



Sundhedsindsatser målrettet socialt udsatte borgere

Udvalgte eksempler

Sundhedsindsatser målrettet socialt udsatte borgere

Udvalgte eksempler

©Sundhedsstyrelsen, 2022.

Publikationen kan frit refereres
med tydelig kildeangivelse.

Udarbejdet for Sundhedsstyrelsen af:

Projektgruppe ved Statens Institut for Folkesundhed, SDU,
videnskabelig assistent Nanna Bjørnbak Christoffersen,
videnskabelig assistent Freja Ekstrøm Nilou,
seniorforsker Nanna Gram Ahlmark og
seniorforsker Pia Vivian Pedersen.
studentermødjhjælper Livia Lund har transskriberet interviewene

Internt review:

postdoc Dina Danielsen, Statens Institut for Folkesundhed, SDU

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S
www.sst.dk

Elektronisk ISBN: 978-87-7014-442-1

Sprog: Dansk

Version: 1,0

Versionsdato: Juni 2022

Format: pdf

Layout: Sundhedsstyrelsen

Foto: Johner

Udgivet af Sundhedsstyrelsen

Juni 2022

Forord

Ulighed i sundhed har store omkostninger for det enkelte menneske i form af øget sygelighed, dårligere livskvalitet og kortere liv. Ulighed i sundhed er ikke retfærdigt og Sundhedsstyrelsen arbejder målrettet på at sikre "Sundhed for alle".

Ulighed i sundhed skyldes forskellige faktorer. Vi fødes og vokser op med ulige betingelser for en god sundhedstilstand. Forskelle i arv, fysisk miljø, sociale og økonomiske forhold samt sundhedsadfærd har betydning for ulighed i sundhed.

Sundhedsvæsenet skal gerne bidrage til at modvirke ulighed i sundhed, men nogen gange sker det modsatte. Der er således systematisk forskel i, hvem der får mest gavn af forebyggelse, tidlig opsporing, behandling og rehabilitering.

Det er Sundhedsstyrelsens opgave at synliggøre, hvordan ulighed i sundhed kommer til udtryk og hvad der kan gøres for at skabe mere lighed i sundhed. Ulighed i sundhed skal løses på tværs af sektorer og politikområder (health in all policies).

I efteråret 2020 udgav Sundhedsstyrelsen rapporterne *Social ulighed i sundhed og sygdom* og *Indsatser mod ulighed i sundhed*. Den første rapport kortlægger udviklingen i social ulighed i sundhed og sygdom i perioden 2010-2017. Den anden rapport gennemgår indsatser, der forventes at have effekt på at mindske ulighed i sundhed. Disse rapporter følges nu op af en række temarapporter.

Nærværende rapport har særligt fokus på socialt udsatte borgeres sundhed. Socialt udsatte borgere har som gruppe en væsentlig kortere middellevetid end resten af befolkningen, og ofte dør de af sygdomme og tilstande, som kunne være forebygget eller behandlet.

Rapporten formidler gode eksempler på sundhedsindsatser, der bidrager til at forbedre socialt udsatte borgeres fysiske og mentale sundhed. I rapporten beskrives seks sundhedsindsatser, som på forskellig vis arbejder med socialt udsattes sundhed. Afslutningsvis identificeres en række centrale komponenter fra sundhedsindsatserne, som er afgørende for, at indsatserne lykkes.

En lang række forskere og fagpersoner har bidraget med viden, som har været afgørende for udarbejdelsen af rapporten. Vi vil derfor gerne takke bidragsydere fra VIVE, Region Hovedstaden, civilsamfundsorganisationer på udsatteområdet, University College Syddanmark, Center for Rusmiddelforskning, Region Hovedstadens Psykiatri, Københavns Kommune, Aalborg Kommune, Aarhus Kommune, Svendborg Kommune, Esbjerg Kommune, Randers Kommune, Udsatterådene i Esbjerg og Odense samt Socialstyrelsen. Ligeledes en stor tak til medarbejdere og ledere fra de seks sundhedsindsatser, som har stillet sig til rådighed for interviews, gennemlæsning af indsatsbeskrivelserne og øvrige spørgsmål fra projektgruppen.

Undersøgelsen er gennemført af Statens Institut for Folkesundhed for Sundhedsstyrelsen.

Niels Sandø
Enhedschef
Sundhedsstyrelsen

Indhold

Sammenfatning	6
1. Indledning	8
Rapportens formål	
Definition af målgruppen <i>socialt udsatte</i>	
Læsevejledning	
2. Metode	10
Fase A: Desk research og baggrundsinterviews	
Fase B: Identificering af strukturelle udfordringer med konsekvenser for socialt udsatte sundhed	
Fase C: Udvælgelse af sundhedsindsatser for socialt udsatte	
Fase D: Interviews med medarbejdere og ledere fra de udvalgte indsatser	
Fase E: Analyse af interviews og identificering af centrale komponenter i sundhedsindsatserne	
3. Strukturelle udfordringer med konsekvenser for socialt udsattes sundhed	14
Udfordring 1: Manglende sammenhæng på tværs af sektorer og fagområder	
Udfordring 2: Begrænset adgang til sundhedsydelse og sundhedsindsatser	
Udfordring 3: Manglende kendskab til socialt udsattes behov og mulighed for individuel tilpasning	
4. Udvalgte sundhedsindsatser for socialt udsatte	18
Omsorgscentre	
Røde Kors' Omsorgscenter Svalegangen i Middelfart	
Sundhedsklinikker	
Tirsdagsklinikken, Reden International	
Act-teams	
ACT-teamet på Specialcenter Skovvang i Holstebro	
Gadesygeplejersker	
Gadesygeplejerskeindsatsen i Aalborg Kommune	
Integreret behandling til borgere med dobbeltdiagnose	
Afdeling M på Psykiatrisk Center Sct. Hans	
Socialsygeplejersker	
Socialsygepleje i Region Syddanmark	
5. Centrale komponenter i sundhedsindsatser for socialt udsatte	42
6. Afrunding	44
Litteratur	46

Sammenfatning

Rapporten *Sundhedsindsatser målrettet socialt udsatte borgere* har til formål at fremhæve gode eksempler på sundhedsindsatser, som bidrager til at forbedre socialt udsattes fysiske og mentale sundhed.

Rapporten er baseret på erfaringer fra forskere og fagpersoner, som beskæftiger sig med socialt udsattes sundhed, og indeholder beskrivelser af seks konkrete sundhedsindsatser målrettet socialt udsatte. Sundhedsindsatserne er udvalgt med udgangspunkt i 15 interviews med forskere og fagpersoner, som har bidraget med baggrundsviden om socialt udsattes sundhed og forslag til gode eksempler på sundhedsindsatser. Efterfølgende er der foretaget seks interviews med medarbejdere og ledere fra hver af de udvalgte indsatser.

Strukturelle udfordringer med konsekvenser for socialt udsattes sundhed

På baggrund af interviewene med forskere og fagpersoner er tre strukturelle udfordringer i arbejdet med socialt udsattes sundhed identificeret. Disse udfordringer danner baggrund for udvælgelsen af sundhedsindsatserne. Udfordringerne er:

1. *Manglende sammenhæng på tværs af sektorer og fagområder.* Udfordringen består i, at velfærdssystemets organisering og opdeling gør det vanskeligt at tilbyde socialt udsatte den tværfaglige, sammenhængende og helhedsorienterede indsats, de har behov for.
2. *Begrænset adgang til sundhedsydelser og sundhedsindsatser.* Udfordringen består i, hvordan socialt udsatte møder en række formelle og uformelle barrierer i systemet, som forhindrer dem i at få adgang til sundhedsydelser og sundhedsindsatser.
3. *Manglende kendskab til socialt udsattes behov og mulighed for individuel tilpasning.* Udfordringen består i, at sundhedspersonalet i det etablerede sundhedsvæsen generelt ikke har det fornødne kendskab til målgruppens forskelligartede behov og ikke har tilstrækkelig mulighed for at tilrettelægge sundhedsydelsen fleksibelt og efter den enkelte borgers behov. Dermed opnår socialt udsatte ikke et tilstrækkeligt udbytte af de sundhedsydelser og -indsatser, de modtager.

Udvalgte sundhedsindsatser målrettet socialt udsatte

Forskerne og fagpersonerne har i interviewene nævnt en række sundhedsindsatser, som ud fra deres viden og erfaring er gode eksempler på indsatser, der gør en forskel for socialt udsattes sundhed. Ud fra et kriterium om, at de udvalgte sundhedsindsatser skal imødekomme de strukturelle udfordringer, har vi udvalgt følgende seks sundhedsindsatser:

- *Omsorgscentre*, som tilbyder et 14-dages plejeophold til hjemløse med behov for pleje, lettere behandling eller restitution efter hospitalsindlæggelse.
- *Sundhedsklinikker*, som tilbyder sundhedsfaglige konsultationer til socialt udsatte grupper, som grundet enten formelle eller uformelle barrierer ikke har adgang til det etablerede sundhedsvæsen.
- *Assertive Community Treatment-teams (ACT-teams)*, som er tværfaglige og tværsektorielle teams, der giver borgeren en integreret, fleksibel og helhedsorienteret støtte.
- *Gadesygeplejerskeindsatsen*, som laver opsøgende sundhedsarbejde på gadeplan med henblik på at integrere socialt udsatte i det etablerede sundhedssystem.
- *Integreret behandling til borgere med dobbeltdiagnose*, hvor borgere med dobbeltdiagnose modtager tværfaglig behandling for alle helbredsrelaterede, rusmiddelsrelaterede og sociale problematikker det samme sted.
- *Socialsygeplejerskeindsatsen*, som understøtter socialt udsatte i deres behandlingsforløb under indlæggelse på somatiske hospitaler, koordinerer udskrivningen og opkvalificerer kollegaer i at tage hånd om socialt udsattes behov og tilbyde dem den rette behandling.

Centrale komponenter i sundhedsindsatser til socialt udsatte

I slutningen af rapporten fremhæver vi ud fra rapportens samlede datamateriale en række centrale komponenter fra sundhedsindsatserne. De centrale komponenter er af generel relevans i udviklingen af nye eller tilpasningen af eksisterende sundhedsindsatser til målgruppen.

- *Udsattefaglighed:* En virksom sundhedsfaglig behandling af borgerne kræver, at de sundhedsprofessionelle har en forståelse for socialt udsattes behov og problemstillinger under indlæggelse og behandling. Det er en forståelse, der i rapporten betegnes som udsattefaglighed.
- *Systemkendskab og fagligt netværk:* Et solidt kendskab til det kommunale og regionale system samt til civilsamfundsorganisationer gør medarbejdere i stand til at se, hvilken type indsats og behandling borgeren vil have gavn af, og med et stærkt netværk kan medarbejdere lettere kontakte de rette personer og igangsætte den relevante indsats eller behandling.
- *Tværfaglighed:* Tværfaglighed er væsentlig i arbejdet med socialt udsattes sundhed, fordi det bidrager til en helhedsorienteret forståelse af, hvordan sociale og helbredsmæssige problemer hænger uløseligt sammen og derfor bør samtænkes.
- *Integreret behandling:* Integreerede indsatser minimerer risikoen for, at borgere med behov for hjælp fra flere forskellige dele af velfærdssystemet falder mellem to stole, og borgerens udbytte af indsatsen og behandlingen øges.
- *Ledsagelse og bisidning:* Tilbuddet om ledsagelse er væsentligt i arbejdet med socialt udsattes sundhed, fordi det bidrager til, at socialt udsatte får adgang til sundhedsydelser, der ellers er svært tilgængelige for dem. Derudover bidrager bisidning til, at socialt udsatte får et større udbytte af sundhedsydelser, fordi de støttes i kommunikationen med sundhedsprofessionelle.
- *Brobygning:* Brobygning mellem systemer og mellem socialt udsatte og systemet er væsentligt i arbejdet med socialt udsattes sundhed, da det hjælper socialt udsatte, som har begrænset eller ingen kontakt til sundhedssystemet, med at få adgang til den rette sundhedsindsats eller behandling.
- *Opsøgende arbejde:* Det opsøgende arbejde er væsentligt for at forbedre socialt udsattes sundhed, fordi indsatserne når ud til borgere, der af forskellige grunde ikke selv har erkendt behovet for sundhedsfaglig behandling, eller som ikke formår at opsøge eller opretholde kontakten til sundhedssystemet.

1. Indledning

Menneskers sociale position i samfundet og deres sundhed hænger sammen. Både forekomsten af sygdom og konsekvenser ved sygdom er ulige fordelt mellem socioøkonomiske grupper (Gadeberg et al. 2020). I efteråret 2020 udgav Sundhedsstyrelsen en rapport med titlen *Social ulighed i sundhed og sygdom* (Udesen et al. 2020). Rapporten kortlægger udviklingen i social ulighed i sundhed i perioden 2010-2017 inden for en lang række sundhedsparametre, herunder sundhedsadfærd, somatiske sygdomme, mentalt helbred og psykiske sygdomme og kontakt med sundhedsvæsenet. Ved langt størstedelen af sundhedsparametrene ses en moderat til høj grad af social ulighed, for eksempel i andelen af personer, der ofte er uønsket alene, andelen af personer med én eller flere risikofaktorer og forekomsten af diabetes, lungekræft og depression (Udesen et al. 2020). Derudover viser kortlægningen, at den sociale ulighed i sundhed generelt set er steget i perioden 2010-2017 (Udesen et al. 2020).

Den sociale ulighed i sundhed betyder, at de mest socialt udsatte borgere i Danmark også er dem, der oplever den største begrænsning af deres frihed som konsekvenser af dårligt helbred og sygdom. Samspillet mellem socioøkonomiske forhold og helbred gør levevilkårene særligt vanskelige for socialt udsatte borgere, da det kan skabe en ond cirkel, hvor borgerens sociale problemer forstærkes af og samtidig forværrer borgerens helbred (Diderichsen 2011). Socialt udsatte har markant dårligere sociale relationer og væsentligt lavere trivsel og livskvalitet end den øvrige befolkning (Ahlmark et al. 2018). Derudover har socialt udsatte mange flere fysiske lidelser, har et væsentligt dårligere mentalt helbred og oftere er syge over længere tid end gennemsnittet i den danske befolkning (Ahlmark et al. 2018). Tilmed er der en overdødelighed blandt socialt udsatte; socialt udsatte dør i gennemsnit 19 år tidligere end gennemsnittet (Strøbæk et al. 2017). Overordnet set er sundheds- og sygelighedstilstanden for socialt udsatte ikke forbedret siden 2007 (Ahlmark et al. 2018).

I efteråret 2020 udgav Sundhedsstyrelsen rapporten *Indsatser mod ulighed i sundhed* (Gadeberg et al. 2020). Rapportens overordnede konklusion er, at der er behov for universelle og strukturelle indsatser for at reducere ulighed i sundhed (Gadeberg et al. 2020). Rapporten peger blandt andet på, at der er et grundlæggende behov for at komme de bagvedliggende ulighedsskabende mekanismer til livs, hvis

socialt udsatte borgeres sundhed skal forbedres. Dette kan blandt andet gøres gennem tiltag, der forbedrer socialt udsattes boligsituation og sociale og økonomiske forhold, som kan forebygge eller modarbejde den sociale udsathed (Gadeberg et al. 2020). Samtidig peger rapporten på, at det i nogle tilfælde vil være hensigtsmæssigt at supplere strukturelle tiltag med mere individrettede indsatser, for eksempel indsatser, der har fokus på at forbedre socialt udsattes kontakt med sundhedsvæsenet.

Gennem årene er der igangsat større og mindre projekter forskellige steder i landet, som har haft til formål at forbedre socialt udsattes sundhed. Nogle af sundhedsindsatserne er evalueret og fundet virkningsfulde. Dette gælder eksempelvis socialsygeplejerskeordningen, integreret behandling af psykisk lidelse og samtidigt rusmiddelbrug samt Housing First-tilgangen i kombination med bostøttemetoder (Gadeberg et al. 2020). Det er dog ikke alle indsatser, der bliver evalueret eller målt effekt af, og mange sundhedsindsatser målrettet socialt udsatte, som er iværksat de senere år, har ofte været præget af korte projektperioder uden opfølgning. Dette gør sig eksempelvis gældende i det opsøgende sundhedsarbejde, hvor projekterne ofte udløber efter projektperioden grundet manglende finansiering (Thiesen og Tanderup 2021). Den manglende dokumenterede viden om indsatsernes virkning er dog ikke ensbetydende med, at de ikke bidrager til at forbedre socialt udsattes sundhed. Derfor er der i denne rapport fokus på at indsamle viden om netop sådanne indsatser gennem kvalitative interviews med forskere og fagpersoner, som har viden om og praksisnær erfaring med sundhedsindsatser for socialt udsatte.

Rapportens formål

Formålet med denne rapport er at fremhæve og beskrive gode eksempler på sundhedsindsatser målrettet socialt udsatte, som bidrager til at forbedre målgruppens fysiske og mentale sundhed. Rapporten skal samtidig ses i forlængelse af rapporten *Social ulighed i sundhed og sygdom* (Udesen et al. 2020). Rapporten har nemlig til formål at adressere den del af social ulighed i sundhed, som vedrører socialt udsatte borgere med fokus på individrettede sundhedsindsatser, der forbedrer socialt udsattes sundhed til trods for strukturelle udfordringer. Rapporten er baseret på erfaringer fra forskere og fagpersoner, som har forskningsmæssig eller praksisnær viden om sundhedsindsatser målrettet socialt udsatte. Den henvender sig til fagpersoner og

beslutningstagere i kommuner og regioner og har til hensigt at bidrage til at kvalificere og udvikle arbejdet med socialt udsatte borgeres sundhed. Rapporten skitserer først tre strukturelle udfordringer med konsekvenser for socialt udsatte borgeres sundhed, som er relevante for kommuner og regioner at tage højde for i udviklingsarbejdet. Herefter beskriver rapporten nogle udvalgte regionale, kommunale og civilsamfundsbaseerede sundhedsindsatser. Til sidst fremhæver rapporten en række centrale komponenter i sundhedsindsatser til socialt udsatte, som kommuner og regioner kan indtænke i udviklingen af nye eller justeringen af eksisterende sundhedstilbud til socialt udsatte.

Definition af målgruppen socialt udsatte

Begrebet *social udsathed* skal forstås som et flydende begreb, der ikke lader sig klart afgrænse. Begrebet relaterer sig til fænomener som social sårbarhed, social udstødelse og social eksklusion (Christensen og Larsen 2012, Ahlmark et al. 2018). Ifølge Rådet for Socialt Udsatte kan social udsathed defineres ud fra, i hvor høj grad borgeren oplever at have handlerum i og magt over eget liv, eller om borgeren føler sig strukturelt fastlåst i en situation eller udstøelsesproces, som vedkommende ikke ønsker at være i (Rådet for Socialt Udsatte 2017). Derudover kan social udsathed forstås som en proces, der finder sted over tid, og den enkelte vil typisk bevæge sig mellem varierende grader af social udsathed gennem forskellige livsfaser (Ahlmark et al. 2018, Pedersen 2018). Overordnet set kan social udsathed forstås som en ophobning af ofte flere samtidige sociale problemstillinger, såsom hjemløshed, rusmiddelbrug og psykisk lidelse, som øger den enkeltes risiko for at blive ekskluderet fra centrale samfundsområder, såsom uddannelsessystemet, boligmarkedet, arbejdsmarkedet, og fra sociale aktiviteter og fællesskaber. Det betyder også, at man ikke nødvendigvis vil være socialt udsat eller opleve sig selv som socialt udsat, selvom man lever under én eller flere af de nævnte livsomstændigheder (Christensen og Larsen 2012, Ahlmark et al. 2018). Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd (VIVE) har ud fra en multidimensionel forståelse af udsathed operationaliseret begrebet således, at psykiske lidelser, misbrugsproblemer og hjemløshed udgør de primære indikatorer på udsathed, og hertil kommer to sekundære indikatorer om rusmiddelrelaterede fysiske lidelser og ubetinget fængselsdom inden for de seneste fem år. På baggrund af disse oplysninger inddeler VIVE socialt udsatte i otte grupper med varierende grad

af kompleksitet i udsathed og med forskellig profil på indikatorerne (Benjaminsen et al. 2018).

Socialt udsatte i Danmark er således en mangfoldig gruppe af mennesker med vidt forskellige livssituationer. Fælles for dem er, at de til en vis grad er ekskluderet fra samfundsfællesskabet, og at de er i øget risiko for stigmatisering, diskrimination, udstødelse og personlig deroute (Rådet for Socialt Udsatte 2017). I denne rapport ser vi på udvalgte sundhedsindsatser, som henvender sig til forskellige socialt udsatte målgrupper, både socialt udsatte borgere generelt set, men også indsatser, der er målrettet særlige grupper af socialt udsatte, herunder borgere med en psykisk lidelse og samtidigt rusmiddelbrug, kvinder i sexarbejde uden opholdstilladelse og borgere i hjemløshed.

Ud fra VIVEs opgørelse var det samlede antal af socialt udsatte i Danmark cirka 280.000 i 2014, som dækker over følgende grupperinger: psykisk lidelse med misbrug og kompleksitet; misbrug med kompleksitet; psykisk lidelse med misbrug; stofmisbrug; alkoholmisbrug; svær psykisk lidelse; moderat psykisk lidelse og hjemløshed (Benjaminsen et al. 2018). Dertil kommer antallet af uregistrerede migranter, som det af åbenlyse grunde ikke er muligt at opgøre antallet af, men Rockwool Fondens Forskningsenhed vurderede i 2018, at antallet af uregistrerede migranter var 26.000 (Larsen og Skaksen 2019). Ifølge Rockwool Fondens Forskningsenhed har antallet været stigende siden 2014 (Larsen og Skaksen 2019).

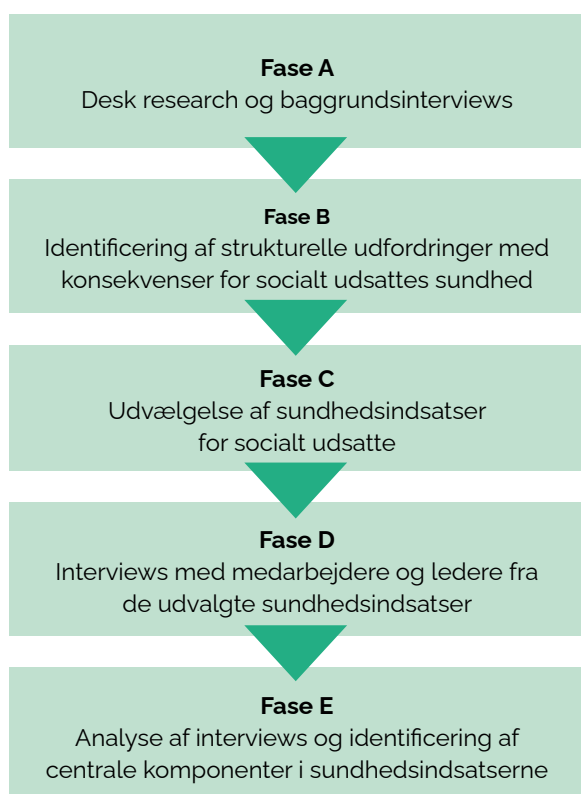
Læsevejledning

Rapporten består af seks kapitler:

- Kapitel 2 beskriver det metodiske grundlag for rapporten.
- Kapitel 3 skitserer tre strukturelle udfordringer i arbejdet med socialt udsatte borgeres sundhed. Disse udfordringer har dannet grundlag for udvælgelsen af seks sundhedsindsatser, der på forskellig vis imødekommer én eller flere af udfordringerne.
- Kapitel 4 beskriver de seks sundhedsindsatser.
- Kapitel 5 fremhæver en række centrale komponenter fra sundhedsindsatserne, som er særligt vigtige i arbejdet med at forbedre socialt udsattes sundhed.
- Kapitel 6 afrunder rapporten.

2. Metode

Rapporten er baseret på 15 kvalitative interviews med forskere og fagpersoner med særlig viden om socialt udsattes sundhed samt seks kvalitative interviews med sammenlagt 11 medarbejdere og ledere fra de udvalgte sundhedsindsatser. Det er således på baggrund af interviewpersonernes viden og erfaringer, at sundhedsindsatserne er udvalgt og beskrevet. Det kvalitative datamateriale er suppleret af rapporter, evalueringer og videnskabelige artikler i det omfang, det har været tilgængeligt. I det følgende beskriver vi den metodiske fremgangsmåde. Processen har været opdelt i fem faser, som figuren nedenfor illustrerer:



Figur 1:
Fasemodellens over rapportens metodiske fremgangsmåde

I *fase A* har vi foretaget desk research, som har bestået i indledende søgninger efter rapporter om socialt udsattes sundhed. Dernæst har vi udført kvalitative interviews med forskere og fagpersoner, som har forskningsmæssig eller praksisnær erfaring med socialt udsattes sundhed. I *fase B* har vi analyseret det samlede materiale fra interviews og desk research og identificeret tre strukturelle udfordringer, som har konsekvenser for socialt udsattes sundhed. Formålet med at identificere udfordringerne har været at skabe et grundlag for udvælgelsen af sundhedsindsatserne. Derudover har vi lavet et samlet overblik over de indsatser, som forskerne og fagpersonerne har fremhævet som gode eksempler på sundhedsindsatser målrettet socialt udsatte. I *fase C* har vi søgt yderligere viden om de konkrete sundhedsindsatser, som blev fremhævet i interviewene, og udvalgt seks indsatser, som imødekommer de identificerede udfordringer. I *fase D* har vi interviewet medarbejdere fra de udvalgte sundhedsindsatser med henblik på at beskrive indsatserne. I *fase E* har vi analyseret det samlede interviewmateriale, og på den baggrund har vi identificeret en række centrale komponenter i sundhedsindsatserne, der er afgørende for, at indsatserne lykkes med at forbedre socialt udsattes sundhed. De centrale komponenter er af generel relevans i udviklingen af nye og justeringen af eksisterende sundhedsindsatser til målgruppen.

Fase A: Desk research og baggrundsinterviews

Den første fase i undersøgelsen bestod i at foretage desk research og kvalitative interviews med det formål at indsamle viden om socialt udsattes sundhed og finde frem til konkrete sundhedsindsatser, der søger at forbedre socialt udsattes sundhed. Først gennemgik vi rapporter om blandt andet social ulighed i sundhed, socialt udsattes sundhedstilstand og møde med sundhedsvæsenet samt evalueringer af sundhedsindsatser målrettet socialt udsatte. Derefter foretog vi 15 interviews med forskere og fagpersoner. Interviewene havde karakter af uformelle samtaler og tog udgangs-

punkt i en interviewguide med åbne spørgsmål. Interviewene blev ikke optaget eller transskriberet, men i stedet blev der taget udførlige noter undervejs. Disse interviews vil fremover blive omtalt som baggrundsinterviews og informanterne betegnet baggrundsinformanter.

Det første formål med baggrundsinterviewene var at give os en indsigt i baggrundsinformanternes faglige refleksioner over arbejdet med socialt udsatte borgeres sundhed, herunder hvilke strukturelle og organisatoriske udfordringer de kender til på området. Denne viden skulle anvendes til udvælgelsen af indsatser. Det andet formål var at få indblik i baggrundsinformanternes erfaring med og viden om konkrete sundhedsindsatser, som bidrager til at forbedre socialt udsattes sundhed. Vi bad baggrundsinformanterne fremhæve regionale, kommunale eller civilsamfundsbaseerede indsatser, som eksplicit arbejder med socialt udsattes fysiske eller mentale sundhed. Vi spurgte også baggrundsinformanterne om, hvilke typer af sundhedsindsatser de oplever mangler eller efterspørges, for eksempel indsatser der benytter en særlig metode eller henvender sig til en særlig målgruppe.

Forskere og fagpersoner til baggrundsinterviewene blev udvalgt ud fra et ønske om at afspejle diversiteten i målgruppen socialt udsatte og deres forskelligartede behov. Derfor talte vi med personer med forskellig fagspecifik viden, eksempelvis særlig viden om socialt udsatte kvinder, socialt udsatte i hjemløshed, borgere med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelafhængighed eller borgere uden lovligt ophold i Danmark. Vi valgte at kontakte de seks største kommuner (København, Odense, Aalborg, Aarhus, Randers og Esbjerg) ud fra en antagelse om, at større kommuner har en bredere vifte af indsatser for socialt udsatte borgere og derfor kan bidrage med et overblik over flere forskellige typer af indsatser. Desuden valgte vi at tage kontakt til de fem kommuner, der ifølge en rapport udgivet af VIVE (Benjaminsen et al. 2018) har den største andel af socialt udsatte borgere (Guldborgsund,

Fredericia, Slagelse, Svendborg og Esbjerg). Det gjorde vi ud fra en forventning om, at disse kommuner har særlige indsatser til målgruppen, da de proportionalt set har flere socialt udsatte borgere i kommunen end andre. Samtidig var formålet med at kontakte disse kommuner at få indblik i mindre kommuners arbejde med målgruppen. Derudover kontaktede vi de ti kommuners udsatteråd – i de tilfælde de havde et – for at få deres bud på væsentlige sundhedsindsatser for socialt udsatte. Endelig bad vi Socialstyrelsen om at bidrage med deres viden om arbejdet med socialt udsatte borgeres sundhed og deres bud på væsentlige sundhedsindsatser for målgruppen.

I alt foretog vi 15 baggrundsinterviews af 30-45 minutters varighed. Interviewene var både enkelt- og gruppeinterview, og vi talte samlet set med 23 forskere og fagpersoner:

Fagpersoner	Forskere
Én fagperson fra Region Hovedstaden	Én forsker fra Region Hovedstadens Psykiatri
Én fagperson fra en civilsamfundsorganisation	Tre forskere fra VIVE
Syv fagpersoner fra Københavns Kommune	Én forsker fra Center for Rusmiddelforskning
To fagpersoner fra Aalborg Kommune	Én forsker fra University College Syddanmark
Fire fagpersoner fra Aarhus Kommune	
Én fagperson fra Svendborg Kommune	
Én fagperson fra Esbjerg Kommune	

Figur 2:
Overblik over baggrundsinformanter

Socialstyrelsen, Randers Kommune og udsatterådene i Esbjerg, Aarhus og Odense bidrog med skriftlige inputs til rapporten ved at fremhæve betydningsfulde sundhedsindsatser målrettet socialt udsatte. Det lykkedes os ikke at komme i kontakt med kommunerne Odense, Guldborgssund, Fredericia og Slagelse samt udsatterådene i kommunerne København, Aalborg, Randers, Slagelse, Svendborg og Fredericia. Det vil sige, at vi har talt med flere større kommuner om deres arbejde med socialt udsattes sundhed end mindre kommuner, hvilket kan have betydning for det grundlag, som de seks sundhedsindsatser er udvalgt ud fra.

Fase B: Identificering af strukturelle udfordringer med konsekvenser for socialt udsatte sundhed

I fase B analyserede vi de 15 baggrundsinterviews med henblik på at finde frem til centrale strukturelle udfordringer, som ifølge baggrundsinformanterne har konsekvenser for socialt udsattes sundhed. Formålet med at identificere de strukturelle udfordringer var at anvende dem som kriterier for udvælgelsen af sundhedsindsatser, således at indsatserne udvælges på baggrund af, at de imødekommer mindst én af de strukturelle udfordringer. Dette forklares nærmere i fase C.

I den analytiske proces med at identificere udfordringer gik vi åbent til læsningen af baggrundsinformanternes udtalelser og kiggede efter mønstre på tværs af interviewene. De tre strukturelle udfordringer, vi har identificeret, skal ikke forstås som udtømmende for, hvordan socialt udsatte borgers sundhed er udfordret, men som en sammenfatning af de tværgående pointer, der er blevet fremhævet af baggrundsinformanterne. De tre strukturelle udfordringer vil blive udfoldet i kapitel 3.

Fase C: Udvalgelse af sundhedsindsatser for socialt udsatte

I fase C samlede vi baggrundsinformanternes forslag til konkrete sundhedsindsatser, som de ud fra forskning og praksisnære erfaringer vurderede til at være særligt gode eksempler på indsatser, der forbedrer socialt udsattes sundhed. I denne fase læste vi også rapporter, evalueringer og artikler om de enkelte indsatser for at få et indblik i indsatsernes formål, målgruppe og tilgange.

I alt blev der i baggrundsinterviewene og de skriftlige input fremhævet 62 indsatser, som på forskellig vis har betydning socialt udsattes sundhed. De 62 indsatser er et udpluk af de mange indsatser, der findes forskellige steder i landet og ikke en udtømmende liste. For at sortere ud i listen fjernede vi de indsatser, som ikke havde en eksplicit sundhedsfaglig dimension. Derefter frasorterede vi de indsatser, som kun blev nævnt af én baggrundsinformant. På en workshop i projektgruppen på Statens Institut for Folkesundhed gennemgik vi de resterende indsatser og opstillede en række kriterier, som indsatserne skulle leve op til. Kriterierne blev defineret med udgangspunkt i opdraget fra Sundhedsstyrelsen, som bestod i at udvælge gode eksempler på sundhedsindsatser, der bidrager til at forbedre socialt udsattes fysiske og mentale sundhed med fokus på at repræsentere diversiteten i målgruppen og en opmærksomhed på indsatser målrettet oversete grupper. Kriterierne er følgende:

For det første er det et kriterie, at indsatserne skal imødekomme mindst én af de tre strukturelle udfordringer, vi identificerede i fase B. Det vil sige, at vi har udvalgt indsatser, som lykkes med at understøtte socialt udsatte i at få den rette sundhedsfaglige behandling til trods for de strukturelle udfordringer, der gør sig gældende. De udvalgte indsatser løser ikke i sig selv de strukturelle udfordringer, men formår at tilgodese målgruppens behov og finde løsninger inden for de nuværende strukturer. Under hver af de seks indsatsbeskrivelser tydeliggøres, hvilke af de strukturelle udfordringer den enkelte indsats imødekommer.

For det andet er det et kriterie, at sundhedsindsatserne tilbyder en indsats målrettet socialt udsatte, der kun findes begrænsede eller ingen alternativer til.

For det tredje er det et kriterie, at sundhedsindsatserne tilsammen afspejler diversiteten i målgruppen socialt udsatte, for eksempel ved at være indsatser, der specifikt fokuserer på kvinder uden lovligt ophold eller på borgere med samtidig psykisk lidelse og problemskabende brug af rusmidler (borgere med dobbeltdiagnose).

For det fjerde er det et kriterie, at sundhedsindsatserne tilsammen illustrerer forskellige tilgange og indsatsområder i arbejdet med socialt udsattes sundhed, herunder også indsatser der er forankret i henholdsvis kommune, region og civilsamfund. På den baggrund har vi udvalgt seks sundhedsindsatser målrettet socialt udsatte, som beskrives enkeltvis i kapitel 4.

Det er ikke et kriterie, at de udvalgte sundhedsindsatser er evalueret, men i de tilfælde, hvor en indsats er evalueret og fundet virkningsfuld, har det bidraget til at kvalificere forskerne og fagpersonernes forslag. Der vil under beskrivelsen af de enkelte indsatser fremgå, om indsatsen er evalueret.

Fase D: Interviews med medarbejdere og ledere fra de udvalgte indsatser

I fase D foretog vi seks kvalitative semistrukturerede interviews med medarbejdere og ledere fra de udvalgte sundhedsindsatser. Fem af interviewene var dobbeltinterviews, hvor både en leder og medarbejder fra samme indsats deltog, mens det sjette var et enkeltinterview med en medarbejder. Formålet med interviewene var at få viden om indsatserne, som vi ikke havde adgang til gennem det eksisterende skriftlige materiale, og ved at interviewe både medarbejdere og ledere fik vi indblik i både den daglige drift og de strategiske overvejelser. Vi strukturerede interviewguiden efter forskellige emner, som var nødvendige for blandt andet at kunne beskrive indsatsernes organisering, arbejdsopgaver og samarbejdspartnere. Gennem

interviewene fik vi således viden om eller uddybet indsatsernes arbejdsgange og metoder og fik medarbejdere og lederes refleksioner over, hvad der gør indsatserne særligt succesfulde i forhold til at forbedre socialt udsattes sundhed. Interviewene blev optaget og efterfølgende transskriberet for at sikre en korrekt gengivelse.

Fase E: Analyse af interviews og identificering af centrale komponenter i sundhedsindsatserne

I fase E gennemgik vi først de seks interviewtranskriptioner enkeltvist med henblik på at lave en uddybet beskrivelse af hver af sundhedsindsatserne. Beskrivelserne er derfor udtryk for interviewpersonernes perspektiver og deres vurdering af indsatsernes styrker.

Derefter lavede vi en tværgående analyse af det samlede empiriske materiale bestående af 15 baggrundsinterviews, seks interviews med ledere og medarbejdere fra de udvalgte sundhedsindsatser samt rapporter og evalueringer. Her fokuserede vi på, hvad informanter og rapporter havde fremhævet som indsatsernes styrker, og hvad der gør, at de lykkes med at forbedre socialt udsattes sundhed. På den baggrund identificerede vi en række komponenter fra sundhedsindsatserne, som er centrale for, at indsatserne imødekommer de strukturelle udfordringer og dermed bidrager til at forbedre socialt udsattes sundhed. Disse komponenter præsenteres i rapportens afsluttende kapitel.

3. Strukturelle udfordringer med konsekvenser for socialt udsattes sundhed

I det følgende skitseres tre strukturelle udfordringer, der har konsekvenser for socialt udsattes sundhed. Udfordringerne fungerer som afsæt for udvælgelsen af de sundhedsindsatser, der vil blive beskrevet i kapitel 4. De strukturelle udfordringer er baseret på baggrundsinformanternes viden og erfaring og suppleres løbende af pointer fra rapporter og forskningslitteratur. Under hver af de tre udfordringer vil det afslutningsvist blive beskrevet, hvilke behov udfordringen skaber, som derfor skal imødekommes igennem sundhedsindsatset målrettet socialt udsatte.

UDFORDRING 1: Manglende sammenhæng på tværs af sektorer og fagområder

Den første udfordring handler om, hvordan velfærdssystemets indretning og manglende sammenhæng og koordinering på tværs af sektorer og fagområder udfordrer arbejdet med socialt udsattes sundhed.

Mange socialt udsatte borgere har brug for hjælp, støtte og behandling, som involverer flere forskellige aktører på tværs af social-, beskæftigelses- og sundhedsområdet. Som et eksempel kan den samme borger have en sag i jobcentret, være i ambulans behandling i psykiatrien i regionen og modtage socialpædagogisk bostøtte og rusmiddelbehandling i kommunen. Hertil kommer eventuelle somatiske helbredsproblemer, som kan kræve hospitalsbehandling eller hjemmepleje.

En gennemgående pointe i baggrundsinterviewene med forskere og fagpersoner er, at det tværsektorielle samarbejde mellem regioner og kommuner er udfordret, og at dette går ud over den hjælp, støtte og behandling, socialt udsatte borgere får. Den manglende sammenhæng på tværs af sektorer og fagområder kan i nogle tilfælde resultere i, at borgere ikke modtager den behandling, de har brug for, eller at de kun får et begrænset udbytte af indsatsen, hvilket vi drøfter under den tredje udfor-

dring. Udfordringen gør sig især gældende i socialt udsattes overgang fra én sektor til en anden – for eksempel ved udskrivning fra hospitalet, ligesom der kan være udfordringer med samarbejdet internt i kommunerne, for eksempel mellem beskæftigelsesindsatsen og den sociale indsats. Udfordringen med opdelingen af ansvar er særligt tydelig i arbejdet med mennesker med dobbeltdiagnoser.

Andre udgivelser peger på samme udfordring med siloopdeling og manglende sammenhæng i indsatsen over for socialt udsatte borgere (se for eksempel Becker og Barfod 2009, Benjaminsen et al. 2009, Brasch et al. 2011, Mik-Meyer 2018, Pedersen 2018, Rambøll 2020, Gadeberg et al. 2020). Eksempelvis fremhæver rapporten *Indsatser mod ulighed i sundhed* ligesom baggrundsinformanterne, at det social- og sundhedsfaglige arbejde i højere grad bør sammentænkes, og at der er behov for at styrke samarbejdet på tværs af sektorer (Gadeberg et al. 2020).

Baggrundsinterviewene med forskere og fagpersoner viser en klar enighed om, at idealet for arbejdet med socialt udsatte borgere er at tilbyde en sammenhængende og helhedsorienteret indsats, som imødekommer samtlige af borgerens forskelligartede behov, både økonomiske, boligrelaterede, sociale, rusmiddelrelaterede, psykiske og somatiske problemstillinger. Desuden påpeger flere af baggrundsinformanterne, at indsatsen over for socialt udsatte forbedres ved, at den enkelte medarbejder dels har et indgående kendskab til de forskellige dele af egen organisation, men også i høj grad ved at have et godt kendskab til og netværk inden for andre fagområder og sektorer. Der er således ifølge baggrundsinformanterne et behov for, at de relevante medarbejdere opnår et øget kendskab til andre arbejdsområder, hvis de skal kunne bidrage til en mere sammenhængende og helhedsorienteret indsats for socialt udsatte.

UDFORDRING 2: Begrænset adgang til sundhedsydelse og sundhedsindsatser

En anden udfordring i arbejdet med socialt udsattes fysiske og mentale sundhed, som baggrundsinformanterne peger på, er socialt udsattes begrænsede adgang til sundhedsydelse og sundhedsindsatser. Der ses både en række formelle og uformelle barrierer i denne sammenhæng.

De formelle begrænsninger omhandler blandt andet borgere uden lovligt ophold. Flere af forskerne og fagpersonerne problematiserer, at borgere uden lovligt ophold kun har ret til akut behandling i sundhedsvæsenet, og at disse borgere formelt ikke har adgang til at blive udredt og behandlet for ikke-akutte tilstande, som dermed kan forværres og blive til akutte tilstande (Ravnbøl et al. 2020).

Derudover problematiserer baggrundsinformanterne, at selvom der formelt set er lige adgang til sundhedsydelse for danske statsborgere og borgere med opholdstilladelse i Danmark, gør det sig ikke gældende i praksis. Der er nemlig en række uformelle barrierer, der forhindrer socialt udsatte i at få reel adgang til ydelse og tilbud. For eksempel kan borgere, der er under påvirkning af rusmidler, opleve at blive afvist i at modtage visse sundhedsydelse. Et andet eksempel er økonomiske barrierer i form af for eksempel transportudgifter og brugerbetaling på medicin og tolkebistand eller regler og organisering i sundhedsvæsenet, såsom krav om tidsbestilling, begrænsede åbningstider og geografisk distance. Disse krav vidner om, at det er indrettet efter særlige forventninger til borgeren, som ofte er svært forenelige med de liv, mange socialt udsatte lever. Det er en pointe, som også Diderichsen og kolleger problematiserer, når de skriver, at sundhedsvæsenet er designet til idealpatienten, som kender sine krav, rettigheder, systemets organisering og vejene ind i systemet (Diderichsen et al. 2011). I den forbindelse fremhæver flere af forskerne og fagpersonerne, at det er problematisk, at sundhedssystemet er indrettet med almen praksis som indgang til det øvrige sundhedssystem, fordi en del

socialt udsatte har begrænset eller ingen kontakt til egen praktiserende læge. Studier viser desuden, at personer med lavest indkomst gør mindst brug af egen praktiserende læge (Diderichsen et al. 2011). Den manglende kontakt gør, at socialt udsatte ikke får den fornødne forebyggende behandling, men i stedet ender med at have brug for akutte indlæggelser (Juel et al. 2010; Pedersen 2018; Diderichsen et al. 2011).

De formelle og uformelle barrierer i systemet betyder ifølge baggrundsinformanterne, at mange socialt udsatte ikke får den behandling, som deres situation kræver. Desuden påpeger de, at selv de indsatser, som specifikt er tiltænkt målgruppen, ofte ikke formår at inkludere de allermost udsatte. I baggrundsinterviewene bliver det derfor slået fast, at der i udviklingen af nye indsatser bør være en særlig opmærksomhed på, hvilke grupper der ikke vil have mulighed for at benytte sig af tilbuddet og på, hvordan man inkluderer disse.

Når systemerne omkring sundhedsydelse ikke er tilgængelige for socialt udsatte, opstår der et behov for alternative sundhedstilbud, som opererer uden for sundhedsvæsenets etablerede rammer. Det kunne for eksempel være udgående og opsøgende sundhedsarbejde eller civilsamfundsbase-rede tilbud. Sådanne alternative sundhedstilbud er vigtige for at give målgruppen adgang til basale sundhedsydelse, mens den mere specialiserede behandling ikke er mulig i de alternative tilbud. Ifølge baggrundsinformanterne er det derfor afgørende, at de alternative sundhedstilbud formår at bygge bro til det etablerede system for at undgå, at der opstår parallelle systemer, hvor socialt udsatte ikke kan få den specialiserede behandling, som kan være nødvendig. Desuden kalder sundhedsydelse-ernes utilgængelighed på behovet for opsøgende indsatser, der skaber kontakt til socialt udsatte, som enten ikke har erkendt behovet for sundhedsfaglig hjælp, eller som ikke formår selv at skabe eller holde kontakten til sundhedsvæsenet.

UDFORDRING 3: Manglende kendskab til socialt udsattes behov og mulighed for individuel tilpasning

Den tredje udfordring handler om, at sundhedspersonalet i det etablerede sundhedsvæsen generelt ikke har det fornødne kendskab til socialt udsattes behov og ikke har tilstrækkelig mulighed for at levere en fleksibel, tilpasset ydelse, som imødekommer målgruppens forskelligartede behov. En af konsekvenserne af dette er, at socialt udsatte ofte kun opnår et begrænset udbytte af de sundhedsydelser og -indsatser, de modtager af sundhedsvæsenet.

Ifølge baggrundsinformanterne får socialt udsatte mindre ud af sundhedsydelser og -indsatser end den generelle befolkning, fordi sundhedspersonalet mangler viden om målgruppen og ikke er klædt på til at tage hånd om deres behov. Dette er i tråd med Pedersens (2018) pointe om, at socialt udsattes negative oplevelser i mødet med sundhedsvæsenet blandt andet handler om personalets manglende forståelse for målgruppen, som kan medføre, at socialt udsatte oplever ikke at blive taget alvorligt, oplever ikke at blive undersøgt grundigt, og i øvrigt føler sig diskrimineret på baggrund af for eksempel udseende, væremåde eller især stofbrug (Pedersen 2018). Desuden betyder socialt udsattes ofte begrænsede sundhedskompetencer, at de kan have svært ved at navigere i sundhedsvæsenet og forstå sundhedsprofessionelles beskeder og formidle deres egen situation til sundhedsprofessionelle, hvilket forringer deres udbytte af kontakten til sundhedsvæsenet (Pedersen 2018).

Baggrundsinformanterne fremhæver derudover, at socialt udsatte får begrænset udbytte af sundhedsydelser og -indsatser, fordi medarbejderne ikke i tilstrækkelig grad har mulighed for at tilrettelægge indsatserne efter den enkelte borgers behov. Ifølge

baggrundsinformanterne skyldes det blandt andet, at der mangler ledelsesmæssig opbakning til at tilpasse gængse procedurer til den konkrete situation, at rammerne for deres arbejde er ufleksible, og endelig, som nævnt før, at personalet mangler viden om målgruppens behov. En af baggrundsinformanterne forklarer, at de ufleksible behandlingsforløb dels kan medføre, at behandlingen i sig selv ikke er lige så effektiv, men det kan også gøre, at borgeren føler sig nødsaget til at afbryde behandlingsforløbet.

Derimod vidner interviews med socialt udsatte foretaget af Pedersen (2018) om, at socialt udsatte oplever mødet med det somatiske hospitalsvæsen positivt, når personalet udviser fleksibilitet, og når forløbet er tilpasset til den enkeltes særlige behov (Pedersen 2018). Der er derfor et behov for, at medarbejderne er villige til og har ledelsesmæssig opbakning til at yde en ekstra indsats for at give socialt udsatte den rette behandling. Det kræver, at medarbejderne har tiden til at sætte sig ind i den enkeltes situation, og at medarbejderen er i stand til at finde på kreative og fleksible løsninger i et system, der ifølge baggrundsinformanterne til tider opleves rigidt. Dertil er det nødvendigt, at sundhedspersonalet har tilstrækkelig viden om målgruppen og diversiteten i målgruppens behov for at kunne tilbyde den rette behandling. Ifølge baggrundsinformanterne er det nødvendigt at prioritere erfaringsudveksling mellem kollegaer og dele viden om, hvad der virker i arbejdet med socialt udsatte, for at udvikle det, baggrundsinformanterne beskriver som en *udsattefaglighed* blandt personalet. Denne udsattefaglighed skal ikke blot pålægges enkelte medarbejdere, men ideelt være en kompetence hos alle sundhedsprofessionelle.

4. Udvalgte sundhedsindsatser for socialt udsatte

I det følgende beskrives de seks sundhedsindsatser for socialt udsatte, som er udvalgt på baggrund af kriterierne beskrevet i metodekapitlet. Sundhedsindsatserne er fremhævet af baggrundsinformanterne som gode eksempler og er dermed et udpluk af de mange indsatser, der findes forskellige steder i landet. Beskrivelserne af indsatserne er baseret på interviews med ledere og medarbejdere, der arbejder med indsatserne til daglig, og beskrivelserne er derfor udtryk for interviewpersonernes perspektiver og vurdering af indsatserne. Hver indsatsbeskrivelse indledes med en introduktion, hvor der inddrages relevant faglitteratur. Derudover begrundes udvælgelsen af sundhedsindsatsen blandt andet med henvisning til de strukturelle udfordringer.

Omsorgscentre

Socialt udsatte er væsentligt dårligere stillet end den øvrige befolkning, når de bliver ramt af sygdom. Manglende bolig og social støtte er nogle af de faktorer, som gør mange socialt udsatte særligt sårbare, når de bliver syge, da de ikke har mulighed for at få den omsorg og hvile, som det kræver for at komme sig (Pedersen 2018). Når den generelle indlæggelsestid på hospitalernes somatiske afdelinger fortsat bliver kortere, og den efterfølgende restitution og pleje i større omfang skal foregå i eget hjem, rammer det derfor denne gruppe særligt hårdt (Bring et al. 2020, Hansen 2017). Det betyder, at socialt udsatte hjemløse ofte bliver udskrevet direkte fra hospitalet til gaden eller herberger med begrænsede faciliteter, før de er kommet sig tilstrækkeligt, og derfor er genindlæggelsesraten høj (Pedersen et al. 2018). Socialt udsatte får i de tilfælde ikke det samme udbytte af sundhedsydelse, som borgere med et stærkt netværk og mulighed for restitution i hjemmet.

For at imødekomme socialt udsatte, som har behov for pleje, lettere behandling eller restitution, åbnede Røde Kors i 2014 et omsorgscenter i København med tilbuddet om et plejeophold til borgere, der er hjemløse eller funktionelt hjemløse. I dag driver Røde Kors tre omsorgscentre i henholdsvis Region Hovedstaden (Eirsgaard i København), Region Midtjylland (Pit Stop i Aarhus) og Region Syddanmark (Svalegangen i Middelfart), der alle tilbyder et gratis ophold på op til 14 dage.

Evalueringer og undersøgelser af omsorgscentrene peger på flere positive effekter af opholdene (Bring et al. 2020, Axelsen & Kristensen 2019, Pedersen et al. 2018). I en kvalitativ undersøgelse af borgernes oplevelse af Omsorgscenter Eirsgaard beskriver borgerne opholdet som modpolen til livet på gaden (Pedersen et al. 2018). Det handler for det første om, at de på omsorgscenteret får dækket basale behov som søvn, mad, hygiejne og varmt tøj. Derudover fremhæver borgerne omsorgscenterets trygge og stabile rammer, som betyder, at de undgår gadens larm, stress og usikre miljø. Den sociale og sundhedsfaglige støtte på omsorgscenteret er ligeledes central, da borgerne ofte har behov for hjælp til at løbe ærinder, navigere i velfærdssystemet og deres videre forløb, men også omsorg og råd omkring pleje og behandling. Tilsammen giver det borgerne en oplevelse af, at opholdet på omsorgscenteret er en pause fra deres hverdag og en mulighed for at reflektere over eget liv og i nogle tilfælde ændre livsstil, for eksempel i forhold til alkohol- og stofbrug (Pedersen et al. 2018).

Vi har valgt at fremhæve Røde Kors' omsorgscentre i rapporten, da de bidrager til at udfylde det hul, som manglen på restitutionsmuligheder efter indlæggelse udgør. Røde Kors' omsorgscentre imødekommer udfordring 3 *Manglende kendskab til socialt udsatte behov og mulighed for individuel tilpasning* ved at kompensere for sundhedsvæsenets begrænsede fleksibilitet i forhold til at tilgodese målgruppens behov for restitution. Omsorgscentrene tilbyder nemlig socialt udsatte bedre vilkår for at komme sig oven på sygdom, så de opnår større udbytte af deres behandling. Desuden er omsorgscentrenes arbejde med til at lette sektorovergangen fra region til kommune, og de imødekommer dermed også udfordring 1 *Manglende sammenhæng på tværs af sektorer og fagområder*.

Mens Røde Kors' omsorgscentre Eirsgaard og Pit Stop er begrænset til at tilbyde ophold til personer, der bliver udskrevet fra somatiske afdelinger, tager Svalegangen imod personer fra både somatiske og psykiatriske afdelinger og favner på den måde behovet hos en bredere målgruppe. Af den årsag har vi i rapporten valgt at fokusere på Svalegangen, som vi beskriver mere dybdegående i det følgende.

Røde Kors' Omsorgscenter Svalegangen i Middelfart

Den følgende beskrivelse af Omsorgscenter Svalegangen er baseret på et dobbeltinterview med den daglige leder af Omsorgscenter Svalegangen og lederen af Fællesskabssektionen under Landskontoret, Røde Kors.

Formålet med Svalegangen

Formålet med Svalegangen er at give socialt udsatte i hjemløshed et sted, hvor de kan restituere, eksempelvis efter en indlæggelse. Svalegangen er til for at undgå, at borgere bliver udskrevet fra hospitalet til gaden, herberg eller forsorgshjem, hvor der ikke er faciliteter og ro til komme sig. Under et ophold på Svalegangen er formålet at borgerne skal slappe af og komme ovenpå, og der bliver derfor ikke lagt planer for dem eller stillet krav til dem. Lederen af Fællesskabssektionen beskriver omsorgscentrenes primære funktion således:

"Det er rigtig vigtigt at holde fast i, at kernen i det her det er restitution. Det er ikke alt muligt andet. Så der skal ikke være en masse forventninger og krav, og 'du skal', eller 'vi skal have en plan for dig, når vi vinker farvel'. De kommer, fordi de er syge, og det er også det, vi skal holde fast i. Ligesom vi andre ville få 14 dage derhjemme, hvor vores kærester eller andre ville komme med en kop te til os og så videre. I den periode synes vi jo heller ikke nødvendigvis, at det ville være sjovt at blive pålagt alt muligt."

- Leder af Fællesskabssektionen, Røde Kors

Målgruppen for Svalegangen

Et ophold på Svalegangen er et tilbud til borgere, som er hjemløse eller funktionelt hjemløse, og som har behov for pleje, lettere behandling eller restitution. Tilbuddet er henvendt til borgere, som har været indlagt på somatiske eller psykiatriske afdelinger på hospitaler i Region Syddanmark, men indlæggelse er ikke et krav. Det er også muligt for socialt udsatte borgere på gaden at få et forebyggende ophold, hvis de er syge eller på vej til at blive det, men endnu ikke har været indlagt på hospitalet. Borgerne på omsorgscenteret må ikke være udadreagerende eller suicidale, og de skal kunne være alene, da der ikke er personale til stede døgnet rundt.

Indtil videre kan Svalegangen og de øvrige omsorgscentre kun tage imod borgere med lovligt ophold i Danmark. Svalegangen har endnu ikke fået forespørgsler fra borgere uden opholdstilladelse, men ifølge lederen for Fællesskabssektionen ønsker de i Røde Kors at ændre på kravet, da hun mener, det bør være et tilbud for alle, der har behov for det.

Organisering, samarbejdspartnere og fysiske rammer

Svalegangen blev oprettet i september 2020 som det tredje af Røde Kors' omsorgscentre, og Region Syddanmark stillede lokaler til rådighed, som Røde Kors lejer. Lokalerne er placeret i en bygning ved Sygehus Lillebælt i Middelfart, og de har plads til at huse fem borgere. Bygningens faciliteter består af fem værelser, en fælles stue, et fælles køkken og en vaskekælder.

Omsorgscenteret er organisatorisk forankret i Fællesskabssektionen under Landskontoret i Røde Kors og har desuden Region Syddanmark og Middelfart Kommune som centrale samarbejdspartnere. Personalet på Svalegangen holder jævnligt netværksmøder med socialsygeplejersker og personale fra psykiatrien for at drøfte eventuelle udfordringer eller lave aftaler om henvisning af borgere. For Svalegangens personale er netværksmøderne vigtige, særligt fordi samarbejdspartneres kendskab til omsorgscenteret og dets muligheder gør processen med at henvise og visitere borgere til omsorgsophold lettere.

I det første år har Svalegangen været finansieret af EU-midler, men for nyligt er omsorgscenteret kommet på Region Syddanmarks budget, hvilket betyder, at det er fuldt finansieret i en fireårig periode.

Svalegangens personale

Det fastansatte personale på Svalegangen består af to sygeplejersker og en daglig leder, som er uddannet socialrådgiver. De ansatte har erfaring med målgruppen fra tidligere arbejde på blandt andet væresteder, injektionsrum, rusmiddelklinikker og fra gadeplansarbejde. Ifølge den daglige leder er medarbejdernes kendskab til socialt udsatte borgeres forskellige behov og udfordringer centralt for at kunne hjælpe dem bedst muligt, mens de er på Svalegangen.

Udover det fastansatte personale er der tilknyttet frivillige til omsorgscenteret. Det frivillige personale er til stede i aften timerne, når de fastansatte er taget hjem. De har aften vagter i hverdagene, og i weekenden møder de ind midt på dagen. Mange af de frivillige har en sundheds- eller socialfaglig baggrund, men det er ikke et krav. Der er også enkelte peer-medarbejdere, som for eksempel kan være personer, der selv har været patienter i det psykiatriske system. Den daglige leder understreger, at de frivillige yder en vigtig både praktisk og social indsats, og deres tilstedeværelse er værdsat af borgerne:

"De frivillige hjælper med praktiske ting, laver mad og er egentlig bare til stede, snakker og hygger med borgerne. Ja, borger til borger, kan man sige. Og det er noget, der bliver lagt mærke til af dem, der er her. At de kommer frivilligt. Altså, det er fantastisk, at de gider at komme, som de siger: 'Hvorfor gider du komme her og snakke med mig? Altså, jeg er jo bare en gammel misbruger'. Men det gør de, så det er jo en helt anden relation, de får."

- Daglig leder af Svalegangen

Som et ekstra tilbud har Svalegangen et samarbejde med Røde Kors' efterværn Primus Motor, som er en frivillig mentorordning. Efterværnet giver Svalegangens borgere mulighed for at få en mentor, som kan følge borgerne efter deres ophold på omsorgscenteret og bistå dem i forbindelse med møder med kommunen og psykiatrien.

Et ophold på Svalegangen

Henvisning til Svalegangen

Hvis en borger ønsker et ophold på omsorgscenteret, skal de henvises af en fagperson, som typisk vil være socialsygeplejersker fra de somatiske afde-

linger, udskrivningskoordinatorer fra de psykiatriske afdelinger, gadesygeplejersker eller rusmiddelcenteret. Ved henvisningen er det vigtigt, at Svalegangens personale får en faglig vurdering og beskrivelse af borgerens situation, da de på den baggrund skal beslutte, om de kan tage imod borgeren. Det afgør de ud fra borgerens plejebehov, og om vedkommende opfylder kriterierne for et ophold (som står beskrevet i afsnittet "Målgruppen for Svalegangen"). Derudover vurderer personalet, om borgeren vil passe ind i forhold til de øvrige borgere, der opholder sig på Svalegangen på det givne tidspunkt. Ifølge den daglige leder er denne afklarende samtale mellem for eksempel socialsygeplejersken og personalet på Svalegangen altafgørende for, at den pågældende borger får et godt ophold, men også afgørende for at sikre, at de øvrige borgere på Svalegangen fortsat trives på omsorgscenteret. Den daglige leder af Svalegangen mener, at de grundige faglige drøftelser af borgerens situation er årsagen til, at Svalegangen kun ganske sjældent har været nødsaget til at bede en borger om at forlade centret.

Opholdet på Svalegangen

Når en borger er blevet henvist til Svalegangen, får vedkommende stillet et værelse til rådighed og er ofte selv med til at lave et eller flere af dagens tre måltider. Borgeren kan være på Svalegangen i op til to uger, og ofte vil borgeren bruge de første dage på at sove og slappe af. Den sundhedsfaglige hjælp, som de kan tilbyde på Svalegangen, består i lettere sygepleje, såsom sårpleje og medicinadministration. Der er også etableret et samarbejde med Middelfart Kommunes hjemmepleje, som Svalegangen kan kontakte, hvis de har brug for assistance.

Der er få, men klare regler under opholdet på Svalegangen: 1) hvis man skal indtage rusmidler, skal det foregå på eget værelse, 2) rygning foregår uden dørs, og 3) besøg skal foregå i dagtimerne, mens der er personale til stede. Hvis borgerne ikke overholder reglerne, bliver de bedt om at forlade centret.

Den socialfaglige dimension af Svalegangens arbejde

Ud over den sundhedsfaglige pleje har borgerne på Svalegangen også mulighed for at få socialfaglig hjælp under opholdet. Dog er det vigtigt for medarbejderne, at ønsket kommer fra borgeren selv. Den daglige leder beskriver det således:

"Vi lægger ikke en plan for borgerne, når de kommer, og jeg tror, det er en af grundene til, at vi har ret stor succes. Det er ikke ligesom på forsorgshjem, hvor de siger 'Hvad skal du nu? Nu skal du dét og dét.' Den kører vi ikke med. Hvis man ikke har lyst til noget, så er det også okay. Hvis man bare vil være her og spise i 14 dage, jamen så fint, fred være med det, så presser jeg ikke på."

- Daglig leder af Svalegangen

Hvis borgeren ønsker det, kan socialrådgiveren på stedet hjælpe med at undersøge, hvilke støtteforanstaltninger borgerne har ret til, og socialrådgiveren kan også varetage kontakten til kommunen. Her er det en stor fordel, at socialrådgiveren har mange års erfaring fra en stilling i kommunen, som har givet ham et stort kendskab til og netværk i det kommunale system. Denne viden bruger socialrådgiveren til at oplyse borgerne om deres rettigheder og til at hjælpe dem med at navigere i systemet og

få aktiveret de relevante dele af det kommunale system, hvis borgeren ønsker det. Efter de første hviledage bestræber personalet sig på så tidligt som muligt at få afklaret borgerens generelle situation, om der er en kontaktperson i kommunen, og hvad borgeren ønsker, der skal ske efter opholdet. Personalet oplever at nå langt ved ikke at stille krav og give borgeren ro til at tænke, men samtidig indlede samtalen tidligt og stå klar, hvis motivationen opstår. Fordi opholdet fungerer som et afbræk fra deres normale hverdagsliv, skaber det, ifølge personalet, mulighed for refleksion og forandring. Den daglige leder fortæller:

"Vi kan gøre den største forskel, hvis borgerne er motiverede. Nogle gange kan de nå noget helt vildt i løbet af de 14 dage. Vi har haft én, som havde flere forskellige personlighedsforstyrrelser og misbrug. På de 14 dage fik vi skaffet en lejlighed til ham, som han flyttede i direkte, han fik kontakt til lokalpsykiatrien, han fik kureret sin mave, fordi han havde mavesår, han fik en seddel ved socialtandplejen, og blev indskrevet ved et rusmiddelcenter. I løbet af 14 dage. Og det kan vi nogle gange, hvis borgeren vil."

- Daglig leder af Svalegangen

Udskrivelse fra Svalegangen

Afslutningen på et ophold på Svalegangen varierer fra borger til borger. Nogle borgere bliver hentet af en støttekontaktperson fra kommunen, som tager sig af deres videre forløb, og andre bliver kørt til et forsorgshjem af Svalegangens personale. Personalet gør en indsats for at undgå at sende borgerne på gaden igen og giver altid borgerne tilbuddet om et alternativ.

Sundhedsklinikker

Mange socialt udsatte er enten formelt eller i praksis ekskluderet fra at benytte de ydelser, som sundhedsvæsenet tilbyder. Selvom mange sundhedsydelser er gratis for borgere i Danmark, så er barrierer som for eksempel geografisk placering og tidsbestilling ofte med til at gøre dem utilgængelige for socialt udsatte i praksis (Diderichsen et al. 2011, Gadeberg 2020). Endnu sværere er det for socialt udsatte uden opholdstilladelse, som kun har ret til akut behandling, og som derfor er formelt ekskluderet fra at blive udredt og behandlet for ikke-akutte tilstande (Ravnbøl et al. 2020). De særlige sundhedstilbud til socialt udsatte borgere, som finder sted uden for det etablerede sundhedsvæsen, spiller derfor en afgørende rolle for målgruppens adgang til basal sundhedsfaglig behandling og rådgivning (Pedersen 2018).

Sundhedsklinikker målrettet socialt udsatte er et eksempel på den type særlige sundhedstilbud, som er kendetegnede ved at yde generel sundhedsbehandling. Der eksisterer forskellige typer af sundhedsklinikker, og det varierer fra klinik til klinik, hvilke ydelser de kan tilbyde, og hvem klinikens primære målgruppe er. Fælles for de fleste klinikker er, at deres tilbud er gratis, at konsultationerne ikke kræver tidsbestilling, at personalet har en særlig forståelse for målgruppens udfordringer og behov, og at klinikken er geografisk placeret tæt på, hvor målgruppen opholder sig. Derudover forsøger flere klinikker, i det omfang det er muligt og nødvendigt, at skabe adgang til specialiseret behandling i det etablerede sundhedsvæsen, ofte ved at trække på medarbejdernes faglige netværk. Eksempler på sundhedsklinikker er Røde Kors' sundhedsklinikker målrettet personer uden lovligt ophold eller gult sygesikringsbevis (i København, Odense og Aarhus), Caritas Klinikken for socialt udsatte i København, Sundhedsklinikken på herberget Mændenes Hjem ligeledes målrettet socialt udsatte i København og Redens sundhedsklinikker (i København, Odense, Aarhus og Aalborg) målrettet socialt udsatte kvinder.

Sundhedsklinikkerne bliver fremhævet i rapporten, fordi de bidrager til at forbedre socialt udsattes adgang til sundhedsydelser, som vi har beskrevet behovet for i udfordring 2 *Begrænset adgang til sundhedsindsatser*. Det gør de dels ved selv at tilby-

de sundhedsydelser, som i højere grad er tilgængelige for målgruppen, men også ved at brobygge til det etablerede sundhedsvæsen, hvorved socialt udsatte sikres adgang til specialiseret behandling.

Vi har i denne rapport valgt at beskrive Reden Internationals sundhedsklinik Tirsdagsklinikken i København mere dybdegående, da det er en af de få sundhedsindsatser, som har særligt fokus på udenlandske udsatte kvinder. Blandt andet fordi der er færre socialt udsatte kvinder end mænd, er der også færre tilbud målrettet kvinder og deres særlige behov, og mange kvinder oplever, at de har svært ved at få den hjælp, de har brug for (Rådet for Socialt Udsatte 2016). Således imødekommer Tirsdagsklinikken et behov hos en underprioriteret målgruppe.

Tirsdagsklinikken, Reden International

Den følgende beskrivelse af Tirsdagsklinikken er baseret på et dobbeltinterview med teamlederen i Reden International og den koordinerende sygeplejerske i Tirsdagsklinikken.

Formålet med Tirsdagsklinikken

Tirsdagsklinikken formål er at være et sundhedstilbud for udenlandske kvinder i sexarbejde, der ikke har mulighed for selv at søge hjælp i det etablerede sundhedsvæsen. Tirsdagsklinikken har særligt fokus på seksuel sundhed og tilbyder kvinderne at blive testet for kønssygdomme og få rådgivning om sikkerhed i sexarbejde, men også sundhed mere generelt. Ud over arbejdet i sundhedsklinikken på Vesterbro laver personalet også opsøgende sundhedsarbejde på bordeller og massageklinikker, hvor de tager ud og tilbyder kvinder at blive testet for kønssygdomme på stedet. Dette bruges samtidig som døråbner til at opbygge tillid, lære kvinderne bedre at kende og tilbyde socialfaglig støtte. Et formål, der rækker ud over det rent sundhedsfaglige arbejde, er at skabe viden om kvinderne, hvor de kommer fra, hvordan de arbejder og kortlægge bordeller og massageklinikker i hovedstadsområdet og Nordsjælland.

Målgruppen for Tirsdagsklinikken

Målgruppen for indsatsen er udenlandske kvinder i sexarbejde, som enten arbejder på massageklinikker eller i escort, og der er et særligt fokus på

kvinder, der kan være ofre for menneskehandel. Det er kvinder, som undgår kontakt til myndighederne, eller som ikke selv har mulighed for at opsøge behandling, da de enten ikke har opholdstilladelse eller ikke har arbejdstilladelse.

Af en opgørelse fra 2019 over fødeland for brugerne i Tirsdagsklinikken i 2019 fremgår det, at størstedelen af kvinderne kommer fra Nigeria, derefter Thailand og Rumænien (Reden International 2020). Den samme type opgørelse er lavet over brugere, som personalet har haft kontakt til gennem det opsøgende sundhedsarbejde i 2020, hvoraf det ses, at størstedelen kommer fra Thailand og derefter Columbia og den Dominicanske Republik (Reden International 2020).

Organisering, samarbejdspartnere og fysiske rammer

Tirsdagsklinikken er et sundhedstilbud under Reden International, som er en del af KFUK's Sociale Arbejde. I 2007 startede Reden International sammen med Center Mod Menneskehandel (CMM) rådgivningscenteret Mødestedet på Vesterbro. Samme sted åbnede de en sundhedsklinik, hvor en gynækolog og en almenpraktiserende læge blev tilknyttet. I 2010 fik Reden International en ekstra bevilling til sundhedstilbud, og de besluttede at åbne en klinik, hvor kvinder kunne blive testet for kønssygdomme om tirsdagen. Denne klinik kom til at hedde Tirsdagsklinikken.

Begge klinikker holder i dag stadigvæk til i Mødestedets lokaler på Vesterbro i København. Lokalerne er simple og består hovedsageligt af en briks, en ultralydsscanner og testudstyr. Sundhedsklinikken, som drives sammen med CMM, har åbent mandag og onsdag, og Tirsdagsklinikken har som navnet indikerer åbent om tirsdagen. Tirsdagsklinikken er et drop-in-tilbud, hvilket betyder, at kvinderne kan komme uden tidsbestilling inden for klinikens åbningstid i tidsrummet klokken 17-19.

Reden International har også et opsøgende, mobilt sundhedstilbud, hvor personalet fra Tirsdagsklinikken opsøger kvinderne igennem online fora eller kører ud til bordeller og massageklinikker, hvor kvinderne arbejder.

Ud over samarbejdet med CMM samarbejder personalet fra Tirsdagsklinikken med Klinikken for Kønssygdomme på Bispebjerg Hospital, som udgør en vigtig forbindelse til behandling i det etablerede sundhedsvæsen.

Reden International har siden 2002 været finansieret af den nationale handlingsplan til bekæmpelse af menneskehandel. Handlingsplanerne afløser hinanden cirka hvert fjerde år, og den nuværende handlingsplan udløber ved udgangen af 2021. Dog er Tirsdagsklinikken og det sundhedsfaglige arbejde ikke finansieret af handlingsplanen, men af fondsmidler, og ifølge teamlederen arbejder de på at få en fast bevilling, som ville give en afgørende stabilitet og kontinuitet i arbejdet.

Tirsdagsklinikken personale

Tirsdagsklinikken drives af en sygeplejerske og en socialfaglig medarbejder fra Reden International. Ud over det faste personale er klinikken drevet af frivillige sundhedsprofessionelle, som er udgjort af fire læger og fire sygeplejersker, der tager vagter i klinikken på skift. De frivillige bliver oplært af og sparrer med den fastansatte sygeplejerske. Sygeplejersken er både koordinator for de frivillige og har ansvar for det opsøgende arbejde, som hun foretager sammen med en socialfaglig medarbejder.

Reden International består i øvrigt af en teamleder, en rumænsk kultur- og socialrådgiver og en koordinator for deres natcafé.

Reden Internationals medarbejdere kan tilsammen kommunikere med kvinderne på syv forskellige sprog: rumænsk, spansk, thai, tysk, italiensk, polsk og engelsk.

Tirsdagsklinikken arbejde

Konsultationerne i klinikken

Når kvinderne kommer ind i klinikken, tager personalet imod dem og tilbyder dem mad og kaffe, mens de venter. Derefter bliver deres navn og samtykke registreret i klinikken dokumentationssystem, hvor de også opbevarer kvindernes journaler. I venteværelset ligger der kondomer, oplysningsmateriale, spil og billeder, som formidler information om prævention, kroppen og seksuel sundhed. Mens de venter på, at det bliver deres tur, er den

fastansatte sygeplejerske og den socialfaglige medarbejder til rådighed for kvinderne. For personalet er det vigtigt at eksponere kvinderne for så meget præventionsvejledning som muligt, mens de er i klinikken. Det varierer fra kvinde til kvinde, om de er vant til eller utilpasse ved at tale om sex og se billeder af kønsorganer, og på Tirsdagsklinikken gør personalet en indsats for at normalisere det og gøre kvinderne trygge i samtalen.

Under konsultationen med det frivillige sundhedspersonale bliver kvinderne testet for kønssygdomme. Nogle af testene får de svar på med det samme, mens de må vente to uger på andre. I de tilfælde kontakter personalet kvinderne telefonisk for at give dem testsvaret. Hvis kvinderne skal have behandling, som de ikke har mulighed for at give på klinikken, trækker de på samarbejdet med Klinikken for Kønssygdomme på Bispebjerg Hospital. Tirsdagsklinikken anbefaler også ofte kvinderne at komme igen om mandagen eller onsdagen i CMM's klinik, hvor de tilknyttede læger har en mere specialiseret lægefaglig viden. CMM's sundhedsklinik har derudover også et samarbejde med Hvidovre Hospital, som de kan trække på i forbindelse med graviditetsscanninger og aborter. Der er sat god tid af til at tale med kvinderne, og personalet prioriterer relationsarbejdet højt for at sikre, at kvinderne føler sig trygge. De sundhedsfaglige samtaler drejer sig ofte om, hvordan kvinderne bedst muligt kan passe på sig selv i sexarbejdet, og de taler om alt fra prævention til mere overordnet sundhedsvejledning. Teamlederen

og den koordinerende sygeplejerske fortæller, at der er kulturel variation i kvindernes opfattelse af hygiejne og sundhed, og medarbejdernes indgående kendskab til de forskellige grupper af kvinder, der kommer, er derfor afgørende for at kunne forstå og vejlede kvinderne ordentligt.

Personalet på Tirsdagsklinikken fortæller, at de strækker sig langt for at hjælpe kvinderne, og de understreger, at deres fleksible rammer har en stor betydning for, hvad de kan hjælpe kvinderne med. Der er ikke de samme tidsbegrænsninger eller regler, som kendetegner konsultationerne i det etablerede sundhedsvæsen, og de gør meget ud af at gøre tilbuddet tilgængeligt for kvinderne. Det kan eksempelvis være ved at tilbyde test for kønssygdomme om natten i Redens Natcafé i stedet for dagtimerne, hvis det efterspørges.

Den socialfaglige dimension af sundhedsindsatsen

Tirsdagsklinikken adskiller sig fra flere andre sundhedsklinikker ved også at rumme en socialfaglig dimension. Ifølge personalet skaber sundhedstilbuddet ofte adgang til, at personalet kan hjælpe kvinderne på andre områder, fordi personalet får etableret en relation til kvinderne. Når personalet har været i kontakt med kvinderne i forbindelse med sundhedsklinikken, sker det ofte, at kvinderne ringer angående andet, som de har brug for hjælp til. På den måde har Tirsdagsklinikken en kontaktskabende funktion, som kan motivere kvinderne til at tage imod Reden Internationals andre tilbud.

Følgeskab under behandling og konsultationer i sundhedsvæsenet

Tirsdagsklinikken tilbyder kvinderne følgeskab til aftaler og behandling i det etablerede sundhedsvæsen eksempelvis på hospitalet. Ifølge teamlederen og den koordinerende sygeplejerske er det en vigtig opgave, fordi der ofte opstår misforståelser i kommunikationen med hospitalspersonalet, som ikke har det samme kendskab til kvindernes levevis og behov. Det giver den koordinerende sygeplejerske her et eksempel på:

"Nogle gange, når vi har været ude på hospitalet, så spørger de [hospitalspersonalet] selvfølgelig om alt muligt. Det skal de jo. Vi havde en samtale med en læge, der spurgte: 'har du en fast partner?'; og kvinden svarede: 'ja', og så måtte jeg lige tilføje: 'og så har du også kunderne, ikke?'; og lægen var sådan: 'hvad?'. Så fortalte jeg: 'ja, hun arbejder med prostitution'. Så det var en ret vigtig detalje. Nogle gange skal vi hjælpe til, så kvinderne får den hjælp, de skal have på baggrund af det, de laver. Og det ville en læge måske ikke normalt tænke over. [...] Man kan ofte bare se sådan en læge, der sveder sådan helt over, at nu skal vi snakke om det her."

- Koordinerende sygeplejerske i Tirsdagsklinikken

Det opsøgende sundhedsarbejde

Det opsøgende sundhedsarbejde, som både de social- og sundhedsfaglige medarbejdere udfører, består både af at opspore og kortlægge klinikker og kvinder i escort. De tager kontakt til dem telefonisk,

online eller møder op fysisk dér, hvor kvinderne befinder sig. Også i det opsøgende arbejde har den sundhedsfaglige del og sygeplejersken en vigtig adgangsgivende funktion, når hun står i sin kittel og kommer med et konkret tilbud om kønssygdomstest, som kvinderne kan forholde sig til. Personalet foretager test på stedet og opfordrer kvinderne til at komme ned i Tirsdagsklinikken. Når kvinderne dukker op i klinikken, har det socialfaglige personale mulighed for at tage initiativ til en mere generel snak om deres livssituation. Ifølge teamlederen skaber opsporings- og kortlægningsarbejdet unik viden om feltet og målgruppen, som ikke ellers ville blive dokumenteret:

"Faktum er, at hvis vi ikke tager ud på de her klinikker, så sidder der altså nogen, som slet ikke har kontakt til samfundet. Og der er jo også en stor del af det, der er viden: Hvad er det for nogle nationaliteter? Hvor mange klinikker er der? Hvad er konstellationerne? Og alt det der. Den viden ville gå helt tabt, hvis der ikke er nogen, der laver den."

- Teamleder i Reden International

Det opsøgende sundhedsarbejde, som personalet udfører, er derfor afgørende for at skabe viden om en overset målgruppe.

ACT-Teams

Mange socialt udsatte har brug for hjælp, støtte og behandling, der kræver flere forskellige fagligheder som for eksempel fagspecifik viden inden for rusmiddelbehandling, somatisk behandling, psykiatri og pædagogisk bostøtte. Som velfærdssystemet er organiseret i dag, betyder det, at socialt udsatte med flere forskellige behov kommer i berøring med flere dele af velfærdssamfundet, og ofte er de både i berøring med regionen og kommunen. Med et fælles ønske om at skabe et sammenhængende og helhedsorienteret forløb for borgeren på tværs af fagligheder og sektorer er der gennem årene afprøvet forskellige modeller for tværfagligt og tværsektorielt samarbejde. Som eksempler på tværsektorielle samarbejdsmodeller kan nævnes koordinerende indsatsplaner, netværksmøder, Psykiatriens Hus og *Assertive Community Treatment-teams* (ACT-teams).

Vi har valgt at fremhæve ACT-teams, som er en evidensbaseret bostøttemetode, fordi den i modsætning til for eksempel koordinerende indsatsplaner og netværksmøder ikke er en *koordineret* indsats, hvor de enkelte forløb er timede, men en *integreret* indsats. Det vil sige, at indsatsen hviler på en fælles, tværfaglig og tværsektoriel forståelse af borgerens situation og behov, og at indsatsen tilrettelægges som en samlet indsats med fokus på samspillet mellem for eksempel psykisk sygdom, somatisk sygdom, rusmiddelbrug og sociale og økonomiske problemstillinger. Med ACT-metoden nedsættes et team af tværfaglige specialfunktioner som for eksempel socialpædagoger, sygeplejersker, rusmiddelkonsulenter, psykiatere og beskæftigelseskonsulenter, som selv yder den direkte støtte til borgeren ud fra borgerens ønsker og behov (Benjaminsen et al. 2017). ACT-indsatsen er intensiv, fleksibel, udgående, direkte, tidsbegrænset, vedholdende og individuelt tilrettelagt ud fra borgerens ønsker og behov (Benjaminsen et al. 2017).

ACT-metoden er velafprøvet i udlandet med dokumenteret effekt og blev iværksat i Danmark som et led i den nationale hjemløsestrategi baseret på Housing First-strategien (Socialstyrelsen 2021). Dansk interventionsforskning viser, at metoden har en positiv virkning på borgernes psykiske trivsel, sociale liv og på belastningsgraden af deres rusmiddelbrug (Amilon et al. 2017). ACT-metoden bruges blandt andet i Københavns Kommune, Odense Kommune, Holstebro Kommune og Esbjerg Kommune.

Med ACT-teams imødekommes alle de tre udfordringer, vi har skitseret i rapportens indledende afsnit. Ved at organisere indsætter til socialt udsatte i tværfaglige ACT-teams med repræsentanter fra både region og kommunen skabes rammerne for en sammenhængende og helhedsorienteret indsats, som både tager højde for borgerens sundhedsmæssige, sociale og økonomiske behov. På den måde imødekommer de udfordring 1 *Manglende sammenhæng på tværs af sektorer og fagområder*. ACT-teams imødekommer også udfordring 2 *Begrænset adgang til sundhedsydelser*, idet det tværfaglige og tværsektorielle blik på borgerens situation bidrager til, at de rette hjælpeforanstaltninger og behandlingsformer på tværs af sektorer identificeres og igangsættes. Endelig bidrager ACT-teams til at imødekomme udfordring 3 *Manglende kendskab til socialt udsatte behov og mulighed for individuel tilpasning* ved netop at have et indgående kendskab til målgruppen og tilbyde en fleksibel indsats tilrettelagt efter den enkeltes skiftende behov og situation.

Af ressourcemæssige årsager er det ikke muligt for alle kommuner at implementere ACT-metoden i fuld overensstemmelse med Socialstyrelsens implementeringsguide (Rambøll 2017) – for eksempel kan det være vanskeligt at få en psykiater med i teamet, fordi der generelt er stor mangel på psykiatere i Danmark. Derfor vil vi i denne rapport fremhæve Specialcenter Skovvang i Holstebros arbejde med en modificeret ACT-indsats. På Skovvang har de blandt andet modificeret metoden på den måde, at der i stedet for en psykiater indgår en psykiatrisygeplejerske i teamet. Socialstyrelsen er i øjeblikket i gang med at udvikle og afprøve en modificeret ACT-indsats i tre projektkommuner (Fredericia, Varde og København) med henblik på at udvikle en metodebeskrivelse og implementeringsguide til en modificeret ACT-indsats, der er mindre omkostningstung og mere implementérbar for landets kommuner end den klassiske ACT-metode. I den modificerede ACT-indsats bevares værdigrundlag, kerneelementer og kernefunktioner, nemlig den socialpædagogiske støtteindsats, den specialiserede sundhedsindsats og myndighedsfunktionen, mens indsatsens organisering og målgruppe er genstand for modificering.

ACT-teamet på Specialcenter Skovvang i Holstebro

Den følgende beskrivelse af ACT-indsatsen på Specialcenter Skovvang i Holstebro er baseret på et dobbeltinterview med funktionslederen for det socialfaglige afsnit og koordinatoren for bostøtteteamet, hvor ACT-indsatsen er organisatorisk forankret. Indsatsbeskrivelsen er enkelte steder suppleret af en udviklingsrapport om Holstebros ACT-indsats udarbejdet af Rambøll (Rambøll 2020).

Formål med ACT-indsatsen

Formålet med ACT-indsatsen er at skabe en stabil boligsituation for borgeren med det rette bolig-match, hvad end det er på botilbud, i såkaldte skæve boliger (ABL § 105) eller i almene eller private lejeboliger. Derudover er det et mål for indsatsen, at borgeren i højere grad bliver i stand til at tage imod de etablerede støttesystemer, for eksempel i det somatiske og psykiatriske sundhedsvæsen samt rusmiddelbehandling og mindre omfattende bostøtteindsatser.

Målgruppen for ACT-indsatsen

Målgruppen for ACT-indsatsen er borgere, som har svært ved at modtage hjælp fra kommunen og regionens øvrige støttetilbud. Ifølge funktionslederen og koordinatoren vil målgruppen typisk have svære psykiske problemer, være stærkt afhængige af rusmidler og udadreagerende. Derudover vil de ofte også have både økonomiske, sociale og somatiske problemer. Rambølls udviklingsrapport om Holstebros ACT-indsats fra 2020 viser, at 82 % af borgerne i ACT-forløb har psykiske problemer, 41 % har fysiske helbredsproblemer, og 59 % har svært ved at varetage dagligdagsfunktioner i forhold til at klare sig i egen bolig. Derudover har 65 % økonomiske problemer, der gør det vanskeligt for borgeren blandt andet at betale husleje, og 82 % har manglende eller svagt socialt netværk (Rambøll 2020).

Organisering af ACT-indsatsen

ACT-indsatsen blev igangsat i 2009, hvor Holstebro ligesom København og Aarhus over en 4-årig periode skulle afprøve den nationale hjemløsestrategi baseret på Housing First. Herefter indgik Holstebro i et implementerings- og forankringsprojekt fra 2014-2016. Siden er ACT-indsatsen blevet en fast del af kommunens indsatspalette, og i gennemsnit er der kontinuerligt 10-12 borgere i ACT-forløb i kommunen.

ACT-indsatsen i Holstebro Kommune er forankret i bostøtteteamet på Specialcenter Skovvang, som hører under kommunens Socialafdeling. Skovvang er et specialcenter, som rummer midlertidige og længerevarende botilbud efter servicelovens §§ 107 og 108 samt hjemløsetilbud (herberg og sygeafdeling) efter servicelovens § 110. Bostøtteteamet består af 14 bostøttemedarbejdere med forskellige faglige baggrunde, og heraf er seks medarbejdere en fast del af ACT-teamet. Møderne i ACT-teamet bliver afholdt på Specialcenter Skovvang, og den borgerrettede ACT-indsats foregår som oftest i borgerens eget hjem.

ACT-teamets medarbejdere og tværfaglige samarbejde

ACT-teamet på Skovvang består i alt af 11 personer med forskellige fagligheder. Seks medarbejdere i teamet arbejder ved siden af ACT-indsatsen som bostøtter. Nogle er uddannede socialpædagoger, mens andre er tilsynsførende assistenter eller social- og sundhedsassistenter. Derudover består ACT-teamet af en rusmiddelbehandler, en psykiatrisygeplejerske fra regionen, en medarbejder fra beskæftigelsesområdet, en myndighedsrepræsentant og to opsøgende støttekontaktpersoner fra henholdsvis kommunens Center for Psykiatri og Center for Social Indsats. Psykiatrisygeplejersken og medarbejderen fra beskæftigelsesområdet er ikke en fast del af teamet, men involveres, når det er relevant.

Daglige møder i bostøtteteamet

Det samlede bostøtteteam mødes hver morgen for at koordinere og drøfte dagen, og hver eftermiddag er der obligatorisk debriefing. Alle medarbejdere i bostøtteteamet har været på kursus i Housing First-metoderne, hvilket betyder, at alle bostøtterne – også dem, der ikke er en del af ACT-teamet – kender til metoderne. Både funktionslederen og teamkoordinatoren understreger, at adgangen til daglig sparring er vigtig for ACT-arbejdet, og her er det en stor fordel, at alle kollegaer i bostøtteteamet kender til metoden. Den daglige sparring er med til at kvalificere ACT-teamets arbejde og give dem en sikkerhed i deres faglige vurdering og deres måde at gribe en borgers problemstilling an på.

ACT-teamets mødestruktur

Det faste ACT-team mødes hver 14. dag. Til mødet vil også enten funktionslederen eller koordinatoren for bostøtteteamet være til stede. Psykiatrisygeplejersken og medarbejderen fra beskæftigelsesområdet inviteres med på møderne, når det faste team vurderer, at det er relevant. Myndighedsrepræsentanten er tovholder på møderne, som har en fast struktur. Møderne starter altid med en genopfriskning af ACT-metoden, som de relaterer til en konkret borgerindsats for at vurdere, om indsatsen er tro mod metoden. Funktionslederen beskriver det således:

"På 14.-dagesmøderne er der god tid. Der er måske på det to-timersmøde kun sat to eller tre borgersager på. Så prøver man egentlig at lave en 360-graders evaluering af, hvad sker der lige nu og her? Hvad er vi optagede af lige nu? Hvad er det for nogle udfordringer og dilemmaer, vi står med? Hvor er det, vi kommer til kort? Det er også vigtigt, at der er en stor åbenhed og tillid i sådan en gruppe, for det er jo ikke kæmpe succes historier, man kommer hjem med. Nej, man skal turde snakke om, hvor det er, det er rigtig svært."

- Funktionsleder for det socialfaglige afsnit på Skovvang

På møderne går de i dybden med enkelte borgersager og anlægger et tværfagligt blik på sagerne. Funktionslederen fortæller, at i ACT-teamets arbejde vil det ikke nødvendigvis være tydeligt, hvem der besidder en sundhedsfaglig kompetence, og hvem der besidder en socialfaglig kompetence, men at teamet tilsammen vil en anskue borgerens problemstillinger og planlægge indsatsen ud fra hensyntagen til både sociale, psykiske, somatiske, økonomiske, rusmiddelrelaterede og bolig mæssige behov. Udgangspunktet for møderne er borgerens indsatsplan, og ACT-teamet vurderer på møderne, om indsatsmålene skal justeres.

Hele ACT-teamet inklusive psykiatrisygeplejersken og medarbejderen fra beskæftigelsesområdet har supervision hver 2. måned med en psykolog.

Teamets tværfaglige samarbejde

Funktionslederen og teamkoordinatoren fortæller, at tværfagligheden er central i teamets arbejde. Det er tydeligt på møderne hver 14. dag og på den daglige sparring, at medarbejdere er opmærksomme på forskellige dele af borgerens situation

og ser forskellige muligheder. Nogle har et meget socialfagligt blik, mens andre får øje på somatiske helbredsproblemer.

Funktionslederen understreger vigtigheden af, at der indgår en kommunal myndighedsrepræsentant med beslutningskompetence i teamet. På den måde sikrer man en hurtig sagsbehandling i kommunen, og ACT-teamet kan nemt tilpasse ACT-indsatsen efter borgerens skiftende behov.

Tidligere var en sygeplejerske med i teamet, men på nuværende tidspunkt er den sundhedsfaglige kompetence repræsenteret ved bostøtter med en social- og sundhedsassistentuddannelse. Ifølge funktionslederen og koordinatoren er det tilstrækkeligt, da teamet altid har mulighed for at sparre om sundhedsfaglige problemstillinger med de sygeplejersker, der har deres daglige gang på Skovvangs sundhedsfaglige afsnit.

Funktionslederen forklarer, at det er vanskeligt for en lille kommune som Holstebro at få en læge eller en psykiater med i ACT-teamet, og at Skovvang derfor har fundet en pragmatisk løsning ved i stedet at have en psykiatrisygeplejerske fra regionen med. Ifølge funktionslederen og koordinatoren er det et meget velfungerende alternativ til at have en psykiater med, eftersom psykiatrisygeplejersken kan agere bindeled og brobygger til psykiatrien, ligesom hun selv har individuelle samtaler med borgeren. Psykiatrisygeplejerskens rolle er at bidrage med sin forståelse af borgernes problemstillinger, have samtaler med borgeren og følge op på den medicinske behandling. Derudover har psykiatrisygeplejersken et indgående kendskab til tilbuddene i psykiatrien og kan hjælpe med at vurdere, om en borger burde visiteres til psykiatrien. Psykiatrisygeplejersken vil i nogle tilfælde drøfte en sag med en psykiater.

Funktionslederen og koordinatoren fortæller, at de har insisteret på at få et tæt samarbejde med beskæftigelsesområdet, da man ellers risikerer, at borgeren sanktioneres økonomisk, hvis vedkommende for eksempel ikke møder op til et møde. Det vil være u hensigtsmæssigt for den samlede ACT-indsats. Det er lykkedes ACT-teamet at få en tæt kontakt til tre medarbejdere på jobcentret og i ydelseskantoret, som alle har en særlig interesse for arbejdet med socialt udsatte.

Et ACT-forløb

Et ACT-forløb vil ofte blive opstartet ved, at en støttekontaktperson kommer i kontakt med en borger i målgruppen for indsatsen gennem opsøgende arbejde eller ved at få henvendelser fra boligforeninger, biblioteker, ydelseskontorer eller politiet. Støttekontaktpersonen får opbygget tillid til borgeren, og når en borger har sagt ja til at modtage indsatsen, vil støttekontaktpersonen sikre bevillingen fra myndighedsfunktionen. Herefter er ACT-teamet klar til hurtigt at opstarte indsatsen, mens der er motivation hos borgeren. Funktionslederen fortæller, at de endnu ikke har oplevet, at en borger i målgruppen har sagt nej til ACT-indsatsen. Borgeren får én eller to primære kontaktpersoner fra ACT-teamet.

Et ACT-forløb er uden tidsbegrænsning. Koordinatoren fortæller, at grundprincippet er aldrig at slippe borgeren. Koordinatoren giver et eksempel på, hvad man kan opnå med en vedholdende indsats:

"Forleden havde vi en drøftelse om en borger, der har fyldt meget, og som har afvist pædagogisk støtte fra andre centre. Borgerens primære kontaktperson og en kollega var ude ved ham, og kontaktpersonen sagde: 'ja det er op ad bakke det her, han sidder bare med sin computer', og medarbejderen tænkte, at det her fører ikke til noget. Men så tog vi en snak i teamet, og vi andre endte med at sige: 'men det fører jo virkelig til noget! Han lukker jer ind hver gang [...], det kan godt være, det tog et år, men nu har han bedt dig om at tømme postkassen, så nu er I allerede et skridt videre' [...]. Tilgangen er at blive ved og være stabil, når borgeren ikke kan være det. Og så er det pludselig, at der sker den her lille åbning. Og faktisk var det en kæmpe succes, for den her borger har ikke kunnet modtage nogen form for støtte tidligere. Og trods alt har han lukket den her kontaktperson ind i et helt år nu."

- Koordinator for bostøtteamet på Skovvang

Koordinatoren fortæller også, at de ikke kan blande sig i borgerens levevalg, men at de kan blive ved med at komme og være til rådighed indtil den dag, borgeren vil tage imod hjælpen eller aktivt vælger at afbryde ACT-forløbet. I nogle tilfælde vurderer teamet, at indsatsen i en periode må afgrænses til at tjekke op på, om borgeren er i live.

Ud over at ACT-teamet yder direkte hjælp til borgeren – for eksempel bostøtte og rusmiddelbehandling – har teamet også fokus på at brobygge til det øvrige velfærdssystem. Som nævnt bidrager ACT-teamets psykiatrisygeplejerske til, at indsatsen har en tæt tilknytning til psykiatrien, og borgerens kontaktperson ledsager også borgeren til konsultationer i psykiatrien. Desuden brobygger de til borgerens alment praktiserende læge og det somatiske sundhedsvæsen i øvrigt, hvis de vurderer, at borgeren har somatiske helbredsproblemer. I sådan et tilfælde vil teamet understøtte borgerens kontakt til lægen ved for eksempel at yde hjælp til tidsbestilling og ledsage borgeren til konsultation. Andre eksempler på relevante samarbejdspartnere i et ACT-forløb er hjemmepleje, kommunens sundhedshus, fysioterapeuter, psykologer, varmestuer og frivillige økonomirådgivere.

Funktionslederen og koordinatoren fortæller begge, at borgere i ACT-forløb ikke er en målgruppe, der laver kvantespring. De mener derfor, det er vigtigt ikke at have overambitiøse idéer på borgerens vegne og have forventninger til, at borgeren kan klare sig selv efter et ACT-forløb. Noget af det, der er sværest i ACT-indsatsen er, at det typisk vil være meget små progressioner, og det især er vanskeligt at forbedre borgernes evne til at udføre praktiske ting og gøremål i dagligdagen. Derudover kan borgerens netværk være en hindring for at forbedre livssituationen, for eksempel hvis der i borgerens bolig opholder sig personer, som er utilregnelige og måske udadreagerende. I sådanne tilfælde må bostøtteindsatsen i en periode foregå ved at mødes med borgeren udendørs på neutral grund.

ACT-teamet betragter indsatsen som en succes, hvis de i samarbejde med borgeren lykkes med at skabe en stabil boligsituation, og hvis borgeren får et, i vedkommendes øjne, godt liv. En del ACT-indsatser afsluttes ved, at borgeren overgår til at modtage anden og mindre indgribende hjælp fra kommunen som for eksempel en *Intensive Case Management*-indsats (ICM-indsats) eller en anden bostøtteløsning. Funktionslederen og koordinatoren er overbeviste om, at ACT-indsatsen gør en væsentlig forskel for borgere, som har vanskeligt ved at modtage hjælp fra det øvrige velfærdssystem.

Gadesygeplejersker

Mange socialt udsatte oplever barrierer i sundhedsvæsenets indretning, som forhindrer dem i at gøre brug af de ydelser, de har ret til. Som vi tidligere har nævnt, kan det både være barrierer i form af praktiske omstændigheder som åbningstider og geografisk placering, men også sundhedssystemets implicitte forventninger om, at borgere selv kan gøre krav på rettigheder og navigere i det komplekse system (Diderichsen et al. 2011, Gadeberg 2020). Desuden viser Pedersen (2018), at socialt udsatte kan opleve at blive mødt med en hård og nedladende tone, mistillid og generelt manglende imødekommenhed i kontakten med det etablerede sundhedsvæsen. Socialt udsatte fortæller også om en følelse af ikke at passe ind og af ikke at blive taget alvorligt af sundhedspersonalet (Pedersen 2018).

Vi har valgt at fremhæve gadesygeplejerskeindsatsen, som udfører opsøgende sundhedsarbejde på gadeplan. Gadesygeplejersker opsøger borgere, der enten ikke selv har erkendt behovet for hjælp fra sundhedssystemet, eller som er ekskluderet fra eller ikke har formået at gøre brug af sine rettigheder i sundhedssystemet. Gadesygeplejersker yder typisk sygeplejefaglig behandling i et vist omfang som for eksempel sårpleje, men karakteristisk for deres arbejde er, at de varetager en brobyggende funktion ind i velfærdssystemet med en særlig opmærksomhed på borgerens behov for behandling i sundhedsvæsenet. Den brobyggende funktion består blandt andet i at understøtte socialt udsattes kontakt med de forskellige dele af sundhedssystemet og socialområdet og hjælpe med at skabe en mere velkoordineret og helhedsorienteret indsats (Pedersen 2018). Desuden kan gadesygeplejersker bruge deres netværk og kendskab til systemet til at hjælpe borgere med at få adgang til den rette behandling. Gadesygeplejersker tilbyder typisk også at være bisidder for socialt udsatte til konsultationer i sundhedsvæsenet. Som bisidder kan gadesygeplejersker hjælpe med at formidle den relevante information om borgerens livssituation og helbred

til lægen, og omvendt kan bisidderen hjælpe med at gøre lægens besked forståelig for borgeren og mindske borgerens oplevelser af diskrimination, for eksempel ved at sikre, at lægen tager sig den nødvendige tid og tilser borgeren tilstrækkeligt (Pedersen 2018).

Vi har udvalgt gadesygeplejerskeindsatsen, fordi den imødekommer de tre strukturelle udfordringer på forskellig vis. Ved at varetage koordineringen af socialt udsattes kontakt til de forskellige dele af sundhedsvæsenet og socialområdet imødekommer gadesygeplejersker udfordring 1 *Manglende sammenhæng på tværs af sektorer og fagområder*. Derudover imødekommer gadesygeplejersker udfordring 2 *Begrænset adgang til sundhedsydelser* ved at tilbyde sundhedsydelser på gadeplan og brobygge til det etablerede sundhedssystem. På den måde bidrager de til borgernes reelle adgang til sundhedsydelser. Endelig imødekommer gadesygeplejersker udfordring 3 *Manglende kendskab til socialt udsatte behov og mulighed for individuel tilpasning* ved at være bisidder under konsultationer i sundhedsvæsenet og således bidrage til, at sundhedsvæsenet tager højde for socialt udsattes behov.

Der findes gadesygeplejersker i flere kommuner i Danmark, og vi har valgt at beskrive gadesygeplejerskeindsatsen i Aalborg Kommune som et eksempel på en gadesygeplejerskeindsats, der både opsøger, behandler, brobygger, koordinerer og ledsager socialt udsatte.

Gadesygeplejerskeindsatsen i Aalborg Kommune

Beskrivelsen af gadesygeplejerskeindsatsen i Aalborg Kommune baserer sig på et dobbeltinterview med lederen af kommunens Bo- og Gadeteam og kommunens gadesygeplejerske, som er en del af Bo- og Gadeteamet.

Formålet med gadesygeplejerskeindsatsen
Det overordnede formål med gadesygeplejerskeindsatsen er at forbedre socialt udsattes muligheder for at modtage sundhedsfaglig behandling. Gadesygeplejerskens arbejde består i at integrere socialt udsatte i det etablerede sundhedssystem ved at bygge bro mellem borger og system og understøtte, at borgerne får den hjælp, de har ret til, men som de har svært ved at få adgang til og gøre brug af.

Målgruppen for gadesygeplejerskeindsatsen

Målgruppen for gadesygeplejerskeindsatsen i Aalborg er socialt udsatte borgere over 18 år, som opholder sig i kommunen. Gadesygeplejersken forklarer, at de ofte arbejder med en målgruppe, som af forskellige årsager ikke opsøger egen læge, ofte fordi andre ting fylder mere i deres liv. Deres kontakt med sundhedssystemet besværliggøres også af, at mange af dem ikke har e-Boks eller ikke læser deres e-post eller normale post. Derfor udgør gadesygeplejersken et vigtigt bindeled mellem sundhedssystemet og borgeren.

Gadesygeplejersken hjælper også borgere uden lovligt ophold i Danmark blandt andet ved at sørge for, at de kommer på sygehuset, når de er akut syge og dermed er berettiget til behandling.

Organisering, samarbejdspartnere og fysiske rammer

Aalborg Kommune har én gadesygeplejerske ansat, som er organisatorisk forankret i Aalborg Kommunes Bo- og Gadeteam under Center for Sociale Indsatser i kommunens Familie- og Beskæftigelsesforvaltning. Indsatsen har eksisteret i cirka 15 år. Gadesygeplejersken arbejder tæt sammen med resten af gadeteamet, som ud over gadesygeplejersken består af fem medarbejdere med blandt andet socialpædagogisk baggrund og sundhedsfaglig baggrund. Gadesygeplejersken fortæller om det tværfaglige team:

"De uddannelsesbaggrunde, som vi hver især kommer med, gør jo, at vi har de kompetencer på området, som der er behov for, og så udnytter vi jo det ved hinanden. Og det er utrolig vigtigt. For man vil ikke kun kunne sidde med min baggrund, synes jeg. Eller kun en af de andres. [...] Altså vi er et fælles team, hvor vi alle sammen bringer forskellige kompetencer i spil, og så kan man sige ja, jeg er lidt mere ovre i det sundhedsfremmende og er lidt tovholder for det, men det er ikke fordi, at hvis jeg er ude ved en borger, og han siger, jeg skal hjælpe med, at han ikke har kontanthjælp, jamen så er det mig, der hjælper ham med at søge det, fordi jeg har relationen til ham. Så der supplerer vi meget hinanden."

- Gadesygeplejerske i Aalborg Kommune

Ud over gadesygeplejerskens tætte samarbejde med gadeteamet har gadesygeplejersken også samarbejde med andre aktører internt i kommunen som for eksempel støttekontaktpersoner, ydelsescentre og jobcentre. Dertil kommer en række eksterne samarbejdspartnere som for eksempel civilsamfundsorganisationer, politiet, sygehuse, privatpraktiserende læger, socialtandplejen og boligselskaber.

Gadeteamet har ikke bemyndigelse, men kan give råd og vejledning til borgere og agere bindeled mellem borgere og det øvrige socialområde og sundhedsvæsenet. Gadeteamets kontor er centralt beliggende i Aalborg by og ligger i samme bygning som et kommunalt værested og en varmetue, der hører under KFUM. På varmetuen har gadesygeplejersken en lille sygeplejeklinik, hvorfra hun kan udlevere rene kanyler, tandbørster og tandpasta til borgerne. Gadesygeplejersken har desuden tests for hepatitis og tuberkulose liggende og har produkter til sårpleje, blodtryksmåling og måling af blodsukker i sygeplejeklinikken. Gadesygeplejersken og lederen fortæller, at de har stor gavn af at være fysisk placeret sammen med varmetuen, da personalet på værestederne ofte hjælper med kontakten til borgere, der dukker op for at få fat på gadeteamet, mens gadeteamet er ude for at lave opsøgende arbejde.

Gadesygeplejerskens kompetencer

Gadesygeplejersken er uddannet sygeplejerske og har en kandidatgrad i socialt arbejde. Ifølge gadesygeplejersken kræver opgaven, at man besidder mange forskellige kompetencer, fordi målgruppen har sammensatte behov af både socialfaglig og sundhedsfaglig karakter. I den forbindelse er det også vigtigt at have en forståelse for systemet, lovgivningen og relevante samarbejdspartnere, så man kan være navigatør og tovholder for borgeren. Derudover fremhæver gadesygeplejersken, at det er afgørende, at man virkelig brænder for at arbejde med målgruppen, da det kan være udfordrende at finde gode løsninger til borgernes problemstillinger i et komplekst velfærdssystem.

Gadesygeplejerskens arbejde

Gadesygeplejerskens opgaver er i hovedtræk opdelt mellem henholdsvis arbejdet med den direkte borgerkontakt og det koordinerende arbejde, som indebærer samarbejde med hospitaler, praktiserende læger og de øvrige fornævnte samarbejdspartnere.

Kontakten til borgerne

Gadesygeplejersken estimerer, at hun i gennemsnit har kontakt til 10-15 forskellige borgere på en dag, og kontakten kan opstå på flere forskellige måder. Nogle borgere opsøger selv gadesygeplejersken på kontoret eller ringer til hende. I andre tilfælde bliver gadesygeplejersken tilkaldt af en hjemmesygeplejerske eller af en støttekontaktperson, som gerne vil have gadesygeplejersken med på et hjemmebesøg hos en borger, der ikke ønsker at have kontakt til det etablerede sundhedsvæsen på grund af manglende tillid til systemet. På hjemmebesøgene kan gadesygeplejerskens sundhedsfaglige ekspertise eksempelvis bruges til at motivere borgeren til at følge den behandling, som er blevet foreskrevet af det etablerede sundhedsvæsen. I den forbindelse er en af de store fordele ved gadesygeplejerskefunktionen, at hun kan agere med det samme ved akut behov, da hun arbejder fleksibelt og udgående.

Opsøgende arbejde

Gadesygeplejersken opholder sig på daglig basis i byens gader for at lave opsøgende arbejde og for at være synlig og tilgængelig for borgerne. Ved at være til stede omkring borgerne i byrummet har gadesygeplejersken også mulighed for at observere borgerne og opdage, hvis der er noget, der bør undersøges nærmere. Hvis en borger eksempelvis hoster meget, vil gadesygeplejersken hjælpe med at tage kontakt til borgerens praktiserende læge. Det opsøgende arbejde på gaden kan også føre til mere generelle sundhedstjek, som bidrager til at opspore sygdom hos borgerne og få igangsat den relevante behandling i det etablerede sundhedsvæsen. Gadesygeplejersken foretager også screeninger for tuberkulose og hepatitis C, ligesom hun i samarbejde med et lægehus influenzavaccinerer borgere på væresteder og i opgangsfællesskaber.

Ledsagelse til behandling i sundhedsvæsenet

En vigtig del af gadesygeplejerskens arbejde for at understøtte socialt udsattes brug af det etablerede sundhedsvæsen er at ledsage borgerne til konsultationer og behandlinger. Gadesygeplejersken beskriver vigtigheden af ledsagelses- og bisidderopgaven således:

"Det er rigtig vigtigt at komme med ud, både for at kunne formidle det behov, som borgerne har, når man måske sidder ved lægen, men også for den anden vej at kunne formidle det, som lægen egentlig siger til dem, på et sprog, så de forstår det. For der er rigtig meget kommunikation, og det er igen det der med mistilliden, der kommer i spil. Men også den målgruppe, som vi har der, som er dårligt dansktalende [...], at man kan hjælpe dem med at oversætte, hvad det er, der bliver sagt. Samtidig handler det også om at kunne holde fast i det, der bliver sat i gang, indtil der bliver fundet nogle andre, som ligesom kan tage over på det, hvis der bliver vurderet, at det er der et behov for, og det er noget, borgeren ønsker."

- Gadesygeplejerske i Aalborg Kommune

Ud over at ledsage borgere til behandling i sundhedsvæsenet vil gadesygeplejersken også støtte borgeren ved udskrivelse fra hospitalet. Gadesygeplejersken vil henvise til og igangsætte relevant støtte og indsats for borgeren og i nogle tilfælde også senere sørge for en opfølgning med borgeren eller samarbejdspartnere.

Koordinering med samarbejdspartnere

Et godt eksempel på et vellykket samarbejde med eksterne parter er gadesygeplejerskens samarbejde med brobyggerpsygeplejerskerne på det somatiske sygehus i Aalborg. Gadesygeplejersken har kontakt med brobyggerpsygeplejerskerne stort set dagligt. Brobyggerpsygeplejerskerne tager kontakt til gadesygeplejersken, når en socialt udsat borger indskrives på sygehuset, og i fællesskab sørger de for at skabe sammenhæng i borgerens forløb. Gadesygeplejersken fortæller, at samarbejdet med brobyggerpsygeplejerskerne er vigtigt, da der er en tendens til, at socialt udsatte borgere udskrives tidligere, end de bør, fordi sygehuspersonalet ikke ved, hvordan de skal håndtere borgergruppen. Som et eksempel på betydningen af samarbejdet med hospitalet fortæller gadesygeplejersken om en situation, hvor hun opdagede, at en borger ikke fik tilstrækkelig behandling. Borgeren fik kun somatisk behandling og ikke den fornødne psykiatriske behandling:

"Der vælger vi så, en kollega og jeg, at tage ind fysisk på hospitalet for at sikre, at vi får noget samarbejde op at køre, og fordi der skal være et psykiatrisk tilsyn. Så vi kan prøve at lægge en plan for, hvordan vi kan hjælpe borgeren bedst muligt videre derfra. Så vi tog fysisk ind på hospitalet, hvor vi samlede en socialrådgiver inde fra regionen og en brobyggerpsygeplejerske, en sygeplejerske fra somatisk regi, og faktisk den ledende overlæge fik jeg også til at komme, og så en læge fra psykiatri. Så sad vi sammen og kunne fortælle, hvad der var blevet forsøgt med før. For borgeren var ved at blive udskrevet igen til gaden. Vi samarbejdede, og alle parter kunne jo godt se, at borgeren selvfølgelig skulle ind i psykiatrien. [...] og efterfølgende er der blevet lavet en koordineret indsatsplan fra psykiatrien, hvor alle dem, der er omkring borgeren, er på. Og det har virkelig været godt givet ud, fordi havde det måske bare været et telefonopkald, så var vi ikke nået dertil, hvor vi var."
- Gadesygeplejerske i Aalborg Kommune

Gennem sit faglige netværk har gadesygeplejersken en direkte vej ind til flere forskellige afdelinger på hospitalet, som sikrer, at borgere kan få behandling samme dag. Det kan for eksempel være, hvis gadesygeplejersken har screenet en borger for tuberkulose, og der er behov for en røntgenfotografering hurtigst muligt. Gadesygeplejersken fremhæver også samarbejdet med foreningen Social Sundhed, som tilbyder udsatte borgere ledsagelse til aftaler i sundhedsvæsenet, samarbejdet med Røde Kors' sundhedsklinik i Aarhus, som kan yde behandling til mennesker uden lovligt ophold i Danmark, og Reden Aalborg, som har en sundhedsklinik, hvor socialt udsatte kan blive undersøgt af en læge og en sygeplejerske. Det er tilbud, gadesygeplejersken jævnligt gør borgere opmærksomme på.

Integreret behandling til borgere med dobbeltdiagnose

Borgere, der både har en psykisk lidelse og et problemskabende brug af rusmidler – også kaldet dobbeltdiagnoser – er nogle af samfundets allermost udsatte og har dårligere chancer for et succesfuldt behandlingsforløb end borgere med udelukkende en psykisk lidelse eller rusmiddelproblemer (Johansen 2019, VIVE 2018). Det skyldes blandt andet, at de to problemer interagerer og forstærker hinanden, men i særdeleshed også, at behandlingssystemets organisering ikke i tilstrækkelig grad faciliterer, at begge problematikker behandles samtidigt (Johansen 2019). Systemets opdeling og en fagprofessionel uenighed om, hvilke af problemerne der skal behandles først, resulterer i, at borgerne enten ikke får adgang til behandling eller oplever manglende sammenhæng i behandlingen (Mik-Meyer 2018). Ofte sker det, at borgerne bliver en katebold mellem de forskellige instanser, hvor rusmiddelcentrene sender borgerne videre til psykiatrien med begrundelsen, at borgeren er for psykisk dårlig til at modtage behandling for rusmiddelbruget, og samtidig oplever mange at blive afvist i psykiatrien, fordi rusmiddelbruget er en forhindring for psykiatrisk udredning (Mik-Meyer 2018, Ludvigsen og Brünes 2013, Pedersen 2018). Organiseringen af behandlingssystemet og de afgrænsede ekspertiseområder er derfor en barriere for, at borgere med flere samtidige problemstillinger kan få den nødvendige hjælp.

Derfor har vi valgt at fremhæve indsatser, der tilbyder en integreret behandling til borgere med dobbeltdiagnose, da der er et særligt stort og udækket behov for indsatser for denne målgruppe. Integreret behandling til borgere med dobbeltdiagnose er en tværfaglig behandling, der arbejder med borgers problemskabende rusmiddelbrug og psykisk sygdom i ét samlet tilbud. Integrerede behandlingstilbud til borgere med dobbeltdiagnose eksisterer kun i begrænset omfang, eksempelvis på Afdeling M på Psykiatrisk Center Sct. Hans, sengepladser til patienter med dobbeltdiagnose på Psykiatrisk Afdeling i Vejle og på behandlingstilbuddene KABS KASA og KABS Stjernevangen i Storkøbenhavn.

Denne type indsats imødekommer flere af de udfordringer, vi har skitseret i rapportens indledende

afsnit. De imødekommer udfordring 1 *Manglende sammenhæng på tværs af sektorer og fagområder*, da indsatserne arbejder integreret med behandling, som ellers er organiseret i to forskellige sektorer. Derudover imødekommer de udfordring 2 *Begrænset adgang til sundhedsydelser* ved at tilbyde behandling til dem, der oplever at blive afvist i psykiatrien på grund af deres rusmiddelbrug.

I det følgende beskriver vi Afdeling M på Psykiatrisk Center Sct. Hans, som er en af de få indsatser, som tilbyder integreret behandling til borgere med dobbeltdiagnose og har specialiseret sig i at tage hånd om målgruppen. Afdeling M er en veletableret specialenhed med sengepladser, som gennem flere år har behandlet borgere med dobbeltdiagnose og udviklet viden om behandling af denne målgruppe. En evaluering af Afdeling M's terapeutiske tilgang viser, at patienterne opnår forbedring i både psykiske symptomer og funktionsniveau samt nedsat rusmiddelbrug (Lykke et al. 2007).

Afdeling M på Psykiatrisk Center Sct. Hans

Den følgende beskrivelse af Afdeling M er baseret på et dobbeltinterview med klinikchefen og en klinisk sygeplejespecialist på afdelingen.

Formålet med Afdeling M

Afdeling M's formål er at tilbyde specialiseret, integreret behandling til patienter med svære psykiske lidelser og et samtidigt problemskabende brug af rusmidler. Formålet med den integrerede behandling er at skabe et sammenhængende behandlingsforløb, hvor patienten kun har én behandlingsplan og får behandling for alle sine udfordringer det samme sted.

Målgruppen for Afdeling M

Målgruppen for indsatsen er patienter med svær psykisk lidelse og et samtidigt problemskabende forbrug af rusmidler. Ifølge klinikchefen har mange dog op til flere forskellige diagnoser, som ud over afhængigheden af rusmidler og psykiske lidelser ofte inkluderer somatiske lidelser. Desuden kan de have udfordringer med retslige foranstaltninger (behandlingsdom) og social udsathed. De psykiske lidelser, som målgruppen har, er typisk psykotiske lidelser som skizofreni, svære tilfælde af maniodepressiv lidelse og svære personlighedsforstyrrelser. Ifølge den kliniske sygeplejespecialist hænger målgruppens problemstillinger sammen, og det

er derfor en opgave for afdelingen at undersøge sammenhængen hos den enkelte patient:

"Man ved, at der er en meget stærk sammenhæng mellem at udvikle psykiske lidelser og så at have et misbrug. Og nogle gange ved vi jo ikke rigtig, hvad der kom først. Altså bliver de misbrugere, fordi de har den psykiske lidelse, eller er det i virkeligheden omvendt? Og det kræver noget tid at finde ud af."
- Klinisk sygeplejespecialist på Afdeling M

Da der kun er et begrænset antal pladser på afdelingen, er det typisk patienter, der har afprøvet de fleste andre behandlingsmuligheder uden held, som bliver visiteret til et behandlingsforløb. Det er således kun dem, der har det allersværest, som får tilbuddet.

Organisering og fysiske rammer

Afdeling M er en del af Psykiatrisk Center Sct. Hans i Roskilde, men hører organisatorisk under Region Hovedstadens Psykiatri. Afdelingen er opdelt i et sengeafsnit, som ligger på Psykiatrisk Center Sct. Hans i Roskilde, og et specialambulatorium, som ligger på Østerbro i København. Specialambulatoriet er et behandlingstilbud for dem, der har komplicerede dobbeltdiagnoseproblemstillinger, og som ikke kan passe ind i andre behandlingstilbud. I denne rapport beskriver vi kun sengeafsnittet i Roskilde.

Sengeafsnittet har lokaler i det, der hedder Fjordhuset. Det ligger i grønne omgivelser og med udsigt udover Roskilde Fjord. Der er 76 senge, hvilket svarer til, at sengeafsnittet kan gennemføre cirka 300 årlige, standardiserede tre-måneders indlæggelsesforløb.

Afdeling M's personale

Personalet på Afdeling M består af en række forskellige faggrupper: Læger, herunder også psykiatere, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, plejere, psykologer, ergoterapeuter, fysioterapeuter, socialrådgivere og lægesekretærer.

Fælles for hele personalegruppen er, at alle er uddannet i kognitiv miljøterapi, hvilket er en særlig udgave af kognitiv adfærdsterapi. Det er et grundlæggende princip på afdelingen, at alle, der har med patienterne at gøre, skal været uddannet i tilgangen og kunne bruge metoderne. På den måde er det ikke kun specialisterne, som er til stede i dagtimer-

ne, men al personalet som til enhver tid er i stand til at tage hånd om svære situationer ud fra en fælles tilgang, som er genkendelig for patienten. Det er ifølge klinikchefen og den kliniske sygeplejespecialist med til at skabe færre konflikter og væsentlig mindre anvendelse af tvang.

Ikke alle faggrupper er inde over alle forløb, da patientens behov varierer. Typisk vil det faste team omkring patienten bestå af en sygeplejerske, som er plejeforløbsansvarlig, og en eller to SOSU-assistenten, som er kontaktpersoner. Derudover har patienten den samme læge gennem hele forløbet, da det er afgørende for behandlingen, at lægen har en god relation til patienten og et indgående kendskab til patientens situation.

Et behandlingsforløb på Afdeling M

Integreret behandling

Afdeling M er et af de få steder i Danmark, som har specialiseret sig i at tilbyde patienter en integreret behandling for deres samtidige psykiske lidelse og rusmiddelproblemer. Ifølge klinikchefen giver den integrerede behandling en sammenhængende og helhedsorienteret behandling, som han beskriver således:

"Den integrerede behandling betyder, at der er én plan. Der er én behandlingsplan, som tager det hele med. Misbruget, den psykiske sygdom, den somatiske sygdom, det retslige forhold, de sociale interventioner, som der måtte være. Og der er ét tværfagligt team under ledelse af én speciallæge. Det er integreret på den måde, at det er samtidig behandling af misbrug og psykisk lidelse. Men som sagt, det er også det sociale, det er også fysisk træning med fysioterapeuter, det er også træning med ergoterapeuter. Og så er der også samtidig medicinsk behandling og særligt psykoterapeutisk behandling. Altså integreret, vi gør det hele, og vi gør det, kan man sige, dér hvor patienten ligesom også har motivation og styrken til at modtage den."

- Klinikchef på Afdeling M

Behandlingsforløbets faser

Et forløb på afdeling M varer tre måneder og består overordnet set af fire faser: en henvisningsfase, en udredningsfase, en behandlingsfase og en udskrivningsfase. Klinikken har besluttet, at behandlingsforløbene som udgangspunkt varer tre måneder,

fordi de har erfaring med, at særligt arbejdet med rusmiddelproblemerne kræver meget viljestyrke og motivation, som for de fleste er vanskeligt at opretholde i længere tid end tre måneder. Derfor er det hensigtsmæssigt, at patienten får et sceneskift efter de tre måneders indlæggelse i form af udskrivning og eventuelt henvisning til ambulante behandling.

Henvisningsfasen

Henvisningen til Afdeling M foregår gennem Region Hovedstadens Center for Visitation og Diagnostik, som sender henvisningen videre til Afdeling M's visiterende overlæge. Den visiterende overlæge vurderer, om patienten passer ind i målgruppen, og om tilbuddet er relevant for patienten. Inden for de seneste år er det også som udgangspunkt blevet et krav, at borgeren skal have enten en bolig eller en boligplan fra kommunen ved indlæggelse. Det har de besluttet, fordi en del af behandlingen består i, at borgeren skal hjem og træne de nye færdigheder, når vedkommende er stabiliseret efter en måneds tid. Derudover er deres erfaring, at al arbejdet går tabt, hvis de udskriver borgeren til gaden, da der her ikke er de rette rammer til at vedligeholde de nye vaner. Personalet på Afdeling M hjælper også borgeren med at flytte ind, hvis vedkommende får bolig undervejs i forløbet.

Efter visitationen bliver patienten indkaldt til en forsamtale, der også har en terapeutisk karakter, og hvor patienten får nogle simple opgaver, eksempelvis at opliste vedkommendes mest centrale problemer. I nogle tilfælde beder de også patienten om at opsøge egen læge for at begynde udtrapningen af deres medicin.

Udredningsfasen

De første tre uger af patientens indlæggelse betegnes som udredningsfasen, hvor personalet begynder at få en mere indgående forståelse for patientens problemstillinger. Ifølge den kliniske sygeplejespecialist dukker mange symptomer op i denne periode, som personalet ikke havde registreret ved indlæggelsen, mens andre symptomer forsvinder i forbindelse med, at de nedtrapper eller holder op med at bruge rusmidler. Den kliniske sygeplejespecialist fortæller, hvordan de i udredningsfasen arbejder med at undersøge sammenhængen mellem den psykiske lidelse og rusmiddelbruget hos den enkelte patient:

"Det kan være en tidskrævende proces, og derfor er vores tilbud ekstremt godt, fordi det sammenlignet med øvrige tilbud er relativt langt, fordi det er tre måneder. Det vil sige, man kan nå at afruse patienten, og de kan nå at blive klare i hovedet i forhold til at se, hvilke symptomer der er tilbage, når misbruget er fjernet. Det gør dels, at det er meget lettere at diagnosticere patienterne, hvilket jo er vigtigt i forhold til den verden, de skal begå sig i og de sociale ydelser og indsatser, de kunne have brug for. For hvis man går og tror, at de er skizofrene, og det viser sig, at det er stofferne, der gør dem skizofrene, jamen så er det jo noget andet, der skal sættes ind på."

- Klinisk sygeplejespecialist på Afdeling M

Der bliver afholdt tværfaglige møder, hvor alle relevante fagpersoner bidrager til en samlet plan for forløbet. I denne fase indsamles desuden detaljeret viden om, hvordan patienten reagerer i forskellige situationer, hvilket er vigtig viden for planlægningen og udførelsen af det videre forløb. Sammen med patienten bliver der udarbejdet en prioriteret liste over, hvilke problemer han/hun først vil arbejde med. Allerede ved indlæggelsen begynder personalet at forberede praktiske foranstaltninger for udskrivelsen, da det kan tage lang tid, særligt hvis patienten har en usikker boligsituation, ikke modtager kontanthjælp, eller andre processer, som skal sættes i gang i god tid før udskrivelsen.

Behandlingsfasen

I behandlingsfasen starter patienten i ny medicin, og det terapeutiske behandlingsforløb baseret på kognitiv miljøterapi fortsætter. Kort beskrevet giver kognitiv miljøterapi en integreret behandling af psykose og rusmiddelproblemer, hvor der arbejdes med håndteringen af vanskelige situationer. Hovedelementerne i kognitiv miljøterapi er kognitiv adfærdsterapi, psykofarmakologisk behandling, psyko-
edukation og social færdighedstræning. Derudover er det kendetegnende for kognitiv miljøterapi, at behandlergruppen er tværfaglig og arbejder med observation, screening og kontaktpersonsordning.

Udskrivningsfasen

I ugerne op til udskrivningen skal patienten afprøve de nye strategier i eget hjem i nogle dage ad gangen. Det er primært kontaktpersonen og socialrådgiveren, der planlægger udskrivningen og står for kontakten til samarbejdspartnere som for eksempel kontaktpersoner i kommunen, distriktpsychiatriske centre, rusmiddelcentre eller bosteder. Som nævnt begynder denne del af forløbet tidligt, da der kan være lang sagsbehandlingstid hos kommunen. Til det indledende behandlingsplansmøde bliver kontaktpersonen i kommunen også inviteret og de øvrige fagpersoner, som vil være en del af patientens liv efter udskrivningen. Sammen taler de om, hvordan patientens hverdag kan se ud efter indlæggelsen. Afdeling M arbejder endnu ikke med opfølgning efter udskrivning, men de har et stort ønske om at få igangsat et efterværn, som kan følge patienten i perioden herefter.

Socialsygeplejersker

Socialt udsattes ofte samtidige problemstillinger og ringere levevilkår end den øvrige befolkning stiller dem dårligere i forhold til at få et tilstrækkeligt udbytte af de ydelser og indsatser, de modtager i sundhedsvæsenet (Diderichsen et al. 2011). Det handler blandt andet om sundhedsvæsenets specialisering og personalets manglende tid og kendskab til målgruppen. Til sammen udfordrer det en helhedsorienteret tilgang til socialt udsattes problemer og er en barriere for, at de får den rette behandling eller tilstrækkeligt udbytte af behandlingen (Pedersen 2018).

For at imødekomme disse udfordringer igangsatte KABS VIDEN i 2010 et treårigt udviklingsprojekt *Projekt Socialsygepleje – det gode patientforløb*, finansieret af satspuljemidler. Projektets oprindelige idé udsprang af et tidligere pilotprojekt på Bispebjerg Hospital i 2006-2007, forankret i projekt UDENFOR og udført af socialsygeplejerske Nina Brünés (Ludvigsen og Brünés 2013; Brünés 2007). I begge projekter afprøvede man tilstedeværelsen af sygeplejersker med et særligt kendskab til socialt udsatte patienter med et stofbrug – såkaldte socialsygeplejersker – på en række hospitaler i Region Hovedstaden. Socialsygeplejerskernes arbejde bestod i at understøtte socialt udsatte patienters behandlingsforløb og udskrivning samt at udbrede viden om socialt udsattes behov, og hvordan somatiske, psykiske og sociale problemstillinger hænger sammen. Projektet blev en stor succes på de somatiske hospitaler, og siden da er der blevet ansat socialsygeplejersker på de somatiske sygehuse i alle regioner i Danmark på nær Region Nordjylland, som dog har såkaldte brobyggerpsygeplejersker, hvis kompetencer og faglige funktion ligner socialsygeplejerskernes. Derudover har Region Syddanmark i efteråret 2021 ansat en socialsygeplejerske i psykiatrien, og Region Hovedstaden er ligeledes i gang med implementeringen af socialsygeplejefunktioner i psykiatrien.

Socialsygeplejerskeindsatsen fremhæves desuden i rapporten *Indsatser mod ulighed i sundhed* som en indsats, der kan give socialt udsatte borgere en bedre kontakt til sundhedsvæsenet og dermed et betydeligt bedre helbred (Gadeberg et al. 2020). I Region Hovedstadens evaluering af socialsygeplejeordningen konkluderes det, at *"socialsygeplejeordningen giver et kvalitetsløft i behandlingen for en meget udsat og syg patientgruppe, hvilket dermed*

bidrager til at udligne den sociale ulighed i behandlingen af patienter på hospitalet" (Ludvigsen et al. 2013: 32).

Socialsygeplejerskeindsatsen imødekommer flere af de beskrevne udfordringer. For det første bidrager socialsygeplejerskerne til at imødekomme udfordring 1 *Manglende sammenhæng på tværs af sektorer og fagområder*, fordi de varetager koordineringen af socialt udsattes udskrivning fra somatiske hospitaler med relevante aktører fra kommunen og civilsamfundet. Derudover er socialsygeplejerskeindsatsen med til at imødekomme udfordring 3 *Manglende kendskab til socialt udsattes behov og mulighed for individuel tilpasning* ved at opkvalificere det øvrige personale i, hvordan de giver socialt udsatte patienter den rette behandling.

Region Syddanmark startede i 2019 et projekt, hvor to socialsygeplejersker blev tilknyttet sygehusene i Odense og Svendborg (Mose et al. 2020). Resultaterne var så gode, at regionen besluttede at udvide ordningen til samtlige sygehuse i regionen, og vi har i denne rapport valgt at beskrive socialsygeplejerskeindsatsen på Sygehus Lillebælt i Region Syddanmark.

Socialsygepleje i Region Syddanmark

Den følgende beskrivelse af socialsygeplejeindsatsen på Sygehus Lillebælt i Region Syddanmark er baseret på et interview med en socialsygeplejerske fra Sygehus Lillebælt.

Formålet med socialsygeplejerskeindsatsen

Det overordnede formål med socialsygeplejeindsatsen er at sikre, at socialt udsatte får relevant behandling på sygehuset. For at opnå det har socialsygeplejersken tre primære arbejdsområder: 1) at understøtte socialt udsatte i deres behandlingsforløb under indlæggelse, 2) at koordinere borgerens udskrivelse, og 3) at formidle viden om behandling af målgruppen til de øvrige sundhedsprofessionelle på sygehuset. Socialsygeplejersken kvalificerer indsatsen og behandlingen for socialt udsatte patienter ved at understøtte og kvalificere læger og sygeplejerskers indsats.

Målgruppen for socialsygeplejerskeindsatsen

Socialsygeplejerskens primære målgruppe er patienter, der har et overforbrug af stoffer eller alkohol. Typisk er det patienter med lav indkomst, nedsat kognitivt funktionsniveau, hjemløseproblematikker og personer, der generelt har svært ved at begå sig

i sundhedsvæsenet. Socialsygeplejersken har ikke ressourcer til at indgå i alle socialt udsattes patientforløb, og derfor må socialsygeplejersken prioritere de dårligst fungerende højest.

Organisering, fysiske rammer og samarbejdspartnere

Socialsygeplejersken, vi har interviewet, er fordelt på to matrikler under Sygehus Lillebælt, nemlig på akutafdelingen på Kolding Sygehus og på akutafdelingen på Vejle Sygehus. Hun har eget kontor på afdelingerne, således at hun uden at forstyrre andre kan tale i telefon, hvilket hun bruger en væsentlig del af arbejdstiden på. Kontoret er placeret midt på gangen, så både læger, sygeplejersker og patienter har let adgang til at komme forbi.

Ud over de øvrige sundhedsprofessionelle på hospitalet har socialsygeplejersken også en række andre samarbejdspartnere. Socialsygeplejerskens tætteste samarbejdsrelationer er eksterne samarbejdspartnere i kommuner og civilsamfundsorganisationer, som hun koordinerer med i forbindelse med udskrivningsarbejdet for at skabe et sammenhængende patientforløb. Derudover samarbejder hun med socialsygeplejersker på andre sygehuse, hvor patienten har været indlagt, for at udveksle viden om patientens indlæggelseshistorik, som kan have betydning for patientens videre behandling og forløb. Et godt og bredt netværk er altafgørende for socialsygeplejerskens arbejde.

Socialsygeplejerskens kompetencer

Socialsygeplejersken, vi har interviewet, er ansat som klinisk sygeplejespecialist inden for socialsygepleje og har en master i narkotika- og alkoholindsatser. Derudover har hun tidligere arbejdet som gadesygeplejerske og har mange års erfaring med målgruppen og viden om socialmedicin. Ifølge socialsygeplejersken er det en funktion, som kræver faglighed i forhold til rusmidlers virkning, abstinensbehandling og smertebehandling, men også et fagligt og personligt overskud. Med socialsygeplejerskens egne ord skal man "*være i stand til at danne relationer og have styr på sine egne følelser*", og så kræver det en særlig interesse i målgruppen:

"Det kræver jo en oprigtig nysgerrighed på målgruppen. Det kræver jo, at man har lyst til menneskene. Det kræver, at man er ret rolig inden i sig selv om, hvem man selv er i forhold til at stå over for en målgruppe, der nogle gange agerer anderledes end gennemsnitsbefolkningen. Det kan virke voldsomt. Men man skal have en forståelse for, at det jo er en adfærd, der bunder i frustration, eller at man ikke har lært andet. Jeg tænker, at det kræver noget erfaring. Det kræver, at man fagligt har lyst til at fordybe sig i de områder, som relaterer sig til socialsygepleje som konflikthåndtering gennem eksempelvis Low Arousal. [...] Man skal have lyst til at springe rammerne for at finde noget, der giver mening."

- Socialsygeplejerske i Region Syddanmark

Socialsygeplejersken fortæller derudover, at det er vigtigt, at man som socialsygeplejerske har en forståelse for borgerens sundhedskompetencer, og hvilke udfordringer borgeren vil opleve i mødet med sundhedsvæsenet.

Socialsygeplejerskens arbejdsopgaver

Kompetenceudvikling af de øvrige sundhedsprofessionelle

En stor del af socialsygeplejearbejdet går ud på at "påvirke kulturen indefra", som socialsygeplejersken formulerer det. Det vil sige, at socialsygeplejersken har til opgave at opkvalificere det øvrige sundhedspersonale i at give socialt udsatte patienter den rette behandling. For at kunne give en relevant behandling skal de sundhedsprofessionelle tage højde for, at socialt udsatte patienter ofte har mange samtidige problemstillinger, som både kan være forskellige somatiske sygdomme, mentale udfordringer, sociale udfordringer, udfordringer med misbrug eller hjemløshed, ringere sundhedskompetencer end den øvrige befolkning og generelt har andre grundvilkår end den øvrige befolkning.

Ifølge socialsygeplejersken mangler mange af kollegaerne viden om, hvordan de tager hensyn til patientens forbrug af rusmidler i behandlingen. Socialsygeplejersken oplever, at kollegaer ud af omsorg, men med manglende faglig viden om socialt udsat-

tes behov, tager uhensigtsmæssige beslutninger. Et eksempel er, at de sundhedsprofessionelle gerne vil behandle patienten for deres rusmiddelbrug. Når den sundhedsprofessionelle ikke har kendskab til, hvad den kommunale rusmiddelbehandling kan tilbyde, kan personalet ende med at igangsætte et parallelt rusmiddelbehandlingsforløb, der ikke er meningsfuldt for patienten. En sådan situation kan ende med, at patienten ikke kan honorere denne aftale, eller at patienten ikke kan blive fulgt op i den kommunale ambulante rusmiddelbehandling efter udskrivelse. Et andet eksempel er situationer, hvor sygehuspersonalet ikke vil udlevere rent injektionsudstyr til patienten. Dette kan skade relationen mellem patienten og personalet, hvorved personalet mister adgangen til viden om patientens smerter, abstinenser, forbrug og adfærd. I værste tilfælde kan patienten få svære infektionssygdomme ved at anvende urent udstyr, eller patienten kan ende med at blive udskrevet eller selv forlade hospitalet.

Der arbejdes aktuelt på en samarbejdsaftale mellem sygehusene i Region Syddanmark og rusmiddelcentrene i optageområdet og dertilhørende instrukser, så det bliver afstemt, hvordan man behandler borgere, der kommer begge steder. Selve opkvalificeringen af personalet foregår både ved, at socialsygeplejersken kommer på besøg ude på de enkelte afdelinger, men også gennem en tværfaglig undervisning én gang om måneden for både læger og sygeplejersker. I den tværfaglige undervisning gennemgås relevante temaer som for eksempel smertebehandling af stofbrugere og konflikthåndteringsmetoder. Derudover går meget af undervisningen og besøgene på afdelingerne ud på at give sundhedspersonalet et større kendskab til og interesse for målgruppen. Socialsygeplejersken oplever, at kollegaerne er meget glade for undervisningen og finder den både inspirerende og meningsfuld. På sigt er ønsket, at undervisningen skal udvikles til et reelt kompetenceudviklingskursus.

Undervisningsdelen af arbejdet er ifølge socialsygeplejersken central, da det ikke er meningen, at socialsygeplejersken selv skal stå for behandlingen af udsatte patienter, men derimod lære kollegaerne at yde den relevante behandling.

Understøttelse af patientforløb for socialt udsatte

En anden kerneopgave for socialsygeplejerskerne er at understøtte konkrete patientforløb for socialt udsatte. Understøttelsen foregår ved at tilbyde sparring til kollegaer om behandlingen af en socialt udsat patient og understøtte dialogen mellem patienten og den sundhedsprofessionelle. Derudover kan socialsygeplejersken fungere som en slags pårørende for patienten og støtte vedkommende i at gennemføre behandlingen.

Socialsygeplejerskens udsattefaglighed kan blive aktiveret på flere måder og på forskellige tidspunkter i et patientforløb, men ideelt set registrerer hendes kollegaer allerede i akutmodtagelsen, at der er tale om en patient, som har brug for socialsygeplejerskens særlige faglighed. Så snart socialsygeplejersken bliver inddraget i patientforløbet, sørger hun for at tale med patienten om, hvilken tilknytning vedkommende har til kommunen. Socialsygeplejersken får patientens samtykke til at kontakte kommunen med det formål at få et indblik i patientens situation. Derudover er formålet at begynde koordineringen af udskrivningen så tidligt som muligt for at få afklaret patientens boligsituation, om patienten er i rusmiddelbehandling, og om vedkommende har en støttekontaktperson, så der sikres en koordineret indsats. Ifølge socialsygeplejersken kræver denne proces et indgående kendskab til både den regionale sektor, den kommunale sektor og til civilsamfundet, og et fagligt netværk i de forskellige afdelinger er en fordel. Socialsygeplejersken påpeger, at en af udfordringerne i samarbejdet med kommunerne er den store variation i den enkelte kommunes rusmiddelbehandling. Der er for eksempel forskel på, om rusmiddelcentrene har egne læger og sygeplejersker, og om de har mulighed for at starte en patient op i behandling dagen efter udskrivning eller overtage videre ordination.

Socialsygeplejersken bliver også tilkaldt af sine kollegaer, hvis de oplever, at der opstår en konflikt med en socialt udsat patient, som de ikke selv kan løse, fordi de mangler erfaring med målgruppen. Her kan socialsygeplejersken fungere som konfliktmægler. Socialsygeplejersken beskriver et eksempel på en sådan situation:

"Det kan være en patient, hvor de ringer fra Hjertemedicinsk Afdeling og siger: 'Vi har brug for din hjælp. Vi har en patient, vi kan overhovedet ikke styre ham. Det er fyldt med konflikter, og vi ved overhovedet ikke, hvad det handler om'. [...] Jeg kommer op og ser en mand, der står og råber og skriger, og jeg løser det ved at sige til ham: 'Ej helt ærligt. Altså, kom lige og hjælp mig med at slæbe en papkasse, fordi den kan jeg ikke selv bære'. Altså, jeg bryder lige ind, og vi kommer ned, og patienten siger til mig, at han vil i hvert fald ikke snakke med mig, og han smækker med døren, og jeg ved ikke hvad, men jeg siger: 'Det hjælper ikke noget, kom nu bare'. Og manden kommer med og slæber den der papkasse der med ud i min bil, og så siger han til mig: 'Hvad er det egentlig, du gør? Du er bare så god til at håndtere os!'"
- Socialsygeplejerske i Region Syddanmark

Socialsygeplejersken fortæller videre, at der her var tale om en patient med et massivt indtag af rusmidler. Medarbejderne manglede de rette kompetencer til at håndtere patientens rusmiddelbrug og til skabe en dialog med patienten om dette. Socialsygeplejersken oplever også at blive inddraget i psykiatriske patientforløb, hvis der for eksempel er behov for ekspertise i forhold til rusmidler. Meget af arbejdet består i at rådgive kollegaer om socialt udsatte patienters behandling, men også hvordan man som medarbejder bedst kommunikerer med patienterne.

Koordinering af udskrivelse

Socialsygeplejerskerne spiller en stor rolle i udskrivelsen af socialt udsatte patienter. I nogle tilfælde skriver socialsygeplejersken et notat til kollegaerne om, hvad de skal være opmærksomme på i udskrivelsesplanen. I andre tilfælde, hvor udskrivelsen

af patienten kræver et større koordinationsarbejde, står socialsygeplejersken selv for det. Ifølge socialsygeplejersken er den vigtigste opgave at sikre patientens boligsituation, når vedkommende udskrives. Socialsygeplejersken arbejder hårdt for, at patienten ikke udskrives til gaden, men i stedet til et forsorgshjem eller Røde Kors' omsorgscenter Svalegangen, hvor hjemløse og funktionelt hjemløse kan henvises til et 14-dages plejeophold.

Kombinationen af socialsygeplejerskens kendskab til patientens hverdagsliv og socialsygeplejerskens tværfaglige viden om både sundhedsloven og serviceloven gør hende særligt kvalificeret til at varetage en god udskrivelse. Socialsygeplejersken er opmærksom på alle de ting, der kan komplicere og vanskeliggøre patientens mulighed for at opnå bedst mulig sundhed, for eksempel hjemløshed eller dårlig økonomi. Socialsygeplejersken kan vurdere, hvilke dele af det kommunale system det er vigtigt at aktivere og koordinere med i forbindelse med udskrivelsen. I forbindelse med udskrivelsen støder socialsygeplejersken ofte ind i udfordringer. Det kan eksempelvis handle om, at patienter uden fast bopæl ikke kan få godtgjort transporten til og fra hospitalet. Et andet eksempel er patienter, der grundet deres boligsituation ikke kan få besøg af en hjemmesygeplejerske. I udskrivelsesprocessen er det derfor afgørende, at socialsygeplejersken har et stærkt systemkendskab, så der findes løsninger, som sikrer et godt videre forløb for patienten.

5. Centrale komponenter i sundhedsindsatser for socialt udsatte

I dette afsnit fremhæves komponenter i de udvalgte sundhedsindsatser, som er centrale for, at indsatsene imødekommer de strukturelle udfordringer og dermed bidrager til at forbedre socialt udsattes sundhed. De centrale komponenter er identificeret på baggrund af det samlede datamateriale, som ligger til grund for rapporten: baggrundsinterviewene, interviewene med medarbejdere og ledere fra sundhedsindsatserne samt evalueringer og rapporter. De centrale komponenter er relevante at fokusere på i udviklingen af nye eller tilpasningen af eksisterende sundhedsindsatser til socialt udsatte. Nogle af komponenterne går igen i flere af sundhedsindsatserne, mens andre kun optræder i en enkelt indsats.

Komponenterne oplystes i punktform og under hver enkelt af dem beskrives, hvilke af sundhedsindsatserne komponenten er en del af.

- **Udsattefaglighed**

Kompetenceudvikling i udsattefaglighed er væsentligt i arbejdet med socialt udsatte borgers sundhed, fordi en virksom sundhedsfaglig behandling af borgerne kræver, at de sundhedsprofessionelle har en forståelse for socialt udsattes behov under indlæggelse og behandling. Det indebærer blandt andet en forståelse for sammenhængen mellem sundhedsfaglige og sociale problemstillinger.

Socialsygeplejerskeindsatsen i Region Syd eksemplificerer, hvordan der kan arbejdes aktivt med at oparbejde en udsattefaglighed blandt sundhedspersonale.

- **Systemkendskab og fagligt netværk**

Et stærkt kendskab til det kommunale og regionale system er afgørende for, at medarbejdere kan se, hvilken type indsats og behandling borgeren vil have gavn af. Med et fagligt netværk i de andre sektorer kan medarbejderen hurtigt kontakte de rette personer for at igangsætte den relevante indsats eller behandling og tænke kreativt i et system, der rummer mange barrierer for socialt udsatte.

Røde Kors' omsorgscenter Svalegangen, gadesygeplejerskeindsatsen i Aalborg Kommune, socialsygeplejerskeindsatsen i Region Syddanmark, Afdeling M på Psykiatrisk Center Sct. Hans og Tirsdagsklinikken under Reden International har alle medarbejdere med et solidt kendskab til og et fagligt netværk inden for både det kommunale og regionale system og i civilsamfundet.

- **Tværfaglighed**

Tværfaglighed i indsatsen for socialt udsatte, hvor minimum én sundhedsfaglig og én socialfaglig medarbejder indgår i indsatssteamet, er væsentligt i arbejdet med socialt udsattes sundhed, fordi det bidrager til en helhedsorienteret forståelse af, hvordan sociale og helbredsmæssige problemer hænger uløseligt sammen, og derfor bør samtænkes.

Tirsdagsklinikken under Reden International, Røde Kors' omsorgscenter Svalegangen, gadesygeplejerskeindsatsen i Aalborg Kommune, ACT-teamet på Specialcenter Skovvang og Afdeling M på Psykiatrisk Center Sct. Hans er alle sundhedsindsatser, der arbejder tværfagligt med socialt udsattes sundhed, og som minimum har én sundhedsfaglig og én socialfaglig medarbejder i indsatssteamet.

- **Integreret indsats**

Integrerede indsatser er en hensigtsmæssig model for arbejdet med socialt udsattes sundhed, fordi modellen sætter rammerne for en tværfaglig, fleksibel og ofte tværsektoriel indsats, som imødekommer samtlige af borgerens forskelligartede behov i én samlet indsats. Integrerede indsatser minimerer derfor risikoen for, at borgere med behov for hjælp fra flere forskellige dele af velfærdssystemet falder mellem to stole, og borgerens udbytte af indsatsen og behandlingen øges. Nærværende undersøgelse peger desuden på, at integrerede indsatser har potentiale til at nå, rumme og støtte nogle af samfundets mest socialt udsatte.

ACT-teamet i Holstebro og Afdeling M på Psykiatrisk Center Sct. Hans er begge eksempler på integrerede indsatser.

- **Ledsagelse og bisidning:** Tilbuddet om ledsagelse er væsentligt i arbejdet med socialt udsattes sundhed, fordi det bidrager til, at socialt udsatte får adgang til sundhedsydelse, der ellers er svært tilgængelige for dem. Derudover bidrager bisidning til, at socialt udsatte får et større udbytte af sundhedsydelser, fordi de støttes i kommunikationen med sundhedsprofessionelle.

ACT-teamet på Specialcenter Skovvang, Tirsdagsklinikken under Reden International og gadesygeplejerskeindsatsen i Aalborg Kommune tilbyder at ledsage og bisidde socialt udsatte til aftaler i sundhedssystemet.

- **Brobygning**

Brobygning er væsentligt i arbejdet med socialt udsattes sundhed, da det hjælper socialt udsatte, som har begrænset eller ingen kontakt til sundhedssystemet, med at få adgang til den rette sundhedsindsats eller behandling. Desuden kan brobygning bidrage til at skabe sammenhæng på tværs af forskellige indsatser.

Tirsdagsklinikken under Reden International, Røde Kors' omsorgscenter Svalegangen, gadesygeplejerskeindsatsen i Aalborg Kommune og socialsygeplejerskeindsatsen i Region Syddanmark bidrager med at bygge bro mellem socialt udsatte og det etablerede sundhedsvæsen og mellem systemer.

- **Opsøgende arbejde**

Det opsøgende arbejde er væsentligt for at forbedre socialt udsattes sundhed, fordi opsøgende indsatser når ud til borgere, der af forskellige grunde ikke selv har erkendt behovet for sundhedsfaglig behandling, eller som ikke formår at opsøge eller opretholde kontakten til sundhedssystemet. Dermed bidrager det opsøgende sundhedsfaglige arbejde til, at flere socialt udsatte borgere modtager den sundhedsfaglige behandling, de har brug for.

Gadesygeplejerskeindsatsen i Aalborg Kommune og Tirsdagsklinikken under Reden International laver udgående og opsøgende arbejde over for borgere i målgruppe for deres indsatser.

6. Afrunding

Denne rapport fremhæver og beskriver seks udvalgte eksempler på sundhedsindsatser, som bidrager til at forbedre socialt udsattes sundhed.

De seks indsatser er:

1. omsorgscentre
2. sundhedsklinikker
3. ACT-teams
4. gadesygeplejersker
5. integreret behandling til borgere med dobbeltdiagnose
6. socialsygeplejersker.

Sundhedsindsatserne er udvalgt på baggrund af interviews med forskere og fagpersoner, som alle har bidraget med deres forslag til konkrete indsatser samt hvilke strukturelle udfordringer, der har konsekvenser for socialt udsattes sundhed. De fremhævede sundhedsindsatser er således udvalgt på baggrund af, at de hver især bidrager til at forbedre socialt udsattes sundhed til trods for de strukturelle udfordringer, som interviewpersonerne har nævnt. På tværs af de udvalgte sundhedsindsatser er der udpeget en række centrale komponenter, som er særligt vigtige i arbejdet med socialt udsattes sundhed. De centrale komponenter er systemkendskab og fagligt netværk, tværfaglighed, integreret indsats, ledsagelse og bisidning, brobygning og opsøgende arbejde. Disse komponenter er relevante at fokusere på i kvalificeringen og justeringen af igangværende sundhedsindsatser til målgruppen og i udviklingen af nye.

De udvalgte sundhedsindsatser, som rapporten fremhæver, er ifølge de interviewede forskere og fagpersoner centrale i arbejdet med at forbedre socialt udsattes sundhed inden for sundhedssystemets nuværende rammer. Dog fremhæver de alle, at de eksisterende strukturelle udfordringer kræver strukturelle tiltag, hvis socialt udsattes sundhed for alvor skal forbedres.

I udarbejdelsen af rapporten er det blevet klart, at nogle undergrupper af socialt udsatte i særligt høj grad har helbredsmæssige behov, der ikke bliver dækket. Disse undergruppers behov har ligeledes været i fokus i udvælgelsen af sundhedsindsatser i rapporten. Det drejer sig eksempelvis om borgere med dobbeltdiagnose, som ikke i tilstrækkelig grad tilbydes integrerede indsatser til trods for, at denne type behandling vurderes at være den mest effektive. Desuden er der et behov for indsatser, der yder sundhedsfaglig hjælp til mennesker uden opholdstilladelse i Danmark, da denne målgruppe som nævnt i rapporten formelt er ekskluderet fra at blive udredt og behandlet for ikke-akutte tilstande. Derudover har denne målgruppe ikke samme kendskab til sundhedssystemet som danske borgere og har dermed sværere forudsætninger for at opsøge hjælp. Endelig er det blevet fremhævet, at der er et udækket behov for sundhedsindsatser, som har særligt fokus på socialt udsatte kvinder.

Litteratur

- Ahlmark, N., Sørensen, I., Davidsen, M., Ekholm, O. (2018). *SUSY UDSAT 2017 - Sundhedsprofil for socialt udsatte i Danmark og udviklingen siden 2007*. København, Statens Institut for Folkesundhed, SDU.
- Amilon, A., Birkelund, J. F., Bojesen, A. B., Nielsen, I. K., Møller, M. S. (2017). *Evaluering af "Afprøvning af ACT-metoden over for borgere med psykiske lidelser og samtidigt misbrug"*. Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd (VIVE).
- Axelsen, M. G. og Kristensen, L. S. (2019). *Evaluering af Omsorgscenter Pitstop*. Aarhus, DEFACTUM.
- Becker, U. og S. Barfod (2009): *Alkoholbehandling i kommunerne*. Lægeforeningen.
- Benjaminsen, L., Andersen, D., Sørensen, M. (2009): *Den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, rapport 09:19.
- Benjaminsen, L., Birkelund, J. F., Enemark, M. H., Andrade S. B. (2018). *Socialt udsatte borgeres brug af velfærdssystemet – Samfundsøkonomiske aspekter*, Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd (VIVE).
- Benjaminsen, L., Nielsen, I. K., Møller, M. S., Amilon A. (2017), *Assertive Community Treatment (ACT) – metodebeskrivelse*, VIVE.
- Brasch, B. B., Christensen, I., Henriksen, J., Larsen, J. B., Sørensen, A., Zeuthen, C., (2011) *Vidensbase - Indsatsen for mennesker med sindslidelse og misbrug*. Socialt Udviklingscenter SUS.
- Bring, C., Kruse, M., Ankarfeldt, M.Z. et al. (2020). *Post-hospital medical respite care for homeless people in Denmark: a randomized controlled trial and cost-utility analysis*. BMC Health Services Research, 20, 508.
- Brünés, N. (2007). Projekt Socialsygeplejerske - fra indlagt stofmisbruger til indlagt patient. København, Projekt UDENFOR.
- Caritas Klinikken. <https://caritas.dk/om-klinikken/>, besøgt d. 1/11 2021, besøgt d. 1/11 2021.
- Christensen, U., Larsen, J.E. (2012). *Social udsathed og helbred*. I Lund, R., Christensen, U., Iversen, L., (red.) Medicinsk Sociologi. Sociale faktorerens betydning for befolkningens helbred. 2. udgave.
- Diderichsen F., Andersen, I. og Manuel, C. (2011). *Ulighed i Sundhed - årsager og indsatser*. København, Sundhedsstyrelsen.
- Finansministeriet (2018). *Aftale mellem regeringen, Socialdemokratiet, Dansk Folkeparti, Alternativet, Radikale Venstre og Socialistisk Folkeparti om rammerne for en helhedsorienteret indsats for borgere med komplekse problemer*. Finansministeriet.
- Gadeberg, A. K., Andersen I., Brønnum-Hansen H., Christensen U., Diderichsen F. (2020). *Indsatser mod ulighed i sundhed*. København, Sundhedsstyrelsen.
- Hansen, B. H. (2017). *Udvikling i indlæggelsesvarighed for somatiske indlæggelser*. Analysenotat, København, KL.
- Johansen, K. S. (2009). *Dobbelt diagnose - Dobbelt behandling*. Glostrup: KABS VIDEN.
- Juel K., Davidsen M., Pedersen P. V., Curtis T. (2010) *Socialt udsattes brug af sundhedsvæsenet*. København, Rådet for Socialt Udsatte, Statens Institut for Folkesundhed, SDU.
- Ludvigsen, K. B., Brünés N. (2013). *Socialsygepleje i somatik og psykiatri – en antologi over erfaringerne fra Projekt Socialsygepleje - det gode patientforløb*. KABS Viden.

- Larsen C., Skaksen J. R. (2019) *De illegale indvandrere i Danmark 2008-2018*. Rockwool Fondens Forskningsenhed.
- Lykke, J., Austin, S., Oestrich, I. (2007). *Evaluering af Kognitiv Miljøterapi af dobbeltdiagnose patienter*. Region Hovedstadens Psykiatri, Psykiatrisk Center Sct. Hans Afdeling M.
- Mik-Meyer, N. (2018): *Fagprofessionelles møde med udsatte klienter. Dilemmaer i den organisatoriske praksis*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Mose, C., Andersen, L. M., Borre, L. 2020. *Midtvejsevaluering. Forsøg med socialsygeplejerskeordning på OUH 2019-2021*. Odense: Odense Universitetshospital.
- Mændenes Hjem. <https://maendeneshjem.dk/hvad-er-maendenes-hjem/sundhed-paa-maendenes-hjem/>, besøgt d. 1/11 2021.
- Pedersen, M., Bring, C., Brünés, N., Andersen, O. et al. (2018). *Homeless people's experiences of medical respite care following acute hospitalisation in Denmark*. Health and Social Care in the Community, 26(4), 538-546.
- Pedersen, P. V. (2018). *Socialt udsattes møde med sundhedsvæsenet*. København, Statens Institut for Folkesundhed, SDU.
- Rambøll. (2017). *ACT-metoden til borgere med psykisk lidelse og samtidigt misbrug – Implementeringsguide*, Socialstyrelsen.
- Rambøll. (2020). *Kortlægning af viden om grupper af udsatte ældre borgere med særlige behov*, Sundhedsstyrelsen.
- Rambøll. (2020). *Hjemløse-rapport, udbredelse af Housing First*. Udviklingsrapport for Holstebro Kommune.
- Ravnbøl, C. I., Barbu, S. (2020) *Sundhed blandt uregistrerede og hjemløse migranter – et kvalitativt studie*. Rådet for Socialt Udsatte.
- Reden International. (2020). *Årsrapport 2020*. København.
- Røde Kors (2020). *Årsrapport 2020 - Sundhedsklinik for udokumenterede migranter*.
- Rådet for Socialt Udsatte (2017). *Socialpolitisk grundlag*. Rådet for Socialt Udsatte. København.
- Rådet for Socialt Udsatte (2016). *Kvinder i social udsathed - en undersøgelse af socialt udsatte kvinders livssituation, problemer, ressourcer og behov*. København, Rådet for Socialt Udsatte.
- Socialstyrelsen (2021). *Assertive Community Treatment (ACT)*. Link: <https://vidensportal.dk/voksne/unge-og-voksne-i-hjemloshed/indsatser/assertive-community-treatment-act>, besøgt d. 25/11 2021
- Strøbæk, L., Davidsen, M., Pedersen, P. V. (2017). *Socialt udsattes dødelighed og brug af sundhedsvæsenet*. Statens Institut for Folkesundhed, SDU.
- Thiesen H., Tanderup L. (2021). *HR4Homelessness - Integrating Harm Reduction in Homeless Services. COUNTRY REPORT DENMARK*. HealthTeam City of Copenhagen. HR4Homelessness.
- Udesen, C. H., Skaarup, C., Petersen M. N. S., Ersbøll, A. K. E. (2020). *Social ulighed i sundhed og sygdom*. København, Sundhedsstyrelsen.
- VIVE. (2018). *Når udsatte borgere møder velfærdssystemet - omfang, udgifter og dilemmaer*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

Sundhed for alle ♥ + ●