterne i dag.

”Vi læger har altid spurgt ind til patienten: Er du i arbejde? Hvordan er



Hvor to patienter umiddelbart ser ens ud, kan data pege på, at den ene er en risikopatient, og så er vi i stand til at skræddersy en behandling eller en rehabilitering til den patient.

— Ove Andersen, forskningschef og professor, Hvidovre Hospital

det med dit alkoholforbrug? Ryger du? De informationer er aldrig blevet brugt struktureret, men hvis vi kombinerer den viden med nogle af de tal og informationer, vi har fra tidligere indlæggelser og fra ambulancen, har vi jo allerede et forløb,” siger Ove Andersen.

Han anerkender, at der kan være store udfordringer i at få adgang til data i registre – og det er en del af grunden til, at han har valgt en ny tilgang og bruger den data, som han i forvejen har adgang til i hospitalets systemer.

”Vores redskab bygger på data, som allerede ligger tilgængeligt. Vi kobler blodprøver og biomarkører, som siger noget om, hvor høj en biologisk alder en patient har, sammen med alle de almindelige tal, som vi har. Ved at fodre vores redskab med de data kan vi spotte patienter, der går under radaren. Hvor to patienter umiddelbart ser ens ud, kan data pege på, at den ene er en risikopatient, og så er vi i stand til at skræddersy en behandling eller en rehabilitering til den patient. På den måde bruger vi ressourcerne der, hvor de gør mest nytte,” forklarer Ove Andersen.

Og det med stor succes. For det redskab, som Ove Andersen er i gang med at udvikle sammen med andre forskningsenheder i Region Hovedstaden, Region Sjælland, Københavns Universitet og DTU, kan allerede med en 93 procents træfsikkerhed forudsige, om en patient skal have ekstra omsorg efter udskrivelsen.

”Det er her, kunstig intelligens og machine learning kan hjælpe – ved at strukturere data på en måde, så det giver mening for patienterne og for vores organisationer. Vi skal være bedre til at bruge de tal, som vi allerede har til at målrette forebyggende behandling til den enkelte patient. Men det skal ud og bruges i virkeligheden og ikke kun som et projekt – ellers er vi lige vidt,” slutter Ove Andersen. ●

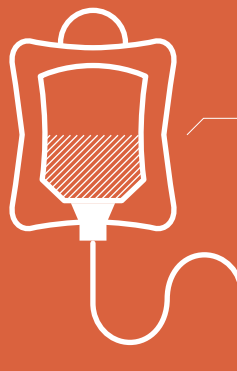
Data i virkeligheden

Ove Andersen har tidligere været involveret i et projekt sammen med København, Brøndby og Hvidovre Kommuner, og det er blandt andet erfaringer herfra, det nuværende projekt står på skuldrene af.

”Da vi startede projektet, troede kommunerne, at de kendte alt til deres borgeres indlæggelser. Vi lavede en stor opgørelse med 1.600 patienter på +65 år, og det viste sig, at kommunen kun kendte til halvdelen af indlæggelserne – primært fordi det kun var halvdelen af borgerne, der havde kontakt til kommunen via hjemmehjælp, madordning etc. Til projektet udviklede vi et lille redskab, der bestod af nogle få blodprøver og nogle få spørgsmål, som vi screenede patienterne med, og det viste, at vi med fuldstændig sikkerhed kunne forudsige, om den patient blev genindlagt – nærmest inden for 30 dage,” fortæller Ove Andersen.

Efterfølgende anvendte Brøndby Kommune tankgangen i plejepersonalets daglige rutine.

”Når patienten så bliver udskrevet, tjekker kommunens plejepersonale ekstra op på borgeren som en del af deres daglige rutiner, og det har flyttet noget. Kommunerne spiller en afgørende rolle i forebyggelsen og et lille, ukompliceret redskab kan gøre en stor forskel.



50%

Kommunen kendte kun til halvdelen af indlæggelserne af +65 årige borgere.



Kræftens Bekæmpelse er en af initiativtagerne bag *Alliancen mod Social Ulighed i Sundhed*, og her håber administrerende direktør Jesper Fisker på, at de konkrete forslag fra alliancepartnerne både kan skabe resultater og fastholde social ulighed i sundhed på den politiske dagsorden.

Jesper Fisker: Brug for mindre snak og mere handling

Administrerende direktør i Kræftens Bekæmpelse, Jesper Fisker, er klar i mælet, når han fortæller om baggrunden for *Alliancen mod Social Ulighed i Sundhed*, som hans organisation har været med til at sætte i gang.

“Vores mission er at undgå, at kampen mod social ulighed i sundhed går i glemmebogen. Derfor vil vi gøre det på en anden måde end hidtil. Inspireret af Røgfri Fremtid, som er en lignende alliance på rygeområdet, lægger vi op til, at partnerne i alliancen forpligter sig til at sætte ulighed på dagsordenen der, hvor det har noget med sundhed at gøre. Det skal de først og fremmest gøre ved at tage nogle konkrete initiativer, der kan mindske uligheden i sundhed. Det kan være alene, men det kan også være fælles initiativer organisationer og

myndigheder imellem. Kort fortalt skal vi ikke nøjes med at snakke om ulighed, vi skal også handle,” siger Jesper Fisker.

Han peger i den forbindelse på, at ulighed i sundhed har været kendt i mange år.

“En af vores mest erfarne forskere i social ulighed i sundhed, professor Finn Diderichsen fra Københavns Universitet, siger ofte, at debatten om ulighed dukker op hvert 10. år, hvorefter den forsvinder igen. Det er jo paradoksalt, når vi samtidig kan se, at det går den gale vej, og at der faktisk bliver mere ulighed. Det er urimeligt, og vi kan ikke være det bekendt – også set i lyset af, at selv om vi har vidst det her, og der har været mange gode viljer, mange rapporter og mange konferencer igennem årene, så er der jo ikke rigtigt sket noget.” →

Skal vokse nedefra

På alliancens hjemmeside kan man allerede nu finde mange konkrete initiativer igangsat af de 40 myndigheder og organisationer, som er en del af alliancen. Initiativerne spænder over så forskellige emner som mental styrketræning for børn og unge, screening af diabetes 2 for sårbare grupper og motion til ældre.

“Ved at sætte det her på dagsordenen mange forskellige steder og ved at starte helt konkrete initiativer – store som små – så kan vi få det her til at vokse nedefra som en slags bevægelse. Jeg er virkelig glad og imponeret over, hvad jeg ser af projekter i regi af alliancen,” siger Jesper Fisker.

Han ser også en mulighed for, at alliancen kan påvirke nogle politiske processer.

“Jeg drømmer selvfølgelig om, at det her kan være med til at fastholde social ulighed i sundhed på den politiske dagsorden. Politisk er der mere opmærksomhed på ulighed, end der har været længe, og vi har også en sundhedsminister, der er interesseret i at gøre noget.”

Ifølge Jesper Fisker er den sværeste del af kampen mod uligheden det faktum, at kun en mindre del relaterer sig alene til sundhedsvæsenet.

“Hvis man for alvor skal ind og løse problemet, så skal man også have fat i andre områder – skat, bolig, uddannelse, social- og beskæftigelsesområdet. Det er en kæmpe opgave, men i alliancen har vi allerede taget nogle små skidt i retning af at brede kampen ud. Jeg er fx glad for, at vi har FOA og 3F med. De dækker en stor del af et arbejdsmarked, hvor der faktisk er en del udfordringer i forhold til sundhed og ulighed,” siger Jesper Fisker.

Han ser gerne, at *Alliancen mod Social Ulighed i Sundhed* får endnu flere partnere, der dækker bredere end blot sundhedsområdet.

“Næste skridt bliver så at få skabt nogle samarbejder og netværk forankret i konkrete projekter på tværs af sektorer – fx hvis nogle sundhedsplejersker gik sammen med et boligselskab om en opøgende indsats.” ●



Debatten om ulighed dukker op hvert 10. år, hvorefter den forsvinder igen. Det er jo paradoksalt, når vi samtidig kan se, at det går den gale vej.

— Jesper Fisker, administrerende direktør,
Kræftens Bekæmpelse



ALLIANCEN MOD SOCIAL ULIGHED I SUNDHED

Mere end 40 myndigheder, interesseorganisationer, patientforeninger m.v. har nu i *Alliancen mod Social Ulighed i Sundhed* sat sig for at bekæmpe forskellen på, hvor langt og sundt et liv danskerne lever alt efter uddannelse, social status og bopæl. Alliancen består blandt andet af Kræftens Bekæmpelse, Danske Regioner, KL, Danske Patienter, Lægemiddelindustriforeningen og 3F, og der kommer hele tiden nye organisationer til.

Alliancepartnerne kan sammen eller hver for sig iværksætte aktiviteter. Partnerne kan have forskelligt fokus, fx børn og unge, patienter, arbejdsmarkedsforhold og idrætslivet.

Alliancen blev etableret den 1. januar 2020. Efter tre år afholdes et afsluttende møde, hvor alliancepartnerne dokumenterer projekter og effekt af arbejdet med at mindske ulighed i sundhed.

ULIGHED I SUNDHED SLÅR IGENNEM FØR FØDSLEN

Grundskole/
kort uddannelse
 Lang videregående
uddannelse

For tidligt født:



5,9%



4,5%



Lav fødselsvægt:



13%



9,5%



5,4%



2,3%

FØDSLER

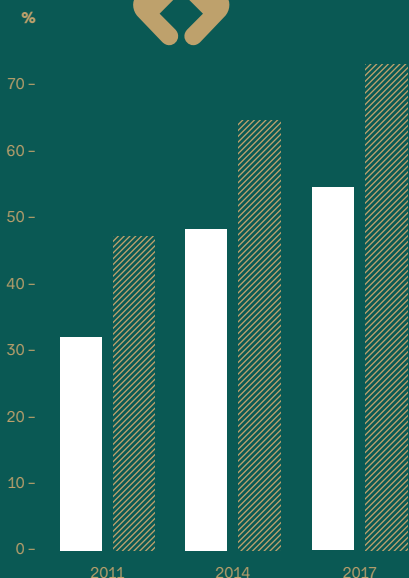
Trods flere indsatser er der stadig social ulighed i andelen af spædbørn, der fødes for tidligt og for små.

Kilde: Social ulighed i sundhed og sygdom, Sundhedsstyrelsen 2020

BØRNEDØDELIGHED

Antal af dødsfald i % blandt børn under 5 år pr. 1.000 levendefødte børn født i 2012

Kilde: Social ulighed i sundhed og sygdom, Sundhedsstyrelsen 2020



BØRNEVACCINATION

Andelen af børn, der har gennemført børnevaccinationsprogrammet, vokser i takt med længden på forældrenes uddannelse.

Kilde: Social ulighed i sundhed og sygdom, Sundhedsstyrelsen 2020

×1,3

×3



HPV-VACCINE

Unge kvinder og mænd, hvis mor havde en lang uddannelse, havde hhv. over 1,3 og 3 gange højere odds for at være vaccineret mod HPV.

Kilde: Social ulighed i kræft i Danmark, Kræftens Bekæmpelse, 2019

61,7%

49,6%



SCREENING FOR KRÆFT

Flere mænd med en lang uddannelse bliver screenet for tyk- og endetarmskræft end mænd med en kort uddannelse.

Kilde: Social ulighed i sundhed og sygdom, Sundhedsstyrelsen 2020



FOREBYGGELIGE INDLÆGGELSER

Personer med kort uddannelse indlægges oftere med indlæggelser, der potentielt kunne være blevet forebygget.

Kilde: Social ulighed i sundhed og sygdom, Sundhedsstyrelsen 2020



Hvordan fremmer vi lighed i sundhed gennem forebyggelse?

**HALIMA EL ABASSI**

Forkvinde,
Rådet for Etniske
Minoriteter

” Coronaepidemien har virket som en fremkaldervæske for en problemstilling, som vi i Rådet for Etniske Minoriteter længe har vidst eksisterede, men som ingen har taget hånd om: Det er ulighed i sundhed, og etniske minoriteter er blandt de sårbare grupper. Det nugældende gebyr for tolkning i sundhedssystemet for patienter med mere end tre års ophold i Danmark er en katastrofe, der blot bidrager til den eksisterende ulighed. Mange, der egentlig har behov for at opsøge en læge, undlader det nu pga. det indførte gebyr. Det første sted at starte vil derfor være at afskaffe tolkegebyret, så etniske minoriteter igen får adgang til samme forebyggelsesindsats som andre borgere i Danmark.

**TORBEN HOLLMANN**

Formand,
Social- og sundheds-
sektoren i FOA

” I sundhedsvæsenet vil vi gerne det hele og allerhelst være de bedste. Men det betyder også, at der er noget, vi ikke kan.

For hvem er det lige, der efterspørger de nyeste behandlinger og den dyreste medicin?

De fleste af de mennesker, FOAs medlemmer møder i deres hverdag, går ikke op i, at det er den nyeste og bedste behandling, de får. De ønsker sig 'bare' en behandling, de kan gennemføre ved siden af alle de andre ting, der sker i deres liv. Hvad hjælper det, at vi har den bedste behandling, hvis borgerens liv er et kæmpe kaos, der betyder, at de ikke får det samme ud af behandlingen. Hvis vi vil bekæmpe social ulighed i sundhed, kræver det de rigtige prioriteringer og svære valg.

**VIBE KLARUP**

Formand,
Rådet for Socialt
Udsatte

” Socialt udsatte oplever markant ulighed i sundhed. Én af årsagerne er, at sundhedsvæsenet ikke er gode til at behandle socialt udsatte. Der er brug for et mere rummeligt sundhedsvæsen – det kræver viden og tid, fx socialsygeplejersker på hospitalerne og mere tid til konsultation hos lægen.

Et andet problem er, at socialt udsattes sundhedsproblemer opdages for sent. Derfor er der brug for en fremskudt

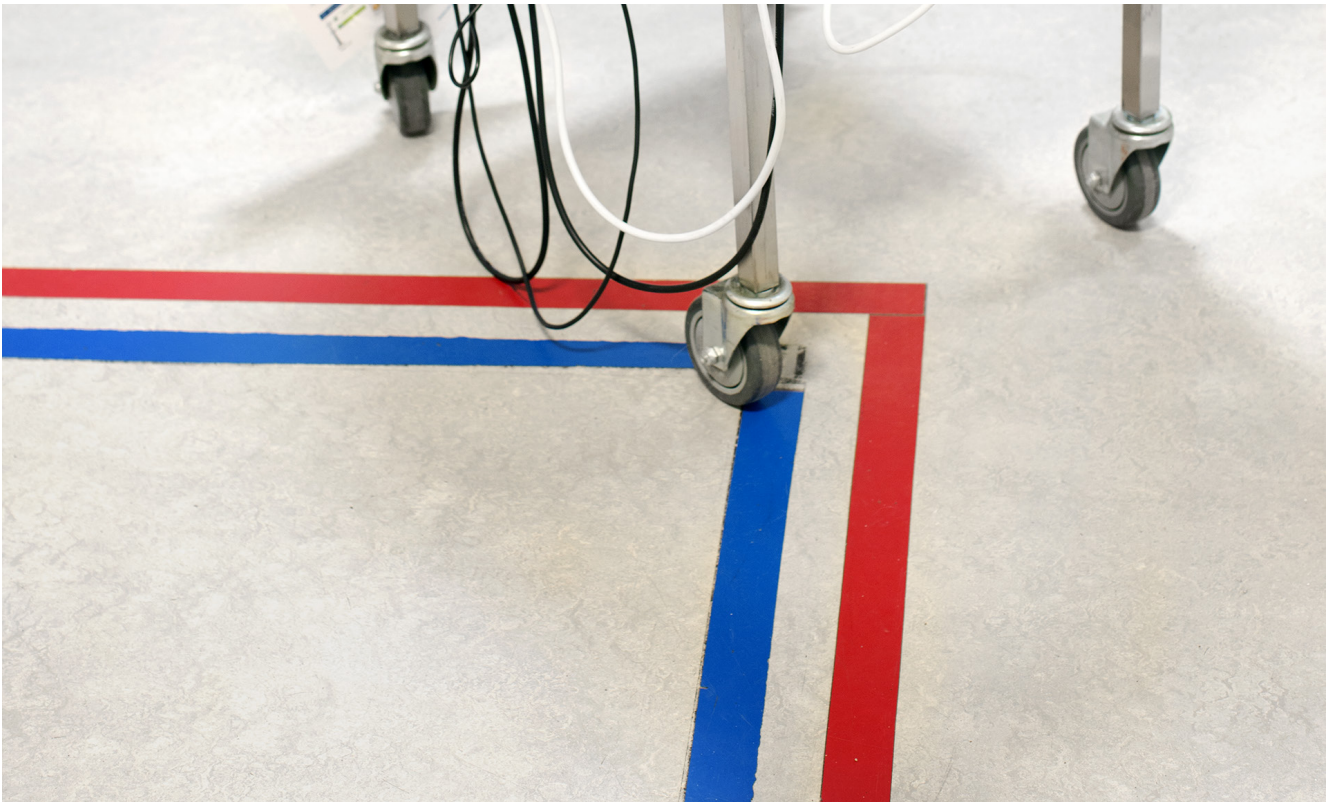
indsats der, hvor socialt udsatte opholder sig, fx på væresteder og misbrugscentre, der kan bygge bro til det almindelige sundhedsvæsen.

Rådet har for nylig stillet ti forslag, der kan mindske ulighed i sundhed og forbedre socialt udsattes sundhedstilstand – dem håber vi, kommuner og regioner vil tage til sig.

**KNUD KRISTENSEN**

Landsformand,
SIND – Landsforeningen
for psykisk sundhed

” At vende udviklingen, når det gælder ulighed i sundhed, kræver en bred vifte af initiativer på flere områder. Navnlig over dødeligheden har vi fokus på i SIND. Forebyggende bør der fx sættes ind med et årligt sundhedstjek for somatiske sygdomme for alle, der er i behandling for psykiske lidelser. Vi ønsker også, at de praktiserende læger bliver mere opmærksomme på den fysiske sundhed for denne gruppe patienter. Desuden er der brug for mere viden om – og forskning i – bivirkninger ved medicin. En væsentlig årsag til overdødelighed er selvmord, hvor forebyggelse især handler om tidlig indsats og om, at vi hurtigst muligt får løst de helt grundlæggende kapacitetsproblemer i psykiatrien.



**MICHAEL TEIT
NIELSEN**

Vicedirektør,
Ældre Sagen

” Som i andre befolkningsgrupper har ældre mennesker forskellige forudsætninger i forhold til helbred, ressourcer og livsomsændigheder, og der er også i denne gruppe stor ulighed i sundhed. For at komme uligheden til livs kræver det helhedsorienterede og individuelt tilpassede indsatser med stærke samarbejder på tværs af fagligheder og sektorer.

Ældre Sagen ønsker blandt andet:

- En individuel plan med en forløbskoordinator, der sørger for håndholdt forløb til den enkelte patient
- Tidlig indsats ved tegn på udvikling af mistrivsel, sygdom og dårligt mentalt helbred.
- En national ensomhedsstrategi, der skal sætte en fælles retning og mål for bekæmpelse og forebyggelse af ensomhed i Danmark.



NINNA THOMSEN

Direktør,
Mødrehjælpen

” Sundhedsstyrelsens rapport viser os et sundhedssystem, der svigter de mest sårbare grupper i vores samfund. På småbørnsområdet rammer uligheden jernhårdt. Vi taler om øget dødelighed, for tidlig fødsel, korte ammeforløb, overvægt, ringe tandsundhed og meget mere. Listen er lang. Social udsathed og forringet sundhed går hånd i hånd.

Sundhedssystemet er bygget til borgere, der selv tropper op, når noget er galt. Som kan navigere i komplicerede behandlingsforløb. Som har et netværk omkring sig til at hjælpe. Men systemet efterlader sårbare gravide og forældre uden for døren. Vejen frem går gennem et klart løft af den vigtige indsats, som fx jordemødre og sundhedsplejersker allerede gør. Og gennem en kobling mellem det sociale og det sundhedsfaglige område. Men – måske vigtigst: En erkendelse fra politisk side af, at der skal tænkes nyt og anderledes, hvis alle borgere reelt skal have lige adgang til sundhed.

”

Sundhedssystemet er bygget til borgere, der selv tropper op, når noget er galt.

— Ninna Thomsen, direktør, Mødrehjælpen



Sundhedsplejersker skal forebygge psykiske lidelser hos spædbørn

Landets sundhedsplejersker skal fremover kunne identificere og forebygge psykisk sårbarhed hos børn allerede i 9-10-månedersalderen. Det er formålet med forskningsprojektet 'Infant Health'.

Julie Rathsach lægger dukken ned i kassen til det andet legetøj. Sammen med Mette Bagge Møller er hun ved at gennemgå materialet, som de skal have med, når de skal besøge familier med et barn på 9-10 måneder i Roskilde Kommune for at screene, om barnet er i risiko for at udvikle psykiske lidelser.

De to sundhedsplejersker deltager således i forskningsprojektet 'Infant Health' – på dansk 'Små Børns Sundhed', der har til formål at styrke sundhedsplejerskernes forebyggende indsats over for mentale helbredsproblemer og overvægt hos små børn.

”Al den viden og al den forskning, vi har i dag, tyder på, at de fleste psykiske sygdomme har deres oprindelse tidligt i

barndommen. Så hvis man vil forebygge, så skal man lede efter de tidlige tegn og intervenere meget, meget tidligt i livet,” understreger Anne Mette Skovgaard, dr. med. og professor ved Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet og leder af forskningsprojektet.

”Og det er det, der er hovedformålet med vores forskning: At identificere tegn på psykisk sygdom tidligt og prøve at forebygge så tidligt i børnenes udvikling, at vi kan forhindre, at de bliver syge og får alvorlige problemer,” uddyber hun.

Social slagside

Mindst 15 procent af en børnebefolkning rammes ifølge Skovgaard af psykiske problemer. Og nogle af disse børn har



FAKTA OM PROJEKTET

Projektet 'Infant Health' har til formål at op-ruste sundhedsplejerskernes forebyggende indsatser over for mentale helbredsproblemer og overvægt hos små børn. En vigtig del af projektet er at afdække særlige behov i psykosocialt belastede familier.

Som led i projektet udvikles en særlig indsats, PUF-VIPP, til børn med komplekse udviklingsmæssige eller reguleringsmæssige problemer, som identificeres i 9-10-månedersalderen. Det andet led i projektet er en procesevaluering og effektmåling af indsatsen ved 18 og 24 måneder.

Projektet udgår fra Statens Institut for Folkesundhed og ledes af professor dr.med. Anne Mette Skovgaard og sundhedsplejerske, ph.d., Janni Ammitzbøll. Projektet gennemføres i samarbejde med hollandske og engelske forskere samt sundhedsplejersker fra 17 kommuner.



Psykiske problemer hos småbørnsforældre optræder sjældent alene, men ofte sammen med manglende uddannelse, arbejdsløshed, dårlig økonomi (...) og misbrug.

— Anne Mette Skovgaard, dr.med. og professor, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet

særligt hårde odds fra starten. Faktisk kommer et flertal af de psykisk sårbare børn fra psykosocialt udsatte familier.

”For en stor gruppe børn er der mange problemer på én gang. Forældrene kan hver især have vanskeligheder, og de kan have vanskeligheder i forhold til at klare deres opgave som forældre. Så de er ramt på mange leder og kanter,” forklarer Anne Mette Skovgaard og giver et eksempel:

”Det kan være et lille barn, der har vanskeligheder ved kontakt og kommunikation. Det er uroligt og ukoncentreret og forsinket i sin sprogdudvikling. Et sådant barn har brug for ekstra ressourcer fra sine forældre for at komme ind i en god udvikling. Hvis barnets mor selv har opmærksomhedsproblemer og let bliver frustreret og vred, og hvis faren er psykisk belastet med et misbrug af alkohol og hash, vil barnet komme til at opleve manglende omsorg og forståelse for sine behov. Psykiske problemer hos småbørnsforældre optræder sjældent alene,

men ofte sammen med manglende uddannelse, arbejdsløshed, dårlig økonomi, ustabile parforhold, mangelfuldt socialt netværk og misbrug. De sociale belastningsfaktorer i det lille barns familie betyder, at barnet har en stærkt øget risiko for at udvikle psykiske vanskeligheder.”

Den sociale slagside forværres ifølge Skovgaard af, at de udsatte familier ikke altid magter at tage imod de muligheder for sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse, som sundhedsplejerskerne tilbyder. Derfor er der i ’Infant Health’-projektet særligt fokus på at nå disse børn med den forebyggende indsats.

Hjælpen skal skræddersyes

”Vi valgte meget tidligt at alliere os med sundhedsplejerskerne. De kommer hos stort set alle småbørnsfamilier. Og det betyder, at det er fagprofessionelle, der meget tidligt vil kunne opdage tegn på psykisk sygdom og gøre noget ved det, hvis de altså har redskaberne til det,” fastslår Anne Mette Skovgaard.

Redskaberne, som man benytter i forskningsprojektet, er først og fremmest det såkaldte PUF-program, Psykisk Udvikling og Funktion, som sundhedsplejerskerne i en række kommuner har brugt siden 2018 til at opspore og intervenere over for mentale helbredsproblemer hos børn i 9-10-månedersalderen.



PUF-programmet omfatter uddannelse af sundhedsplejerskerne samt guidelines til basale indsatser, som kan stimulere barnets udvikling og reducere risiko for forværring af mentale helbredsproblemer.

Det giver sundhedsplejerskerne værktøjer til at opdage mental sårbarhed hos 9-10 måneder gamle børn, blive bedre til at kommunikere med forældrene og tilrettelægge indsatser.

Kilde: sdu.dk/da/sif/forskning/projekter/puf

”Vores opgave som sundhedsplejersker er sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse. Og vi har jo altid haft fokus på forhold som barnets søvn, spisning, følelser, nysgerrighed, motorik, socialt samspil og sprog, som er hovedområderne i PUF. Men PUF-metoden systematiserer det mere, fordi det er en standardiseret metode. Så er der rådgivningen og vejledningen til forældrene. Det vil jo altid være individuelt, og det vil også være individuelt fra kommune til kommune,” forklarer Helle Erstling Rasmussen, der er ledende sygeplejerske i Roskilde Kommune, som er en af de kommuner, der har implementeret PUF-metoden, og som nu deltager i ’Infant Health’-projektet.

Det andet redskab, som man er i gang med at udvikle til sundhedsplejerskernes værktøjskasse, er en udvidet indsats til de særligt sårbare småbørn, som kombinerer PUF-programmet med VIPP-metoden – the Video-feedback Intervention to Promote Positive Parenting, som er udviklet af forskere ved Leiden og Amsterdam Universiteterne.

”Forældrene skal have hjælp, så snart problemet er identificeret. Og den hjælp skal skræddersyes, så forældrene får mest ud af den. Derfor er vi i øjeblikket i gang med at tilpasse VIPP-metoden til PUF-programmet, så den kan anvendes af danske sundhedsplejersker i perioden, hvor barnet er mellem 9 og 18 måneder. Den nye PUF-VIPP-metode består i, at forældrene opnår viden om deres barns udvikling og reaktioner ved at se deres eget barns adfærd på en videooptagelse, hvor det bliver beskrevet af en sundhedsplejerske. Den form for indlæring virker på alle mennesker. Så vi hopper over det led, at der kan være kognitive, intellektuelle og sproglige forståelsesvanskeligheder,” forklarer Anne Mette Skovgaard og understreger, at det kræver specialuddannede sundhedsplejersker:

”Vi skal sikre, at sundhedsplejersken har et nøje kendskab til mental



Al den viden og al den forskning, vi har i dag, tyder på, at de fleste psykiske sygdomme har deres oprindelse tidligt i barndommen

— Anne Mette Skovgaard, dr.med. og professor,
Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet

sårbarhed hos små børn. De skal trænes specifikt i PUF-VIPP-metoden, men herudover er der brug for et særligt fokus på, hvordan man hjælper de allermost sårbare forældre. Intuitivt og erfaringsmæssigt har sundhedsplejerskerne store kompetencer, men vi mangler viden om, hvad der skal til for at hjælpe de mest sårbare forældre. Det fokuserer vi på i et specifikt delprojekt, hvor vi også inddrager sociologiske og antropologiske metoder. Det er eksempelvis meget vigtigt at tage højde for, at forældre har nogle sproglige, forståelsesmæssige vanskeligheder, psykiske problemer eller nogle kulturelle forhold, der gør det svært for dem at følge og forstå de råd, de får. Derfor

indgår det også i projektet, at sundhedsplejersken uddannes i, hvordan hun kan give forældrene enkle anvisninger, som de har en realistisk chance for at kunne efterleve,” pointerer Skovgaard.

I Roskilde er Julie Rathsach og Mette Bagge Møller i gang med netop den specialuddannelse, der kvalificerer dem til at bruge VIPP-metoden, og de indgår i en projektgruppe, som er i gang med at udvikle PUF-VIPP-indsatsen, så den kan bruges til at hjælpe forældre til sårbare småbørn, også dem fra psykosocialt sårbare familier. Kassen med legetøj kommer i den forbindelse til at spille en vigtig rolle, når de som pilotforsøg skal gennemføre de første besøg i januar 2021.

”Vi er stadig i planlægningsfasen. Vi skal nu afprøve metoden i et pilotprojekt, og så afprøver vi også de metoder, vi skal bruge til at undersøge effekten af den samlede indsats. Herefter skal indsatsen efterprøves og valideres gennem randomiserede, kliniske forsøg i kommunerne, som starter i foråret 2021,” slutter Anne Mette Skovgaard. ●

Sundhedstjek kan sikre psykisk handicappede et bedre helbred



Mange mennesker med psykisk handicap opsøger ikke lægen af sig selv og går ofte rundt med både små og store uopdagede helbredsproblemer. Et regelmæssigt tjek hos den praktiserende læge kan hjælpe den sårbare gruppe til at få et bedre helbred.

En stor gruppe af mennesker med psykisk handicap eller funktionsnedsættelser som fx hjerneskade, epilepsi, autisme eller ADHD magter ikke selv at opsøge lægen, hvis de er syge. Mange af dem er ikke engang opmærksomme på, hvis de har symptomer.

“Flere af dem har et så dårligt sprog, at de ikke kan ringe til lægen. Nogle er velfungerende, men er dårlige til at have struktur på deres hverdag og liv. Og så er der også en del, der har dårlige oplevelser med sundhedsvæsenet, dels har de oplevet smerter og ubehag, dels føler de sig talt ned til,” forklarer Torben Kajberg, chefkonsulent på sundhedsområdet hos Danske Handicaporganisationer (DH) om baggrunden for den manglende kontakt til sundhedsvæsenet.

Det betyder, at mange lidelser – fra banale som ørevoks og manglende

briller til mere alvorlige som diabetes og kræft – opdages for sent eller slet ikke.

“Resultatet er, at en i forvejen sårbar gruppe af mennesker ikke har samme adgang til sundhed som alle os andre, og det med overdødelighed og nedsat livskvalitet til følge,” siger han.

Tjek kan fange problemer

På den baggrund har DH i samarbejde med praktiserende læger udviklet en model for et regelmæssigt sundhedstjek for borgere med ’betydeligt nedsat psykisk og kognitiv funktionsevne,’ som det hedder i fagtermer.

“Tjekket består af et klassisk helbreds-tjek, hvor borgeren møder den praktiserende læge og blandt andet får taget blodprøver. Lige så vigtig er den forberedende del, hvor personalet på borgerens bosted eller den kommunale kontaktperson har

en vigtig rolle i at udfylde et forberedelseskema med oplysninger om fx smerter, bevægelsesproblemer, og hvordan synet, hørelsen og huden har det,” forklarer Torben Kajberg.

Ud fra skemaet, blodprøver og lægens møde med borgeren skal lægen så danne sig et allround billede af borgerens helbredstilstand og dermed fange de helbredsproblemer, som en borger med et psykisk handicap kan gå rundt med.

Samarbejde mellem kommune og læge er krumtappen

Roskilde er en af de fem kommuner, der fra 2015 til 2018 har kørt forsøg med sundhedstjekket. Her målrettede man tjekket mod udviklingshæmmede og psykisk syge borgere, der bor i egen bolig.

“Borgere, der bor i et bofællesskab, har professionel kontakt døgnet rundt.

Når man bor alene, ser nogle kun deres hjemmevejledere tre timer hver fjortende dag. Man er mere overladt til sig selv. Derfor var vores hypotese, at disse borgere ville have nogle sundhedsmæssige udfordringer,” fortæller Sissen Henningsen, der var projektleder på forsøget i Roskilde Kommune.

Hypotesen blev bekræftet. Sundhedstjekket fangede mange lidelser – sår på fødderne, nedsat hørelse og navnlig blandt gruppen af unge en udbredt D-vitaminmangel. I alt 96 borgere var igen tjekket i Roskilde – og eksempelvis gav den blodprøve, som var en del af tjekket, anledning til opfølgning for 40 procent af borgerne.

Sissen Henningsen peger på, at et godt og systematisk samarbejde mellem kommune og læger er krumtappen for at få sundhedstjekkerne til at blive en succes.

“Vi fik et rigtig godt samarbejde med alle praktiserende læger i kommunen. Men lige så vigtigt er hjemmevejlederne. Borgerne føler sig trygge ved deres vejleder, og det gør deres rolle central i forhold til at få borgerne til at deltage,” lyder hendes erfaringer.

Succesen med sundhedstjekkerne har efterfølgende fået Roskilde Kommune til at etablere et fast tilbud om åben sundhedsrådgivning for borgere med handicap. To gange om ugen tager kommunens sundhedskonsulenter imod borgere til en samtale om helbred og trivsel. Der er også sat gang i et pilotprojekt på et af kommunens bosteder, hvor beboerne får tilbudt en grundig gennemgang af deres fysiske og psykiske helbred i et samarbejde mellem de pædagogiske og sundhedsfaglige personale på botilbuddet. Efterfølgende bliver tjekket gennemgået af en sundhedskonsulent, som i samarbejde med personalet vurderer, om der skal gøres noget – fx om borgeren skal til egen læge, eller om der er ønsker fra borgeren, som skal inddrages i det pædagogiske arbejde.



Resultatet er, at en i forvejen sårbar gruppe af mennesker ikke har samme adgang til sundhed som alle os andre, og det med overdødelighed og nedsat livskvalitet til følge

— Torben Kajberg, chefkonsulent på sundhedsområdet,
Danske Handicaporganisationer (DH)



Positive effekter af forsøg med tjek

Også de øvrige tre kommuner har opsporet både psykiske og fysiske helbredsproblemer – eksempelvis D-vitaminmangel, behov for synstest og briller og høreproblemer, men også mere alvorlige forhold. 20 procent af sundhedstjekkerne førte til justering eller opfølgning på ordineret medicin. Desuden har færre fået behandling på sygehus, hvilket kunne tyde på, at problemer fanges, inden indlæggelse er nødvendig.

Både Sissen Henningsen og Torben Kajberg understreger, at det er vigtigt at sikre sig lægernes opbakning gennem formaliserede aftaler med deres organisation. Og noget tyder på, at sådan en aftale kan være på vej. I hvert fald er sundhedstjekket på bordet i de igangværende overenskomstforhandlinger mellem PLO og regionerne.

“Vi har taget det med i vores forhandlingsoplæg – både fordi det er en god idé, som kan øge livskvaliteten for den her gruppe af mennesker, men vigtigst, fordi der faktisk er dokumentation for, at det virker. Når man laver tjekket, så opdager man nogle helbredsproblemer, som de her mennesker har behov for at få behandling for, og som de ellers bare ville være gået rundt med, fordi de måske ikke altid er klar over, hvornår man skal gå til læge,” siger Mireille Lacroix, næstformand i PLO.

Socialpolitisk Redegørelse fra 2018 skønner, at cirka 70.000 voksne borgere med nedsat kognitiv eller psykisk funktionsevne modtager ydelser efter serviceloven. De vil være i målgruppen for et tilbud om sundhedstjek. ●



Barrierer handler
om meget andet end sprog

Målrettet diabetesuddannelse tager ikke bare livtag med sprogbarrierer. Fatalisme, dårlig mental sundhed og madkultur er vigtige opmærksomhedspunkter, lyder det fra projektet CUSTOM.

Borgere med etnisk minoritetsbaggrund har ikke bare langt højere risiko for at udvikle diabetes – de har også en langt ringere adgang til og udbytte af forebyggelse og behandling. Derfor har Københavns Kommune sammen med Steno Diabetes Center Copenhagen sat sig for at udvikle et koncept for diabetesuddannelse, som bedre imødekommer behovet hos de 35 procent af de henviste borgere hos Center for Diabetes i Københavns Kommune, der har etnisk minoritetsbaggrund.

Et samspil mellem genetisk disposition, manglende motion og uhensigtsmæssige kostvaner i forskellige grupper af etniske minoriteter betyder, at personer, som er immigreret hertil fra ikke-vestlige lande, har 2,5 gange større risiko for at udvikle type 2-diabetes sammenlignet med etniske danskere, og deres adgang til og udbytte af diabetesuddannelse og rehabilitering viser sig

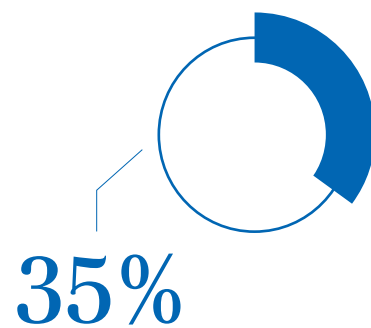
også at være langt dårligere, fortæller Nana Folmann Hempler, seniorforsker og teamleder ved Steno Diabetes Center Copenhagen og ansvarlig for forskningsprojektet.

Årsagerne er mange. Der er i projektet identificeret 11 opmærksomhedspunkter, som betyder, at diabetesuddannelsen til denne gruppe skal ske på en anderledes måde. →



FAKTA OM PROJEKTET

CUSTOM står for CULTurally Sensitive TOols and Methods for ethnic minorities og har til formål at udvikle, teste og evaluere og pilotteste metoder og værktøjer målrettet voksne med type 2-diabetes, hvor modersmålet er arabisk, tyrkisk eller urdu. Projektet har til formål at øge deltagelsen i og udbyttet af diabetesuddannelsen og dermed styrke borgernes evne til selv at håndtere egen sygdom.



af de henviste borgere hos Center for Diabetes i Københavns Kommune, har etnisk minoritetsbaggrund.



Personer, som er immigreret hertil fra ikke-vestlige lande, har 2,5 gange større risiko for at udvikle type 2-diabetes sammenlignet med etniske danskere



Vores erfaringer herfra kan bruges til meget mere end etniske minoriteter og diabetes. Det kan justeres og rettes mod kortuddannede eller andre, der har det svært i mødet med sundhedsvæsenet.

— Nana Folmann Hempler, seniorforsker og teamleder, Steno Diabetes Center Copenhagen

”En væsentlig udfordring kan være forskellige opfattelser af, hvad det vil sige at være sund, og hvad der ligger bag udviklingen af diabetes. En anden er, at denne gruppe borgere ikke nødvendigvis er bekendt med inddragende og dialogbaseret undervisning. De sundhedsprofessionelle beretter, at borgerne møder dem med, ”du skal bare fortælle mig, hvad jeg skal gøre,” men det hjælper ikke borgeren til at håndtere deres sygdom efterfølgende. Det er derfor vigtigt, for sundhedsprofessionelle har fokus på at forklare, hvorfor undervisningen foregår på den måde, den gør, som betyder, at man fx kan lære af og blive inspireret af hinandens erfaringer,” forklarer Nana Folmann Hempler.

”Tidligere havde undervisningen mindre fokus på erfaringsudveksling, adfærdsændring og involvering af familien. Og vi ved, at familien har stor betydning for etniske minoriteter, fordi den både kan være en støtte og en barriere

for at kunne håndtere deres diabetes. Ikke mindst fordi vi ser, at selvbebrejdelser fylder meget, og at der generelt er en ringere tro på, at det kan lykkes at holde sygdommen i ave,” fortæller Nana Folmann Hempler.

De etniske minoriteter adskiller sig fra etnisk danske ved, at hele præmissen omkring deltagelse er en anden. Der er sproglige barrierer, der betyder, at en stor del af undervisningen foregår med kulturelt tilpassede billeder og historier. Og så er der helt basale ting som fx at kende madkulturen i den gruppe, der deltager i undervisningen, så de oplever undervisningen som relevant.

Men projektet skal i fremtiden ikke nødvendigvis isoleres til etniske minoriteter, lyder det fra Charlotte Glümer, der er chef for Center for Diabetes i Københavns Kommune og står for den praksisnære udrulning:

”Vores erfaringer herfra kan bruges til meget mere end etniske minoriteter



**CENTER FOR DIABETES,
KØBENHAVNS KOMMUNE**

Center for Diabetes er et forebyggelsestilbud til borgere i København, der har en hjertesygdom eller type 2-diabetes. Centeret tilbyder bl.a. undervisning, træning, kostvejledning, rygestopkurser og samtaler om alkohol.

og diabetes. Det kan justeres og rettes mod kortuddannede eller andre, der har det svært i mødet med sundhedsvæsenet. Udgangspunktet er at møde borgerne i øjenhøjde og gøre det så enkelt, at det passer ind i deres liv. Det kan være med billeder eller med historier, som de kan spejle sig i,” forklarer hun.

Erfaringen fra projektet er indtil videre, at borgerne er glade for at komme – og de kommer! Frafaldet på patientuddannelserne er faldet, og Charlotte Glümer påpeger, at det netop kan være en udfordring at få svage borgere til at deltage i de kommunale tilbud, som ellers er målrettet dem.

”Af den grund har vi også rykket rehabiliteringen ud i Tingbjerg, hvor vi gør en opsøgende indsats – blandt andet i samarbejde med de to praktiserende læger i området. Også civilsamfundet er enormt vigtigt i denne sammenhæng. For mange er diabetesdiagnosen blot en lille del af meget større udfordringer, der handler om ensomhed, depression, dårlig økonomi eller andet, som ikke nødvendigvis har med sundhed at gøre. Derfor forsøger vi også at styrke samarbejdet med fx boligforeningen og den lokale pensionistklub,” forklarer Charlotte Glümer. ●





Lersø Parkallé 101
2100 København Ø
T: +45 39 27 60 60
E: info@lif.dk