



SUNDHEDSTILBUD TIL SOCIALT UDSATTE BORGERE



 Sundhedsstyrelsen



SUNDHEDSTILBUD TIL SOCIALT
UDSATTE BORGERE

SUNDHEDSTILBUD TIL SOCIALT UDSATTE BORGERE

©Sundhedsstyrelsen, 2013. Udgivelsen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.
Sundhedsstyrelsen
Axel Heides Gade 1
2300 København S
www.sst.dk

Redaktionsgruppe:

Niels Sandø, specialkonsulent, Sundhedsstyrelsen
Rikke Primdahl, specialkonsulent, Sundhedsstyrelsen
Anne Rygaard Hjorthøj, akademisk medarbejder, Sundhedsstyrelsen
Bjørn Ursin Knudsen, fuldmægtig, Sundhedsstyrelsen
Christina Hansen, fuldmægtig, Socialstyrelsen

Journalistisk gennemskrivning:

Lene Halmø Terkelsen, journalist

Tak for bidrag til:

Lisbeth Naver, sundhedskonsulent, Herlev Kommune
Niels Poulsen, afdelingsleder for socialpsykiatri og misbrug, Haderslev Kommune
Cliff Kaltoft, sekretariatschef, Landsforeningen af VæreSteder
Ole Kjærgaard, sekretariatschef, Rådet for Socialt Udsatte
Nina Brünes, faglig konsulent for socialsygeplejersker, Region Hovedstaden
Henrik Thiesen, overlæge, Sundhedsteam Københavns Kommune
Lene Vilstrup, afdelingstandlæge, Sundhedsstyrelsen
Jan Fouchard, afdelingslæge, Sundhedsstyrelsen

Emneord: socialt udsatte, væresteder, skadesreduktion, opsøgende indsatser, tandbehandling, forebyggelse, social ulighed.

Foto: Halfdan Mouritzen, Brian Nielsen, Karsten Weirup og Annette Fischer Kleiter
Sprog: Dansk
Kategori: Faglig Rådgivning
Version: 1.0
Versionsdato: 3. december 2013
ISBN – trykt udgave: 978-87-7104-594-9
Elektronisk ISBN: 978-87-7104-593-2
Layout: GP-Tryk
Oplag: 1.000
Tryk: GP-Tryk

INDHOLD

7	FORORD
9	SOCIALT UDSATTES SUNDHED
11	Den dårlige sundhed
13	Ønske om ændring i sundhedsadfærd
13	Kontakt til sundhedsvæsenet
15	Nytter det at lave sundhedsindsatser?
17	SUNDHEDSINDSATSER MÅLRETTET SOCIALT UDSATTE BORGERE
19	Adgangen til sundhedsydelse
20	Tilstedeværelse af sundhedsfagligt personale på væresteder og klinikker
23	Opsøgende indsatser
26	Sundhedssamtale og sundhedsplaner
29	Tandbehandling
31	Forebyggelse og sundhedsfremme
33	Kost og fysisk aktivitet
37	Tobak
41	Skadesreducerende sundhedsindsatser
43	Brugerdrevet indsats til forebyggelse af forgiftningsdødsfald
44	Stofindtagelsesrum
47	Crack rygesæt



FORORD

Socialt udsatte lever betydeligt kortere og er langt mere syge end resten af befolkningen. Derfor har der også gennem de seneste år været massivt fokus på socialt udsattes sundhed i både forskning og rundt om i kommunerne, og heldigvis viser erfaringer med at forbedre sundheden for netop denne gruppe borgere, at det kan lykkes – selv blandt de mest belastede. Gevinsten er ikke blot, at den enkelte får forbedret sin sundhedstilstand. Hele borgerens trivsel påvirkes positivt, hvilket kan give overskud til at handle og tage fat på nogle af de alvorlige problemer, fx misbrug, sindslidelse eller hjemløshed, som den enkelte slås med.

Arbejdet med at forbedre sundheden for udsatte borgere sker i krydsfeltet mellem det socialfaglige og det sundhedsfaglige felt, og de to perspektiver understøtter hinandens mål. Højner man borgerens sundhed, bidrager man til at løse de sociale problemer og omvendt. Samarbejde på tværs af fagområder er derfor af afgørende betydning.

Det er en udfordring at sikre, at udsatte borgere får de sundhedstilbud, som de har så hårdt brug for, og i den proces er det vigtigt ikke at skabe et parallelsystem til det eksisterende sundhedsvæsen. Målet bør være at etablere særlige indsatser for at bringe udsatte borgere ind i det eksisterende system.

Dette inspirationsmateriale er udarbejdet af Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen i fællesskab med henblik på

at formidle nogle afprøvede metoder til at fremme socialt udsatte borgeres sundhed. Publikationen retter sig til ledere på væresteder og andre steder, hvor udsatte borgere kommer, og derudover henvender den sig til ansatte i kommunernes social- og sundhedsforvaltninger.

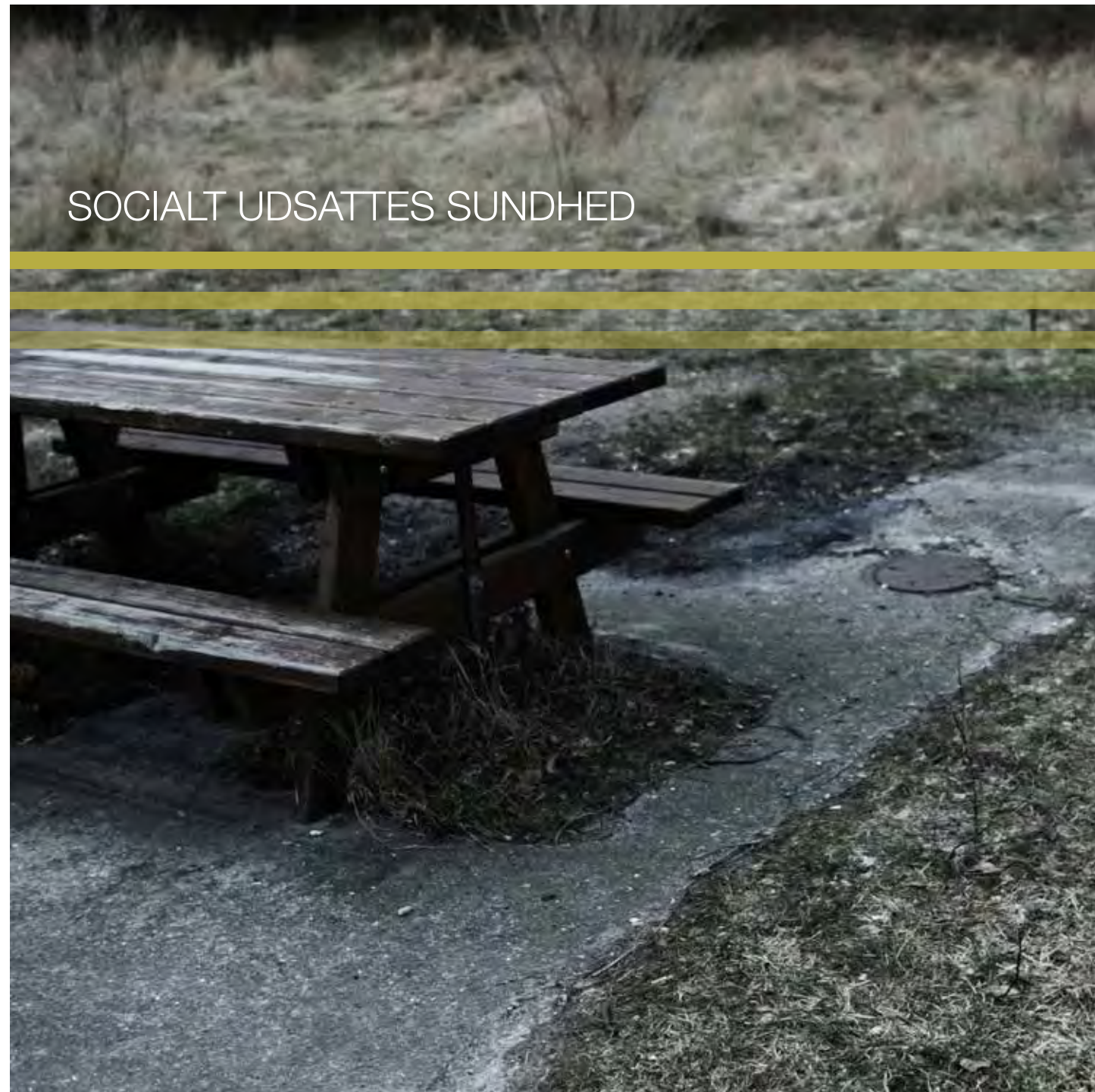
Flere steder i landet har man positive erfaringer med fremskudte indsatser, der kommer socialt udsatte i møde i deres vante miljø og møder borgeren i øjenhøjde. Ligeledes viser erfaringerne, at denne gruppe borgere kan have gavn af at modtage støtte i mødet med det etablerede sundhedsvæsen.

Disse og flere erfaringer ønsker vi at videreformidle med denne publikation, og det er vores håb, at den kan inspirere til handling til gavn for socialt udsatte borgere landet over.

Jette Jul Bruun, Enhedschef
Sundhedsstyrelsen

Steffen Bohni, Konst. afdelingschef
Socialstyrelsen





SOCIALT UDSATTES SUNDHED

Socialt udsatte er mennesker, der typisk er karakteriseret ved at have flere problemer på samme tid, fx stof- eller alkoholmisbrug, en sindslidelse, være hjemløse, leve i fattigdom, ernære sig ved prostitution eller ved at have andre alvorlige, sociale problemer.

Socialt udsatte er typisk lavt uddannede, har lav indkomst, dårlig boligsituation, og de oplever at have løsere sociale relationer end resten af befolkningen. Mange er endvidere vokset op i familier med massive sociale problemer, og nogle har en anden etnisk baggrund end dansk.

Forskning viser, at social udsathed og dårlig sundhedstilstand hænger sammen, og denne gruppe borgere har generelt en dårligere sundhed end den øvrige befolkning¹. Imidlertid er det mere vanskeligt at adskille, hvad der er årsag, og hvad der er konsekvens. De sociale - og sundhedsmæssige forhold overlapper og påvirker hinanden.

Hverdagen for socialt udsatte er hård og forbundet med en høj grad af utryghed og stress, og typisk har denne gruppe borgere nedsat evne til egenomsorg og overskud til at fokusere på såvel sociale som sundhedsmæssige problemstillinger. Konsekvensen er, at borgerne ofte lider af en lang række sygdomme, som fx kroniske lungesygdomme, bylder, kroniske sår, hiv, brud/læsioner, hepatitis og hjertesygdomme. Deres sociale situation kan således i sig selv betegnes som en risikofaktor, der påvirker sundheden og middellevetiden.

¹ Diderichsen F, Andersen I, Manuel C. Ulighed i sundhed – årsager og indsatser. København, Sundhedsstyrelsen, 2011

Den udsatte sociale situation kan være en barriere for at ændre sundhedsadfærd². Samtidig bidrager de massive sundhedsproblemer til, at de ikke har mulighed for eller overskud til at forbedre deres sociale situation.

En konsekvens af socialt udsatte borgeres sociale situation og sundhedstilstand er, at der er en markant overdødelighed og markant lavere middellevetid blandt denne gruppe sammenlignet med den øvrige befolkning. I 2009 var den generelle middellevetid i Danmark 79 år. Middellevetiden blandt socialt udsatte var på samme tidspunkt blot 57 år - det vil sige et tab på gennemsnitligt 22 leveår³.

Tabel 1 viser årsagerne til dødsfald blandt socialt udsatte. Heraf fremgår det, at der er en markant overdødelighed sammenlignet med den øvrige befolkning på grund af alkoholrelaterede og stofmisbrugsrelaterede dødsårsager. Dette kan næppe overraske, da misbrug er et af denne gruppe borgeres største problemer. Samtidig må den massive overdødelighed opfattes som et udtryk for, at eksisterende tilbud om stof- og alkoholmisbrugsbehandling samt psykiatriske behandlingstilbud ikke i tilstrækkelig grad formår at få fat i, fastholde og behandle de mest udsatte borgere, og at den ofte unikke kombination af socialt udsattes problemstillinger ikke kan matches af de eksisterende tilbud.

² Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed. Sund livsstil – hvad skaber forandring? Udredningsopgave for Fødevarerministeriet. København, 2009.

³ Davidsen M et al. Dødelighed blandt socialt udsatte i Danmark 2007-2012. Statens Institut for Folkesundhed og Rådet for Socialt Udsatte, 2013.

Tabel 1: Årsagsspecifik dødelighed for socialt udsatte

Dødsårsag	% af dødsfald i gruppen	Dødelighedsindeks (1=samme dødelighed som baggrundsbefolkningen, og 2= en fordoblet dødelighed)
Alkoholrelaterede	29,3	18,6
Stofmisbrugsrelaterede	17,2	47,7
Øvrige naturlige årsager	11,2	5,6
Kredsløbssygdomme	9,5	2,9
Kræft	8,6	1,6
Øvrige ikke naturlige årsager	7,8	7,4
Infektionssygdomme	6,0	29,4
Symptomer og dårligt definerede tilstande	5,2	5,1
Sygdomme i åndedrætsorganer	5,2	4,9

Kilde: Statens Institut for Folkesundhed og Rådet for Socialt Udsatte, 2012

Den massive overdødelighed på grund af infektionssygdomme, som fx lungebetændelse, tuberkulose, hepatitis, og betændelse i hjerteklapperne, er bl.a. et udtryk for, at kontakten til sundhedsvæsenet ikke fungerer optimalt. De fleste infektionssygdomme, som diagnosticeres i tide, vil kunne kureres eller behandles - også selvom disse borgeres generelle sundhedstilstand ofte er dårlig.

Overdødeligheden af ikke-naturlige årsager skyldes blandt andet den markante overrepræsentation af selvmord i denne gruppe. Således har mellem 40 % og 60 % af de socialt udsatte borgere forsøgt at begå selvmord.

Derudover har markant flere socialt udsatte været udsat for grov vold, hvoraf en del har dødelig udgang.

DEN DÅRLIGE SUNDHED

Rådet for Socialt Udsattes undersøgelse af sundhed og sygelighed blandt socialt udsatte i Danmark i 2012 peger på en række faktorer, som har betydning for de socialt udsattes lave middellevetid:

- 55 % af de socialt udsatte angiver, at de har et godt, vældig godt eller fremragende helbred. Blandt den øvrige befolkning er det tilsvarende tal 87 %. Jo flere belastende livsomstændigheder (alkoholmisbrug, sinds-

lidelse, hjemløshed og fattigdom) en borger har, des ringere vurderes helbredet. Det har vist sig, at der er sammenhæng mellem dårligt selv vurderet helbred og sygdom/dødsfald⁴.

- 43 % af de socialt udsatte angiver at have mindre end 20 tænder. Blandt baggrundsbefolkningen er tallet 13 %. Den dårlige tandsundhed kan være et udtryk for lang tids dårlig ernæring, dårlig tandhygiejne, manglende tandbehandling og forebyggende undersøgelser. Den dårlige tandsundhed kan have negative konsekvenser i form af manglende ernæring pga. tyggevanskeligheder, og det kan medføre store trivselsudfordringer for den enkelte⁵. Erfaringer fra Herlev Kommune har vist, at mange har smerter fra tænder og mundhule, hvilket dulmes gennem misbrug, der fungerer som en form for selvmedicinering. Dette kan være en barriere for at nedsætte sit stof-/alkoholforbrug. Endvidere er erfaringen, at bedre tænder påvirker selvværdet, og en forbedret tandstatus kan medvirke til, at borgeren bryder ud af sin sociale isolation.
- Socialt udsatte har generelt hyppigere kontakt til den praktiserende læge end den øvrige befolkning,

da sygdomsbelastningen i denne gruppe er meget højere.

- De mest belastede af de socialt udsatte har dog en begrænset kontakt til den praktiserende læge. Jo mere udsat borgeren er, des mere sporadisk bliver kontakten⁶.
- Socialt udsatte borgere bruger skadestuerne mest⁷, hvilket enten skyldes, at borgeren venter med at tage kontakt, til det ikke længere kan udskydes, hvorfor det bliver akut, eller at der er grupper af borgere, som af forskellige årsager har en dårlig kontakt til egen læge, og derfor bruger de umiddelbart mere tilgængelige akutte tilbud, hvor man blot skal møde op uden tidsbestilling og andre formalia⁸.
- Langt de fleste socialt udsatte borgere har i forskellig udstrækning en risikobetonet sundhedsadfærd. Rygning er særdeles udbredt blandt socialt udsatte. 78 % af socialt udsatte ryger dagligt (varierende fra 66 % til 91 %) sammenlignet med 21 % dagligrygere i den generelle befolkning. Derudover angiver 62 % af de socialt udsatte, at de ikke dyrker nogen form for motion, 27 % spiser aldrig eller sjældent frugt, og 13 % får ofte ikke nok mad. Endelig er der et massivt overforbrug af alkohol blandt denne gruppe.

4 Mossey J M, Schapiro J. Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly. *American Journal of Public Health*, 1982, August 72(8), pp 800 – 808.

Iversen L, Johansen D, Grønbech M. Sammenhængen mellem livsstil, socioøkonomiske faktorer, socialt netværk og suboptimalt selv vurderet helbred. *Ugeskrift for Læger*, 2002; 164.

5 Pedersen P V et al. SUSY Udsat. Sundhedsprofil for socialt udsatte i Danmark 2012 og udviklingen siden 2007. Rådet for Socialt Udsatte og Statens Institut for Folkesundhed, 2012.

6 Ibid.

7 Ibid.

8 Kappel N. Udfordrende møder: en undersøgelse af møder mellem sygeplejersker og indlagte personer med afhængighedsforhold til illegale rusmidler på medicinske afdelinger. Ph.d.-afhandling, Roskilde Universitet, 2009.

At socialt udsatte borgere har massive sundhedsproblemer, en risikobetonet sundhedsadfærd, og har problemer med at benytte de tilbud, der findes i sundhedsvæsenet fremgår tydeligt af de førnævnte tal.

ØNSKE OM ÆNDRING I SUNDHEDSADFÆRD

For en del socialt udsatte borgere er bekymringer om deres helbred nærværende, og de kender konsekvenserne af deres livsstil.

Det er sjældent, at en hårdet narkoman bliver 50. Jeg ved godt, jeg ikke bliver så gammel. Jeg ved det godt.

(Citat fra "Dårligt liv – dårligt helbred"⁹)

Erfaringer fra en række sundhedsfremmende indsatser i kommunerne peger ligeledes på, at mange socialt udsatte borgere har interesse i at gøre en indsats for at forbedre deres helbred. Fx findes der erfaringer med brugere, der indfører rygeforbud på væresteder eller deltager i sport- og bevægelsesaktiviteter, og generelt er der ikke noget, som peger på, at udsatte borgere har et mindre ønske om at leve sundere, end det er tilfældet hos resten af befolkningen. I Sundhedsprofilen 2010 var der blandt respondenter med vedvarende psykisk sygdom eller mentale forstyrrelser flere, som ønskede en ændring

9 Pedersen P V. Dårligt liv – dårligt helbred. Socialt udsattes oplevelse af eget liv og sundhed. Rådet for Socialt Udsatte og Statens Institut for Folkesundhed, 2009.

af deres sundhedsadfærd, end der var blandt den øvrige befolkning. Dette er et vigtigt afsæt for fremtidige indsatser.

Samtidig peger en undersøgelse af idrætsdeltagelse blandt voksne med sindslidelse dog på en række barrierer, som er væsentligt højere end for den øvrige befolkning, i forhold til at tilrettelægge sundhedsindsatser. Fx at socialt udsatte mangler kendskab til relevante tilbud, at de mangler lyst til at være sammen med andre og ikke har nogen at følges med, ligesom manglende opbakning, dårlig økonomi og for lang afstand til tilbuddene kan være barrierer for denne gruppe.^{10 11}

Socialt udsatte borgere har derfor brug for særlige indsatser til at hjælpe med at ændre deres adfærd. Samtidig vil det for denne gruppe borgere i nogle tilfælde ikke være de generelle sundhedsråd, der gives til resten af befolkningen, der er de bedste. Fx kan forhold omkring ernæring og kostsammensætning være anderledes. Det er således vigtigt at tilpasse sundhedstilbuddenes mål, indhold og form til netop denne gruppe borgere.

KONTAKT TIL SUNDHEDSVÆSENET

Socialt udsatte bliver indlagt ca. 2-4 gange så hyppigt som den øvrige kortuddannede del af befolkningen¹². Al-

10 Socialstyrelsen. Det gør en forskel – Om livsstilsændringer i socialpsykiatrien, 2013.

11 Lüders K et al. Idrætsdeltagelse blandt unge voksne med sindslidelser, *Movements* 2013:4 fra Institut for Idræt og Biomekanik, Syddansk Universitet.

12 Juel K et al. Socialt udsattes brug af sundhedsvæsenet. Rådet for Socialt udsatte og Statens Institut for Folkesundhed, 2010.

ligevel har denne gruppe borgere en generelt dårligere sundhedstilstand, lider af flere samtidige sygdomme og dør oftere af sygdomme, der i mange tilfælde kunne behandles ellers lindres. Når det gælder de hårdest belastede socialt udsatte, har denne gruppe færrest kontakter til almen praksis, mens de har flest kontakter til skadestue, blandt andet fordi de oftere er udsat for fx grov vold, men også fordi de venter længere med at kontakte sundhedssystemet og derfor kan sygdomme udvikle sig til akutte tilstande.

Alle tal peger således i retning af, at socialt udsatte oplever problemer i mødet med sundhedsvæsenet. En kvalitativ undersøgelse af socialt udsattes oplevelse af eget liv og sundhed bekræfter dette. Den peger på, at en del af disse borgere oplever at blive stigmatiseret eller mødt af fordomme i sundhedsvæsenet¹³. De udvikler derfor en mistillid til systemet eller mister troen på, at de bliver ordentligt behandlet og prøver derfor at undgå kontakten så længe som muligt. Hertil kommer, at de prioriterer mere presserende problemer først, fx at skaffe penge eller stoffer¹⁴.

Mange socialt udsatte har en eller flere kroniske lidelser (fx diabetes, hjerte-karsygdom) og har en lang række øvrige sygdomme eller sundhedsproblemer, som skal be-

handles. Hvis denne gruppe borgere fravælger at benytte sundhedsydelser, fx på grund af dårlige erfaringer, vil det bidrage til overdødeligheden blandt de socialt udsatte.

Der er derfor et behov for at styrke indsatsen for socialt udsatte i forhold til både opsporing og behandling af sygdomme samt opfølgning på behandlingen. Borgerne skal støttes i både kontakten til sundhedsvæsenet, i koordineringen af de mange samtidige kontakter inden for socialområdet og i sundhedsvæsenet, som de udsatte typisk har, og i opfølgningen af kontakten.

NYTTER DET AT LAVE SUNDHEDSINDSATSER?

Ofte vil socialt udsatte borgere have så mange udfordringer og presserende behov i forhold til fx at skaffe penge, mad og håndtere kontakten til eventuelle børn og til de offentlige myndigheder mv., at sundhedsindsatser alene kan gøre en forskel for denne gruppe.

I de senere år har der været gennemført en lang række indsatser med fokus på sundhed målrettet udsatte borgere, uden at det har ændret på, at middellevetiden for denne gruppe fortsat er markant lavere end gennemsnittet, og sygeligheden højere. Ikke desto mindre er der en positiv udvikling at spore, når man sammenligner Rådet for Socialt Udsattes undersøgelse af sundhed og sygelighed blandt socialt udsatte i Danmark (SUSY Udsat) for hhv. 2012 og 2007:

- Andelen, der dagligt ryger, er faldet fra 88 % til 78 %.
- Andelen, der ikke dyrker nogen form for motion, er faldet fra 69 % til 62 %.
- Andelen, der sjældent eller aldrig spiser morgenmad, er faldet fra 34 % til 30 %.

¹³ Pedersen P V. Dårligt liv – dårligt helbred. Socialt udsattes oplevelse af eget liv og sundhed. Rådet for Socialt Udsatte og Statens Institut for Folkesundhed, 2009.

¹³ Kappel N. Udfordrende møder: en undersøgelse af møder mellem sygeplejersker og indlagte personer med afhængighedsforhold til illegale rusmidler på medicinske afdelinger. Ph.d.-afhandling, Roskilde Universitet, 2009.

¹⁴ Ibid.

Noget tyder således på, at der er ved at ske en bedring af sundhedsadfærden blandt socialt udsatte borgere. Dog skal der tages forbehold for disse data, da det er meget vanskeligt at indsamle sammenlignelige data blandt disse borgere.

I forhold til sygelighed er der i samme periode sket en bedring på en række parametre:

- Andel med langvarig sygdom er faldet fra 64 % til 59 %.
- Andelen, der har været aktivitetsbegrænset på grund af sygdom eller skader, er faldet fra 42 % til 36 %.
- Andelen med fire eller flere sygdomme eller helbredsproblemer er faldet fra 31 % til 27 %.

Selvom der ikke kan forventes hurtige og dramatiske ændringer af disse borgeres sundhedstilstand, er der altså god grund til at tro, at det er muligt at forbedre socialt udsattes sundhed og dermed øge deres mulighed for flere gode eller bedre leveår samt mindske deres sociale problemer. Forandringer i livsstil og sundhed vil ske gennem en langsomt fremadskridende proces, snarere end pludselige markante ændringer¹⁵.

¹⁵ Se i øvrigt "De små skridts metode – et stort skridt i den sociale indsats", Landsforeningen for VæreSteder, 2009.



Socialt udsattes sundhed har gennem en længere årrække været i fokus for flere indsatser i kommunerne. Der er igangsat en lang række af indsatser, som alle har haft til formål at styrke socialt udsattes sundhed og herigennem bidrage til at give borgerne ressourcer til i højere grad at mestre deres liv. De fleste indsatser er blevet evalueret, og nogle er overgået til drift i de kommuner, hvor de i første omgang blev implementeret. Enkelte er også blevet implementeret i andre kommuner. I de følgende afsnit vil en række afprøvede og evaluerede indsatser blive præsenteret. Fælles for indsatserne er, at de har bidraget til at bedre socialt udsatte borgeres sundhed, og flere af dem er relativt enkle at implementere i væresteder, i misbrugsbehandlingen og på forsorgshjem.

Der er god evidens for en række af de skadesreducerende indsatser, fx at sikre adgang til gratis kanyler og sprøjter¹⁶. Derudover er der gode erfaringer med indsatser mod overdosis, fx stofindtagelsesrum og brugerdrejet indsats til forebyggelse af forgiftningsdødsfald (der beskrives nærmere i afsnittet "Skadesreducerende indsatser"). Dette har vist sig at redde menneskeliv¹⁷.

16 Kimber J, Palmateer N, Hutchinson S, Hickman M, Goldberg D and Rhodes T. Harm reduction among injecting drug users — evidence of Effectiveness” in Harm Reduction: Evidence, impacts and challenges, EMCDDA 2010 & WHO/UNAIDS: Technical Guidance Note for Global Fund HIV Proposals: Harm reduction for people who inject drugs, Geneva, 2011.

17 Kimber J, Palmateer N, Hutchinson S, Hickman M, Goldberg D and Rhodes T. Harm reduction among injecting drug users — evidence of Effectiveness in Harm Reduction: Evidence, impacts and challenges, EMCDDA, 2010.

Alle øvrige indsatser, der præsenteres i materialet, er baseret på positive erfaringer med sundhedsindsatser, både i forhold til borgerens sundhed og dennes sociale situation. Det er følgende indsatsområder: Adgang til sundhedsydelse og forebyggelse og sundhedsfremme.

ADGANGEN TIL SUNDHEDSYDELSER

- *Tilstedeværelse af sundhedsfagligt personale på væresteder og klinikker*
- *Opsøgende indsatser*
- *Sundhedssamtale og sundhedsplaner*
- *Tandbehandling*

I det etablerede sundhedsvæsen er der forventninger til borgeren, som typisk er uforeneligt med socialt udsatte borgeres liv. Alene det at aftale tider med fx praktiserende læge kan virke uoverskueligt for den socialt udsatte. Hertil kommer, at borgeren i mange tilfælde skal med offentlig transport for at komme hen til lægen, og i venteværelset skal borgeren forholde sig rolig. Endelig er der i det etablerede sundhedsvæsen typisk forventninger om, at den socialt udsatte borger selv kan orientere sig i systemet, sætte ord på problemstillinger og modtage informationer¹⁸.

Mødet mellem den sundhedsprofessionelle og den socialt udsatte kan være præget af forestillinger og usikkerhed fra begge parter, som blandt andet bunder i forskellige forventninger til mødet. Mange socialt udsatte borgere har haft negative oplevelser i deres møde med sundhedsvæsenet og nærer ofte en mistillid til at kunne modtage relevant behandling uden at føle sig ydmyget i systemet. For de socialt udsatte borgere kan det betyde, at de ikke ønsker at gøre brug af systemet¹⁹, og at de ikke modtager den behandling, de har behov for. Mange borgere med et misbrug har en adfærd, der er styret af,

18 Rådet for Socialt Udsatte. Årsrapport, 2013.

19 Pedersen P V. Dårligt liv – dårligt helbred. Rådet for Socialt Udsatte og Statens Institut for Folkesundhed, 2009.

at de har svært ved at udsætte deres behov her og nu. Samtidig kan mange have vanskeligt ved at overholde sociale spilleregler. Begge dele kan komme til udtryk i højlydt frustration, som er svær at håndtere i en overfyldt skadestue eller i en lægepraksis.

For at sikre at alle borgere – også socialt udsatte – har let adgang til sundhedsvæsenet, har der været afprøvet en række indsatser, hvor sundhedsfagligt personale møder socialt udsatte borgere i deres nærmiljø for at sikre, at borgerne modtager sundhedsydelse. Det kan fx være ved at opholde sig på væresteder, etablere klinikker i nærmiljøet eller etablere opsøgende indsatser.

Der er gode erfaringer med at etablere denne type frem-skudte sundhedsfaglige indsatser, hvor den sundhedsfaglige medarbejder dels fungerer som brobygger til sundhedsvæsenet, dels har en vigtig medierende funktion i mødet mellem borgeren og personalet i sundhedsvæsenet²⁰. Når sundhedsfagligt personale befinder sig i den udsattes borgers nærmiljø, giver det også mulighed for tidlig opsporing og behandling af sundhedsmæssige problemstillinger.

I det følgende beskrives eksempler på sundhedsfagligt personale i de socialt udsatte borgeres nærmiljø; tilstedeværelse på væresteder og klinikker og opsøgende indsatser. Endelig beskrives en indsats til at sikre, at socialt udsatte borgere også får adgang til tandbehandling.

20 Sundhedsstyrelsen. Slutevaluering af: ”Modelprojekter for gruppen af socialt udsatte stof- og alkoholmisbrugere samt hjemløse”. NIRAS, København, 2011.

Indsats i forhold til sindslidende med misbrugsproblematik

Behandlingen af mennesker med psykiske lidelser og samtidigt misbrug stiller store krav til koordination og samarbejde mellem den regionale psykiatri, den kommunale misbrugsbehandling og psykosociale indsats. Der er tale om en patientgruppe, der er særlig skrøbelig, og hvor man ikke kan forvente, at de selv kan varetage koordineringen.

En undersøgelse udarbejdet af Socialt Udviklingscenter (SUS) viser, at 28 % af borgere med sindslidelse og misbrug ikke modtager behandling for den psykiatriske lidelse, og 33 % ikke modtager misbrugsbehandling. Størstedelen af disse er borgere med sværere psykiske lidelser.

Kommunerne har ansvaret for misbrugsbehandlingen, og regionerne har ansvaret for behandling af den psykiatriske lidelse, som kan foregå ved praktiserende læge, praktiserende psykolog, praktiserende speciallæge i psykiatri og i sygehusvæsenet.

I rapport fra regeringens udvalg om psykiatri, oktober 2013, foreslås derfor bl.a. følgende:

- Region og kommune udarbejder en koordineret indsatsplan for borgere med psykisk lidelse og samtidigt misbrug. Planen udarbejdes i samarbejde med borgeren og med inddragelse af relevante kompetencer fra region og kommune. Planen har til formål at afstemme de enkelte indsatser i et forløb, herunder behandling af den psykiatriske lidelse og misbruget samt øvrige sociale og beskæftigelsesrettede indsatser. Planen skal være forpligtende og har til formål at afstemme og koordinere de enkelte indsatser i forløb, herunder behandling af den psykiatriske lidelse og misbruget og øvrige sociale indsatser.
- Kommuner og regioner aftaler i forbindelse med sundhedsaftalerne, hvordan arbejdet med den koordinerede indsatsplan tilrettelægges. Herunder hvilken rolle almen praksis forventes at have.
- Ved komplicerede forløb udpeges en tværgående koordinerende kontaktperson blandt de aktører, som indgår i forløbet. Det aftales i de konkrete forløb, hvem der har det overordnede koordinerende ansvar.

TILSTEDEVÆRELSE AF SUNDHEDSFAGLIGT PERSONALE PÅ VÆRESTEDER OG KLINIKKER

Sundhedsfagligt personale i det sociale felt giver qua deres faglighed mulighed for en aktiv og proaktiv tilgang til sundhedsemner. Tilstedeværelse af sundhedsfagligt

personale, fx sygeplejersker eller social- og sundhedsassistenter, i de socialt udsatte borgers nærmiljø, fx væresteder eller oprettede klinikker, er væsentlig, da en stor del af disse borgere ikke selv kontakter sundhedsvæsenet rettidigt. Erfaringer viser dog, at borgeren først benyt-

ter sig af sundhedsfaglige tilbud, når de har tillid til den sundhedsfaglige medarbejder, hvorfor tillidsopbygning er et helt centralt element i den sundhedsfaglige medarbejders arbejde. Ved at opholde sig i borgerens nærmiljø har den sundhedsfaglige medarbejder mulighed for over tid at blive en naturlig del af miljøet, så borgeren kan føle sig tryk ved denne. Den sundhedsfaglige medarbejder må derfor også være indstillet på at være fleksibel i sit arbejde, således at der også er mulighed for at håndtere de sociale problemstillinger, som borgeren kan finde mest presserende.

Metoder og aktiviteter

- Opsporende funktion
Den sundhedsfaglige medarbejder opholder sig på fx værestedet og har derfor daglig kontakt til brugerne. Her er mulighed for løbende at observere og bringe relevante emner på bane, fx diabetes, sår, tandsundhed, infektioner, smerter, hjerte- eller vejtrækningsproblemer.
- Basal sygepleje
Tilbud om forskellige typer basal sygepleje kan dels bidrage til tidlig opsporing af sundhedsproblemer og forebygge kontakter til sundhedsvæsenet, fx blodtryksmåling, blodsukkermåling, sårpleje, temperaturmåling eller lungefunktionsundersøgelse.
- Rådgivning og undervisning af borgere
Den sundhedsfaglige medarbejder kan varetage sundhedssamtaler, udarbejde sundhedsplaner i samarbejde med borgeren, rådgive om hensigtsmæssig kost eller ryggestop samt varetage motiverende samtaler.

- Skadesreduktion
En del af målgruppen vil være stofbrugere, og den sundhedsfaglige medarbejder kan udlevere rent værktøj (kanyler m.m.), samt rådgive om korrekte fiksemetoder.
- Brobygning til sundhedsvæsenet
Den sundhedsfaglige medarbejder har i kraft af sin faglighed nogle særlige kompetencer i forhold til at bygge bro mellem den socialt udsatte borger og sundhedsvæsenet. Den sundhedsfaglige medarbejder kender systemet og dets særlige udtryk og sprog og kan derfor være med til at sætte præcise ord på borgerens problemstillinger. Derudover kan den sundhedsfaglige medarbejder forberede borgeren på mødet, skabe tryghed under, og følge op efter, mødet. Den sundhedsfaglige medarbejder bidrager konkret til at bygge bro ved at:
 - Henvise og etablere kontakt til sundhedsvæsenet.
 - Ledsage den socialt udsatte borger i kontakt til sundhedsvæsenet.
 - Hjælpe borgeren med at hente medicin på apoteket.
- Koordinator for borgerens kontakter
Den sundhedsfaglige medarbejder koordinerer borgers mange samtidige kontakter inden for sundhedsvæsenet, hjemmeplejen, socialområdet, kriminalforsorgen m.m.
- Tovholder for arbejdet med sunde rammer
Den sundhedsfaglige medarbejder kan fungere som tovholder/koordinator for de sundhedsfremmende indsatser på værested/misbrugscenter mv.

- Samarbejde med sundhedsvæsenet
Den sundhedsfaglige medarbejder kan bidrage til at forbedre det tværfaglige og – sektorielle samarbejde omkring de socialt udsatte borgere, fx hjemmepleje, sundhedsforvaltning og misbrugscenter, men også distriktspsykiatrien, somatiske afdelinger eller specialiserede indsatser som familieambulatorier. Dette sker ved, at den sundhedsfaglige medarbejder fungerer som kontaktperson på tværs af det kommunale og regionale sundhedsvæsen. Sundhedsmedarbejderen har samtidig en vigtig funktion i forhold til at skabe netværk med fx læger og sygeplejersker i det etablerede sundhedsvæsen. Erfaringer viser, at borgerens kontakt til det etablerede sundhedsvæsen kan lettes, når fx læger og sygeplejersker i det etablerede system har en fast kontaktperson, som de kender og kan kontakte²¹.
- Undervisning, sparring og supervision af kollegaer på værestedet
Den sundhedsfaglige medarbejder kan tilbyde råd og vejledning i mødet med borgerne omkring sundhedsproblematikker samt informere om sundhedsfaglige emner og sundhedsvæsenets opbygning.

Organisatorisk forankring af indsatsen

Der findes gode erfaringer med tre forskellige forankringsmodeller for at etablere og organisere sundhedsfaglige tilbud i borgernes nærmiljø:

- Etablering af en klinik i et geografisk område, hvor borgerne naturligt opholder sig, som man fx har gjort det med Sundhedsrummet "Den Runde Firkant" på Vesterbro i København.
- Etablering af kontor i tilknytning til et værested/varmestue.
- Udgående funktion fra fx misbrugscenter/rusmiddelcenter eller hjemmeplejen, så stedets sundhedsmedarbejdere har faste ugentlige dage, hvor de kommer i et værested/varmestue.

Mange steder ses det, at udgiften til den sundhedsfaglige medarbejder samtænkes og finansieres på tværs af forvaltninger.

Resultat af indsatsen

Erfaringerne viser, at sundhedsfaglige medarbejdere, på fx væresteder, bidrager til at sætte fokus på at skabe sundere rammer på værestedet, ligesom det resulterer i, at flere socialt udsatte selv henvender sig til den sundhedsfaglige medarbejder med sundhedsmæssige problemstillinger. Endelig er konsekvensen af denne type indsatser, at de socialt udsatte i højere grad end tidligere tager initiativ til at tage kontakt til sundhedsvæsenet.

En evaluering af indsatser med sundhedsprofessionelle på væresteder har vist, at:

- 27 % af brugerne har fået større tillid til sundhedsvæsenet.
- 35 % har fået bedre kontakt til deres egen læge.
- 85 % har i løbet af projektperioden været i kontakt med egen læge.

²¹ Sundhedsstyrelsen. Slutevaluering af "Modelprojekter for gruppen af udsatte stof- og alkoholmisbrugere samt hjemløse". NIRAS, København, 2011.

- 17 % har fået bedre kontakt til misbrugsbehandlingen.
- 37 % har fået bedre kontakt til øvrige sundhedsfaglige personer²².

Henvisninger til yderligere information

Sundhedsstyrelsen. Slutevaluering af "Modelprojekter for gruppen af socialt udsatte stof- og alkoholmisbrugere samt hjemløse". NIRAS, København, 2011.

Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen. Et sundt liv for udsatte borgere. Erfaringer fra 13 indsatser, der har sat fokus på sundhed for misbrugere, alkoholikere, hjemløse og psykisk syge mennesker, København 2012.

SundhedsTeam i København, se mere på www.hjemloesesundhed.dk.

Beskrivelse af sygeplejeklinikken på værestedet "Perron 4" i Randers Kommune. Information kan findes på www.randers.dk, hvor der på siden om socialt udsatte skal vælges "Væresteder".

²² Sundhedsstyrelsen. Slutevaluering af "Modelprojekter for gruppen af udsatte stof- og alkoholmisbrugere samt hjemløse". NIRAS, København, 2011.

OPSØGENDE INDSATSER

Opsøgende og udgående indsatser er indsatser, hvis formål er at skabe kontakt til socialt udsatte borgere, som ikke ønsker og/eller magter at have kontakt med og benytte sig af de offentlige og etablerede tilbud, og som måske ikke har kontakt til væresteder eller lignende. Fordelene ved at den opsøgende indsats udføres af en sundhedsfaglig medarbejder er de samme, som beskrevet i forrige afsnit. Den opsøgende og udgående indsats udføres der, hvor borgerne allerede opholder sig, fx i eget hjem, på gaden, på en bænk mv.

Derved bidrager de opsøgende og udgående indsatser til at sikre, at socialt udsatte borgere får tilbud om samt modtager den hjælp, de har ret til ifølge både Lov om social service (serviceloven) og sundhedsloven. Samtidig er de sundhedsfaglige medarbejdere med til at bygge bro til det etablerede offentlige system og sundhedsvæsenet. Med servicelovens § 99 skal kommunerne sørge for tilbud om en støtte- og kontaktperson (SKP) til de mest socialt udsatte borgere. Den opsøgende indsats skal ses i lyset heraf.

Beskrivelse af aktiviteter og metoder

En opsøgende sundhedsfaglig medarbejder udfører i princippet de samme sundhedsfaglige opgaver, som er beskrevet i afsnittet ovenfor, dvs. opsporende funktion, basal sygepleje, rådgivning og undervisning, skadesreduktion, brobygning til sundhedsvæsenet og koordinator for borgerens kontakter. Dog vil tilgangene til borgerne og stedet, hvor indsatsen udføres være anderledes. Indsatsen foregår på gaden eller i borgerens eget hjem, ofte skal borgerne opsøges aktivt, og målgruppen inkluderer

de mest belastede borgere, der ikke magter at komme i etablerede tilbud, som fx væresteder. Derfor vil der i arbejdet med denne gruppe borgere være behov for endnu stærkere fokus på at arbejde fleksibelt på tværs af sundheds- og sociale indsats, tillidsopbygning og at møde borgerne på egne præmisser. Der kan være behov for at udbrede kendskabet til den opsøgende sundhedsfaglige medarbejder gennem fx uddeling af flyers, plakater, visitkort samtidig med, at den opsøgende sundhedsfaglige medarbejder (og/eller SKP'en) er til stede i miljøet og indgår i uforpligtende dialog med borgerne. De socialt udsatte borgere har behov for at lære de opsøgende medarbejdere at kende, inden de tager imod tilbud. Erfaringerne viser, at det er helt afgørende, at der afsættes tid

Gadesygeplejersker

Mange steder kaldes de opsøgende sundhedsmedarbejdere for gadesygeplejersker. De første gadesygeplejersker kom i slutningen af 1998 på Vesterbro i København. Der findes nu gadesygeplejersker i en række byer landet over, og formålet med indsatsen er at skabe kontakt til - samt tilbyde socialt udsatte borgere, som ofte ikke er i (tilstrækkelig) kontakt med sundhedsvæsenet - den umiddelbare og nødvendige hjælp, der hvor borgerne opholder sig. Derudover fungerer en gadesygeplejerske også i høj grad som brobygger til såvel sundhedsvæsen som kommunal myndighed og tilbud.

til vedholdende tillidsopbyggende arbejde, selvom det for den sundhedsfaglige medarbejder kan opleves som om, vedkommende vedholdende trænger sig på²³.

Derudover vil mange presserende sociale og personlige problemer ofte skulle håndteres, inden der kan tages hånd om de sundhedsfaglige problemstillinger. Hvis borgeren fx har en sundhedsskadelig lejlighed, mange ubetalte regninger eller mangler netværk, kan det ligge langt fra borgerens oplevelse af egne behov at tale om kost, motion og misbrug.

Organisatorisk forankring af indsats

En del kommunale gadesygeplejersker er organisatorisk forankret i forbindelse med et misbrugscenter fx Sønderborg (se på www.sonderborgkommune.dk/misbrugscenter). Der findes dog eksempler på en anden forankring, eksempelvis som del af et opsøgende gadeteam som i Aalborg Kommune (se på www.aalborg.dk og søg "gadesygepleje") og som del af et selvstændigt tilbud som i SundhedsTeam i Københavns Kommune (www.hjemloesesundhed.dk).

Resultat af indsats

Evaluering af opsøgende sundhedsindsatser viser, at borgere, der ellers ikke ville blive opsporet, har modtaget sundhedstilbud, fået behandlet akutte problemstillinger og har fået kontakt til det etablerede sundhedsvæsen²⁴.

²³ Sundhedsstyrelsen. Slutevaluering af "Modelprojekter for gruppen af udsatte stof- og alkoholmisbrugere samt hjemløse". NIRAS, København, 2011.

²⁴ Herlev Kommune, Slutevaluering af "Sundhed på gadeplan". Niras, København 2011

Kontaktperson (SKP)

Formålet med en SKP er at styrke de mest socialt udsatte borgeres muligheder for at opnå og bevare kontakt til omverdenen ud fra egne ønsker og behov og dermed gøre borgerne i stand til at benytte samfundets muligheder og allerede etablerede tilbud. En SKP er et supplement til de øvrige sociale tilbud, som fx socialpædagogisk bistand (servicelovens § 85 -bistøtte), og SKP'en skal ikke erstatte disse tilbud - eller deres faglige indhold.

En SKP forsøger gennem opsøgende arbejde at skabe kontakt til målgruppen, og det relationsskabende perspektiv er helt centralt i SKP arbejdet. Når der er skabt kontakt og tillid, skal SKP'en arbejde med at

bygge bro mellem borger og omverdenen, fx til de kommunale myndigheder, væresteder, behandlingssystemet og sundhedsvæsenet. Tilbuddet om en SKP skal gives i dialog med borgeren og på dennes præmisser. Borgeren kan vælge at være anonym, og borgeren kan afslå at tage imod hjælp fra en SKP.

SKP ordningen er ikke visiteret, og alle borgere kan henvende sig til kommunen og gøre opmærksom på, at en socialt udsat person har behov for hjælp, ligesom SKP'en kan få kendskab til målgruppen gennem det opsøgende arbejde. Der kan ikke fastsættes tidsmæssige rammer for, hvor lang tid det tager at etablere en kontakt, og hvornår SKP'en kan afslutte forløbet.

Henvisninger til yderligere information

Projekt UDENFORs pamfletserie om "Sygepleje på hjul" af Charlotte Siiger og Nina Brünés findes i elektronisk form på www.udenfor.dk under punktet "faglitteratur".

Nina Brünés og Charlotte Fich: Sygepleje blandt stofmisbrugere - erfaringer fra arbejdet som gadesygeplejersker på Maria Kirkeplads på Vesterbro i København 1998 og 1999. Københavns Kommunes Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltning, 2001.

Sundhedsrummet arbejder både fra fast klinik på Halmtorvet 9D i København samt opsøgende på Vesterbro. Målgruppen er overvejende mennesker med stofafhængighed. Se mere på www.denrunderfirkant.dk.

Sundhedsteam i Københavns Kommune arbejder opsøgende, overvejende med mennesker med alkohol, hash og medicinafhængighed. Se mere på www.hjemloesesundhed.dk.

Gadesygeplejerske i Aalborg Kommune. Mere information kan findes på www.aalborg.dk, søg på "gadesygepleje".

SUNDHEDSSAMTALE OG SUNDHEDSPLANER

Det er en forudsætning for at hjælpe socialt udsatte til et sundere liv, at den enkelte borger selv inddrages i processen. Her kan et godt redskab være sundhedssamtaler.

Sundhedssamtalen forløber på borgerens præmisser, dvs. at samtalen kan gennemføres enten på et aftalt tidspunkt, eller når lejligheden opstår spontant. Der er fx positive erfaringer med, at sundhedssamtaler gennemføres i forbindelse med udøvelsen af basal sygepleje, fx sårpleje eller fodpleje, da fokus i den situation er rettet mod et fælles 'tredje', og derfor får borgeren lettere ved at åbne op og tale om sine problemer. Ligeledes er der gode erfaringer med at bruge konkrete, velbeskrevne metoder til at gennemføre sundhedssamtalen, fx "Du bestemmer"-metoden²⁵. Velbeskrevne metoder sikrer et struktureret forløb, standardiserer tilbuddet og er lettere at gennemføre. Samtidig bidrager brugen af et struktureret skema også til at skabe en professionel afstand, som gør samtalen lettere for borgeren.

Tilbuddet om sundhedssamtale kan med fordel sammentænkes med den handleplan, som kommunerne, jf. § 141 i serviceloven, er forpligtede til at tilbyde socialt udsatte voksne borgere.

²⁵ 'Du bestemmer' – metoden er udviklet som et redskab til effektiv sundhedsundervisning. Metoden er udviklet af psykolog og adfærdsforsker Elisabeth Arborelius, Institut for Samfundsmedicin, Linköping

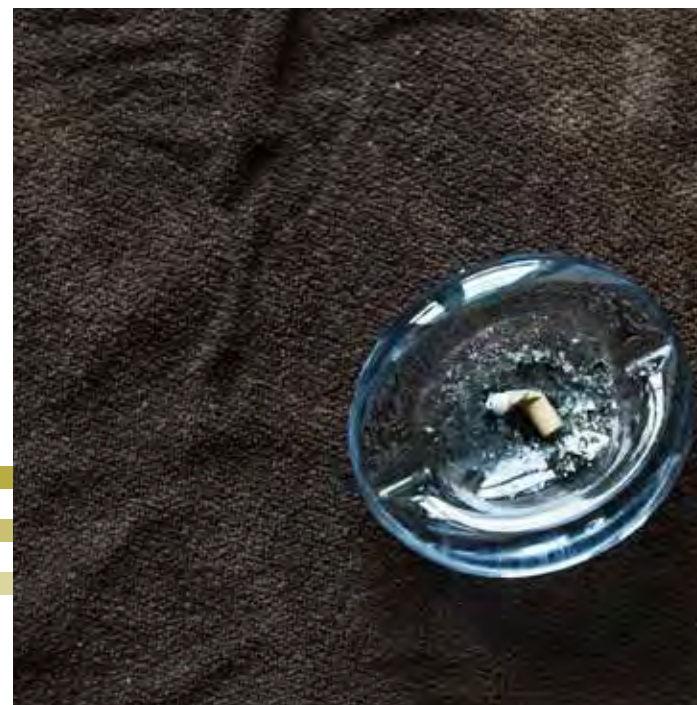
Udarbejdelsen af § 141 handleplanen er en kommunal myndighedsopgave, og handleplanen danner rammen for en samarbejdsproces med borgeren. § 141 handleplanen skal bidrage til at sikre en koordineret indsats mellem de involverede kommunale myndigheder, tilbud og behandlingsindsatser med henblik på at sammensætte den rette indsats. Det er derfor oplagt, at andre planer, som den socialt udsatte måtte have, fx job-, pædagogiske- og sundhedsplaner, indgår som delelementer i § 141 handleplanen²⁶.

Beskrivelse af aktiviteter og metoder

- Sundhedssamtalen gennemføres af en sundhedsfaglig medarbejder, så der sikres fokus på sundhedsmæssige problemstillinger. Samtalen kan kobles med evt. basal sygepleje, og den kan danne udgangspunkt for yderligere kontakt til sundhedsvæsenet.
- Der vælges en metode eller et skema, som kan ligge til grund for en struktureret samtale. Se forslag til skemaer og metoder under afsnittet "Henvvisninger til yderligere information".
- For at ikke-sundhedsfagligt personale kan bidrage til at rekruttere brugere og understøtte sundhedstilbud, er det vigtigt, at dette personale er informeret om tilbuddene.

Der bør altid laves aftale om plan for opfølgning. En grundig sundhedssamtale, kan sætte mange spekulationer i gang hos borgeren, da den ofte sætter fokus på sundhedsproblemer og uheldsmæssig livsstil. Derfor er det

²⁶ Social-, Børne- og Integrationsministeriet. Vejledning om servicelovens formål og generelle bestemmelser i loven – Vejledning nr. 1 til serviceloven, 2012.



Sundhedssamtalen kan inddrage følgende emner, som også kan indgå i handleplanen:

- Opvækst
- Levevilkår
- Netværk
- Økonomi og tilknytning til arbejdsmarkedet
- Sygdom
- Livskvalitet
- Sundhedsvaner
- Kost
- Misbrug: stoffer og alkohol
- Motion
- Søvn
- Mental trivsel og problemer
- Vold
- Seksualitet
- Tænder
- Egenomsorg
- Kontakt til sundhedsvæsenet

nødvendigt at sikre opfølgning og yderligere dialog for at mindske yderligere bekymringer.

Organisatorisk forankring af indsatsen

Metoden forankres hos en sundhedsfaglig person, der er trænet i at bruge den udvalgte metode.

Resultat af indsats

De steder, fx væresteder, hvor metoden har været anvendt, har der været høj brugertilfredshed og øget motivation for at arbejde med egen sundhed.

Henvisninger til yderligere information

Sundhedsstyrelsen: Slutevaluering af "Modelprojekter for gruppen af socialt udsatte stof- og alkoholmisbrugere samt hjemløse". NIRAS, København 2011.

Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen: Et sundt liv for udsatte borgere. Erfaringer fra 13 indsatser, der har sat fokus på sundhed for misbrugere, alkoholikere, hjemløse og psykisk syge mennesker. København, 2012.

Projekt "Sundhed styrker selvfølelsen" i Helsingør Kommune. Evalueringen af projektet kan findes på www.socialstyrelsen.dk, søg efter "sundhed styrker selvfølelsen".

Flere kommuner, herunder Herlev har arbejdet med sundhedssamtaler. Mere information kan findes på www.herlev.dk, hvor der skal søges efter "Sundhed på gadeplan". Her er både evaluering og bilag til denne.

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet et værktøj, som kan anvendes, når man skal tale om sundhed. Se mere på www.sst.dk/lighed, søg efter "dialog om sundhed".

TANDBEHANDLING

Socialt udsatte borgere, som narkomaner²⁷, hjemløse, alkoholikere²⁸ og sindslidende²⁹, har flere tand- og mundsygdomme end resten af befolkningen. Disse sygdomme kan medføre smerte og ubehag, nedsat tyggefunktion, skæmmet udseende samt nedsat livskvalitet. Derudover får socialt udsatte oftere mundhulekræft (oral cancer), bl.a. som følge af højt alkohol- og tobaksforbrug. Denne gruppe borgere har mindre regelmæssige tandplejevaner og tandlægebesøgsvaner end resten af befolkningen, og dertil kommer, at socialt udsatte ofte har usunde kostvaner. Socialt udsatte har vanskeligt ved at udnytte og tilpasse sig de eksisterende tandplejetilbud på grund af et ofte kaotisk liv præget af misbrug, hjemløshed, kriminalitet, psykiske og fysiske lidelser, sociale problemer og dårlig økonomi. En særligt opsøgende tandplejeindsats skønnes derfor nødvendig for at nå denne gruppe borgere. En del socialt udsatte vil kunne tilbydes tandpleje i den kommunale omsorgstandpleje eller specialtandpleje efter visitation, mens andre vil kunne opnå kommunalt tilskud til tandpleje efter den sociale lovgivning.

²⁷ Scheutz F. Dental health in a group of drug addicts attending an addiction-clinic. Community Dent Oral Epidemiol. 1984;12:23-8. og Scheutz F. Anxiety and dental fear in a group of parental drug addicts, Scand J Dent Res. 1986;94:241-7.

²⁸ Hede B. Determinants of oral health in a group of Danish alcoholics. Eur J Oral Sci. 1996;104:403-8.

²⁹ Hede B. Oral health in Danish hospitalized psychiatric patients. Community Dent Oral Epidemiol. 1995;23:44-8. og Vigild M, Brinck JJ, Christensen J. Oral health and treatment needs among patients in psychiatric institutions for the elderly. Community Dent Oral Epidemiol. 1993;21:169-71.

Der er i flere af landets kommuner oprettet særordninger med tandklinikker for socialt udsatte borgere. Klinikernes drift kan være baseret på midler fra satspuljer, fonde, private donorer og ulønnet arbejdskraft. Tandbehandlingen for de socialt udsatte kan her være gratis eller med egenbetaling.

Metoder og aktiviteter

Erfaringer fra et igangværende opsøgende tandplejeprojekt for socialt udsatte i Aarhus har vist sig at have en god effekt for tandsundhed og livskvalitet for socialt udsatte³⁰. Projektet består af et team af tandplejere, klinikassistenter og sagsbehandlere (tilskud til tandpleje), der aktivt opsøger socialt udsatte på bosteder, væresteder mm. Her yder man en særlig indsats med at:

- Etablere kontakt og tillid til den enkelte socialt udsatte borger og få italesat problemer omkring tænder og tandsundhed.
- Udføre forebyggende tandpleje med instruktion i mundhygiejne, fluorskylning, information om betydningen af en sund kost og årsager til tandsygdommes opståen – både for den socialt udsatte samt personale på bo- eller værestedet.
- Undersøge tandsættet og yde rådgivning om nødvendig behandling.
- Rådgive om behandlingsmuligheder og etablere kontakt og dialog til rette behandlingsinstans for den socialt udsatte borger og personalet på bo- eller værestedet.

³⁰ Kjeldgaard T. Det opsøgende tandplejeteam. 9.statusrapport for 1. halvår 2013. Aarhus kommune, 2013. Rapporten kan bl.a. findes på www.socialstyrelsen.dk, søg efter "opsøgende tandplejeteam".

- Støtte og ledsage socialt udsatte til gruppevis at komme af sted til tandlægen og overholde den aftalte tid.
- Rådgive og vejlede om ansøgning om støtte til tandpleje via den sociale lovgivning for socialt udsatte og personale på bo- eller værestedet.
- Etablere dialog mellem tandplejesystemet og myndigheder for tilskud til tandpleje via sociallovgivningen og personalet/den sociale udsatte på bosteder/væresteder.

Organisatorisk forankring af indsatsen

Kommunerne kan forankre et opsøgende tandplejeteam i kommunens socialforvaltning, sundhedsforvaltning eller som en del af den kommunale tandpleje, hvor særligt medarbejdere i omsorgstændplejen og specialtandplejen vil have viden og erfaring til at møde socialt udsatte borgere på deres egne betingelser.

Resultat af indsats

Det opsøgende tandplejeteam i Aarhus kommune har betydet, at:

- Der skabes den kontakt og tillid til socialt udsatte, som kan være en forudsætning for, at problemer med tænder og mund bliver italesat.
- Personalet på være- og bosteder bliver gjort opmærksom på og undervist i at håndtere socialt udsattes problemer med mund og tænder.
- Der skabes støtte til socialt udsatte til at få gjort noget ved tandproblemer, komme af sted til tandlægen og gennemføre et behandlingsforløb.
- Socialt udsatte borgere får hjælp til at få ansøgt om økonomisk støtte til tandbehandling i kommunen.
- De socialt udsatte borgere og personalet på bo- og

væresteder får viden om forebyggende tandpleje, hvilket bl.a. betyder, at personalet aktivt minder borgeren om at huske at børste tænder regelmæssigt.

- Socialt udsatte har forbedret deres tandstatus, hvilket resulterer i smertefrihed, forbedret tyggeevne, øget livskvalitet, forbedrede sociale relationer og ingen skam over et ødelagt tandsæt.

Henvisning til yderligere information

Det opsøgende tandplejeteam Aarhus kommune, information kan findes på www.aarhus.dk, søg efter "Tandteam opsøgende".

FOREBYGGELSE OG SUNDHEDSFREMME

→ *Kost og fysisk aktivitet*

→ *Tobak*

Socialt udsatte borgere har i højere grad end resten af befolkningen en sundhedsadfærd, der øger deres risiko for på både kort og lang sigt at udvikle en række sygdomme. Eksempelvis spiser socialt udsatte mindre og mindre varieret, de ryger mere og er mindre fysisk aktive end resten af befolkningen. Derudover har de fleste af denne gruppe borgere et langt højere alkoholindtag og forbrug af stoffer end den øvrige befolkning.

Undersøgelser viser dog samtidig, at socialt udsatte har et ønske om at leve sundere, og en af de store udfordringer er at nå disse borgere med målrettede tilbud om forebyggelse og sundhedsfremme.

For netop denne gruppe er den fysiske, psykiske og sociale trivsel tæt forbundne, og lykkes det at opnå forbedring på det ene område, følger der ofte gevinster med på de andre. Fx kan fællesskabet omkring sportsaktiviteter bidrage til øget social trivsel, ligesom der er erfaring for, at især fysisk aktivitet bidrager til bedring af psykisk sundhed – herunder især i forhold til depression og skizofreni. Erfaringerne er derfor, at man oplever en markant bedre trivsel hos brugere, der deltager i sundhedsfremmeindsatser, og at det ofte drejer sig om bedring i den samlede livssituation, som rækker ud over de direkte målelige forbedringer i den fysiske sundhed, fx kondition.

Desuden beskriver mange brugere, at hvis de mødes med samme forventninger som andre borgere om fx at

holde op med at ryge, så oplever de en følelse af at være ligeværdige medlemmer af samfundet³¹.

Væresteder landet over arbejder med sundhedsfremme og forebyggelse på forskellige måder. Mange har især fokus på kost og fysisk aktivitet. Fælles for disse indsatser er, at de, udover det rent sundhedsmæssige fokus, medvirker til at skabe sociale fællesskaber, der er af stor betydning for brugerne. For at sikre at sundhedsfremmende indsatser ikke blot bliver til enkeltstående initiativer, er det vigtigt, at indsatserne integreres som en del af den almindelige drift – altså som et ordinært aktivitets- og samværstilbud.

Når sundhedsfremmende tilbud introduceres, er det væsentligt at sikre, at både medarbejdere og ledelse bakker op om indsatsen. Blandt nogle medarbejdere kan der være et fokus på at ville beskytte borgeren mod krav og forventninger, mens borgerne – som tidligere nævnt – kan have et ønske om at ændre adfærd. I nogle tilfælde spiller det også ind, at medarbejderne selv er rygere og fungerer som rollemodeller. Derfor kan det være relevant at give tilbud til dem også.

Det er vigtigt at tilrettelægge sundhedsfremmende indsatser, så de bliver opfattet som en hjælp. Der er derfor behov for at etablere målrettede tilbud, hvor borgerne bliver hørt i forhold til hvilke tilbud, de ønsker etableret, hvad de mener, at en kostpolitik bør indeholde etc., så borgerne får ejerskab over indsatserne.

³¹ Sundhedsstyrelsen. Slutevaluering af: "Modelprojekter for gruppen af socialt udsatte stof- og alkoholmisbrugere samt hjemløse". NIRAS, København, 2011.



Aktivitets- og samværstilbud

Af Servicelovens § 104 fremgår det, at:

Kommunalbestyrelsen skal tilbyde aktivitets- og samværstilbud til personer med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller med særlige sociale problemer til opretholdelse eller forbedring af personlige færdigheder eller af livsvilkårene.

De kommunale aktivitets- og samværstilbud kan tage udgangspunkt i væresteder for særlige målgrupper, fx for prostituerede, sindslidende, misbrugere eller socialt udsatte generelt set.

Med udgangspunkt i § 104, hvor det er præciseret, at målet er at opretholde eller forbedre færdigheder og livsvilkår, vil det være relevant at indtænke sundhedsindsatser som en del af et samlet tilbud. Det kan bl.a. ske ved at sikre tilbud, som beskrevet i denne publikation, eller ved at etablere idrætsaktiviteter som fx Dansk Væresteds Idræt eller deciderede idrætsforeninger for sindslidende, som er etableret i en række kommuner med støtte fra fx Danmarks Idrætsforbund (DIF) og Dansk Arbejder Idrætsforbund (DAI).

Ligeledes er der behov for at have fokus på relationsarbejdet for at rekruttere deltagere. Når medarbejderne støtter op om indsatserne og eventuelt selv deltager i dem, kan det være motiverende for nogle borgere.

I det følgende beskrives sundhedsfremmeindsatser som har fokus på kost/fysisk aktivitet og rygestop-tilbud.

KOST OG FYSISK AKTIVITET

Kost og fysisk aktivitet er indsatsområder, som de fleste væresteder, forsorgshjem/herberger, misbrugsbehandlingsinstitutioner mv. kan arbejde med i de eksisterende rammer. Samtidig er det fokusområder, som også kan lægge op til aktiviteter, der kan danne rammen om værdifulde, sociale fællesskaber, og hvor andre samtaler kan tages.

Nogle sundhedsfremmende indsatser kan udfordre fx væresteder, der arbejder ud fra et grundlæggende princip om, at stedet skal være et frirum for de forventninger og krav, der møder mange socialt udsatte andre steder i samfundet. Sundhedsindsatser er dog modtaget positivt blandt socialt udsatte borgere, som altid bør inddrages i gennemførelsen. Det er i den forbindelse samtidig vigtigt, at medarbejdere og ledelse bakker op om den sundhedsfremmende indsats, der som nævnt både kan have sundhedsmæssige og sociale målsætninger³².

Beskrivelse af aktiviteter og metoder

Kost

- Adgang til nærende mad
Ved at sørge for at den mad, der er tilgængelig, er sund og af god kvalitet, kan man på en nem måde bidrage

³² Sundhedsstyrelsen. Slutevaluering af ”Modelprojekter for gruppen af socialt udsatte stof- og alkoholmisbrugere samt hjemløse”. NIRAS, København, 2011. Sundhedsstyrelsen. Sundhed i sociale tilbud – til voksne med særlige behov. København, 2010. Nielsen et al. Sundhedspersonalets rådgivning om sundhedsadfærd, 2006.

til at øge sundheden blandt brugerne. Dette kan eksempelvis ske i samarbejde med en kommunalt ansat diætist. Desuden er der gode erfaringer med at tilbyde vitaminer og kosttilskud til brugerne, da mange socialt udsatte er dårligt ernærede og lider af deciderede mangeltilstande.

- Kostvejledning

Nogle væresteder har erfaring med at tilbyde individuel kostvejledning i samarbejde med en uddannet diætist eller anden sundhedsfaglig medarbejder. Enkelte steder er dette også fulgt op af et tilbud om at få hjælp af en medarbejder til indkøb, så kostvejledningen i højere grad følges.

Fysisk aktivitet

- Afholdelse af enkeltstående initiativer

De enkelte væresteder, misbrugsbehandlingsinstitutioner mv. kan tilmelde sig fodboldturneringer, lave Wii-konkurrencer eller opstille mål om, at brugerne i fællesskab fx skal "cykle til Rom" på motionscykel.

- Etablering af faste tilbud

Der kan etableres faste tilbud om fx svømning, vandreture, cykling mv. Det er væsentligt at tage hensyn og inddrage brugerne og deres ønsker i tilrettelæggelsen af sådanne tilbud.

- Fitness

Hvis brugerne ønsker det, kan man fx etablere eget fitness-rum eller lave en økonomisk fordelagtig aftale med lokale fitnesscentre om at anvende deres lokaler i perioder, hvor der er få andre besøgende.

- Tilknyt en person med særligt fokus på etablering af sundhedsfremmeindsatser

For at sikre, at indsatserne gennemføres kontinuert, og at træningen tager udgangspunkt i borgernes evner, tilstand og motivation, kan der laves aftaler om at tilknytte fx en træner/idrætsuddannet eller lignende til at stå for disse aktiviteter.

- Fortsætte aktiviteter på trods af svingende tilslutning

Der kan ikke forventes fast tilslutning til aktiviteterne fra borgere med mange andre problemer, men det er væsentligt at fortsætte med tilbuddet trods svingende tilslutning, så brugerne kan benytte det, når de har mulighed for det.

- Motivere til deltagelse

For at sikre at så mange som muligt deltager i de planlagte aktiviteter, er der gode erfaringer med at sende påmindelses-sms til de, der har tilmeldt sig. Den kan sendes et døgn før aktiviteten og gentages et par timer forinden. Det er også vigtigt at huske at sende sms eller ringe til de borgere, der udebliver, så de oplever, at deres fravær blev bemærket, og at de var ønskede til aktiviteten.

Organisatorisk forankring af indsats

Indsatsen forankres på det enkelte værested, det enkelte forsorgshjem/herberg, den enkelte misbrugsbehandlingsinstitution mv. Medarbejdere fra kommunens sundhedsforvaltning, fx diætister og idrætsinstruktører, kan inddrages.

Resultat af indsats

Sundhedsindsatser viser sig at have generel positiv effekt på brugernes samlede trivsel, handlekompetencer og motivation til at forbedre egen situation. Samtidig giver indsatserne konkrete redskaber i form af viden og handlemuligheder, til at foretage små, men væsentlige forbedringer af dagligdagen.

Det kan være svært at vise en direkte sammenhæng mellem enkeltaktiviteter inden for et specifikt sundhedsmæssigt område og målgruppens udvikling på dette område. Det vurderes, at det i høj grad er samspillet mellem forskellige aktiviteter og oplevelsen af, at det nye initiativ skaber ændringer, som bidrager til den generelle positive udvikling.

Henvisninger til yderligere information

Sundhedsstyrelsen: Slutevaluering af "Modelprojekter for gruppen af socialt udsatte stof- og alkoholmisbrugere samt hjemløse". NIRAS, København, 2011.

Sundhedsstyrelsen: Sundhed i sociale tilbud – til voksne med særlige behov. København, 2010.

Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen: Et sundt liv for udsatte borgere. Erfaringer fra 13 indsatser, der har sat fokus på sundhed for misbrugere, alkoholikere, hjemløse og psykisk syge mennesker, København, 2012.

"Krathuset" i Odense er et integreret tilbud om støttecenter, værested og sundhedsfremmende indsats, som retter sig mod sindslidende og socialt udsatte grupper.

Se mere på www.odense.dk, søg efter "værestedet Krathuset".

Idrætsorganisationen Dansk Væresteds Idræt, www.idvi.dk



TOBAK

Storrygere har betydelig øget risiko for alvorlige sygdomme som kræft, hjerte-karsygdom og lungesygdom, og denne gruppe mister i gennemsnit 8-10 leveår i forhold til mennesker, der aldrig har røget. Rygestop øger effekten af behandling for alkoholmisbrug. Også for sindslidende kan rygestop forbedre nogle symptomer, og rygestop kan føre til nedsat medicinforbrug, fordi tobak påvirker omsætningen af nogle typer medicin i kroppen³³.

78 % af socialt udsatte borgere ryger dagligt. Mange vil dog gerne holde op med at ryge. Næsten hver tredje ryger blandt udsatte borgere har forsøgt at stoppe, og hver sjette har planer om at holde op med at ryge inden for den næste måned. De socialt dårligst stillede ønsker altså i stort set samme grad som den øvrige befolkning at stoppe med at ryge, og hver tredje vil gerne have hjælp til det. Med de rette tilbud om støtte og behandling kan det lykkes³⁴.

En udfordring er, at mange ansatte på væresteder også selv ryger (32 %), hvorfor man kan opleve modstand i personalegruppen mod at indføre rygepolitik³⁵. Det er derfor vigtigt, at alle involverede bliver hørt, inden et program iværksættes, således at det tids- og indholdsmæssigt er acceptabelt for alle.

³³ www.rogfrihed.dk, søg på ”psykofarmaka”

³⁴ Sundhedsstyrelsen. Fremme af røgfrihed på væresteder, varmerstuer og lignende, 2013.

³⁵ Ibid

Publikationen ”Fremme af røgfrihed på væresteder” anviser følgende anbefalinger i forhold til tobaksforebyggelse:

- Tobaksforebyggelse skal indgå i den daglige praksis
Tobaksforebyggelse skal være en del af det daglige arbejde på være- og bosteder, misbrugscentre og lignende. Når socialt udsatte borgere giver udtryk for, at de gerne vil ryge mindre eller blive røgfri, skal denne motivation udnyttes. Det er vigtigt at fokusere på brugerens ønsker og behov i den daglige praksis, og det er i den forbindelse vigtigt, at medarbejderne som en del af deres daglige arbejde taler og informerer om muligheden for at stoppe med at ryge.
- Ledelsen skal bakke op
En vellykket indsats med tobaksforebyggelse kræver et tæt samarbejde på tværs af forvaltninger (social og sundhed), afdelinger og faggrupper i kommunen. Ledelsen i kommunen og på institutioner skal bakke op omkring indsatsen og synliggøre for medarbejdere, at tobaksforebyggelse er et prioriteret indsatsområde. Ledelsen skal tage ansvar for, at indsatsen løbende sættes på dagsordenen, og at medarbejderne modtager relevant kompetenceudvikling på området.
- Der skal etableres et fælles grundlag for arbejdet
Det er vigtigt, at brugere og medarbejdere på den enkelte institution har en fælles platform for arbejdet. Det indebærer et fælles vidensgrundlag, at medarbejdere og ledere er bevidste om egne holdninger til rygning,



og at rammer og rutiner på stedet understøtter arbejdet, fx at borgerne som en fast del af stedets procedurer bliver spurgt til rygevaner og motivation for at blive røgfri.

- Tilbud om rygestop skal være skræddersyede og let tilgængelige
Socialt udsatte borgere er mere afhængige af nikotin og har sværere ved at stoppe med at ryge end de fleste andre rygere. Mange er ikke opmærksomme på rygningens skadevirkninger. De har ikke overblik over kommunens generelle tilbud, og de har ekstra svært ved selv at tage initiativ til rygestop. Derudover har denne gruppe generelt manglende erfaringer med at gennemføre positive forandringer i deres liv og udøve selvomsorg. Det er derfor vigtigt med særligt tilrettede tilbud, der kan imødekomme disse udfordringer.

Beskrivelse af aktiviteter og metoder

I indsatsen for rygestop til udsatte borgere, arbejdes der med tre overordnede elementer (for inspiration til metoderne i de enkelte elementer henvises til publikationen "Fremme af røgfrihed på væresteder, varmestuer og lignende³⁶⁾").

- Røgfri rammer og rygepolitik
Formulering af røgfri rammer skal være inkluderende og udgør starten på arbejdet. Det er afgørende for indsatsen, at reglerne overholdes og håndhæves, hvilket er ledelsens ansvar.

- Motivation til rygestop
Beslutningen om at stoppe med at ryge bliver lettere at holde fast i for den enkelte borger, hvis personen bliver opfordret, og hvis miljøet ikke understøtter rygning, og der tages initiativ til jævnligt at tilbyde hjælp og støtte til at gennemføre og fastholde rygestoppet.
- Rygestopforløb
Generelt anbefales kognitiv adfærdsterapi og motiverende samtale som metode til rygestop. Det er i den forbindelse vigtigt at benytte uddannede rygestoprådgivere til at varetage rådgivningen.

Socialt udsatte kan i særlig grad have gavn af telefonrådgivning om rygestop, da det ikke kræver, at de møder op på et bestemt sted og tidspunkt. Man kan ringe gratis til den landsdækkende telefonrådgivning STOP-linien tlf. 80 31 31 31.

Rygere med en psykisk lidelse eller et misbrug er typisk meget afhængige af nikotin og har derfor ofte brug for længerevarende behandling med høje doser af flere forskellige slags nikotinsubstitution og/eller medicin for at håndtere abstinenser.

Organisatorisk forankring af indsats

Der findes forskellige modeller for, hvordan arbejdet med tobaksforebyggelsen kan tilrettelægges og organiseres. En fælles erfaring er dog, at det er en god idé at nedsætte en styregruppe for processen bestående af medarbejder- og brugerrepræsentanter samt evt. repræsentanter for kommunens sundhedsforvaltning. På den måde sikrer man en fælles platform for at arbejde med indsatsen og



kan mest hensigtsmæssigt imødegå eventuelle forbehold blandt personale og brugere.

Nogle kommuner vælger at uddanne interesserede medarbejdere til rygestoprådgivere, andre benytter eksterne rygestoprådgivere, som afholder rygestopkurser rundt om på værestederne. I sidstnævnte tilfælde er det vigtigt, at de eksterne rådgivere gennem længere tid er synlige på værestedet, så de vinder brugernes tillid.

Det kan være vigtigt, at hele personalegruppen og evt. brugergruppen modtager undervisning omkring tobak og røgfrihed for at skabe en grundlæggende forståelse for emnet og sikre bred opbakning til de rammesættende tiltag samt øge rekrutteringen til rygestopforløb.

Resultat af indsats

Erfaringerne viser, at systematisk arbejde med tobaksforebyggelse på væresteder kan medvirke til at ændre holdningerne til røg blandt både personaler og brugere. Da mange brugere i forvejen er meget motiverede for at stoppe, opfylder tilbuddet om særligt tilrettelagte forløb en allerede eksisterende efterspørgsel. Med den rette støtte og skræddersyede forløb kan rygestop lykkes, selv hos udsatte borgere.

Henvisninger til yderligere information

Læs mere på www.rogfrihed.dk og i Sundhedsstyrelsens publikation: "Fremme af røgfrihed på væresteder, varmerstuer og lignende". København, 2013. Sundhedsstyrelsens publikation kan downloades på www.sst.dk

SKADESREDUCERENDE SUNDHEDSINDSATSER

- *Brugerdrevet indsats til forebyggelse af forgiftningsdødsfald*
- *Stofindtagelsesrum*
- *Crack rygesæt*

Skadesreducerende indsatser retter sig mod socialt udsatte borgere, som er stofmisbrugere. Stofmisbrug er i mange tilfælde en langvarig kronisk tilstand, og total stofrihed kan langt fra altid forventes af stofbrugere med et langvarigt, svært misbrug. Skadesreduktion og særlige målrettede sundhedsfaglige tilbud er derfor i høj grad en integreret del af behandlingen. Skadesreducerende indsatser er indsatser, der søger at begrænse de sundhedsmæssige konsekvenser af stofmisbruget samt de udfordrende livsbetingelser, som stofbrugere ofte har. De skadesreducerende indsatser har således ikke til formål at behandle for stofafhængighed eller for den sags skyld at forebygge stofafhængighed, men at forhindre yderligere skade forårsaget af personens stofafhængighed.

Der er god evidens for skadesreducerende indsatser. Det gælder især effekten af adgang til rene sprøjter og kanyler samt opioid-substitutionsbehandling i forhold til bl.a. smitsomme sygdomme³⁷. Der er ligeledes god evidens for, at de skadesreducerende indsatsers effekt er stærkere, hvis der tilbydes en kombination af flere samtidige

indsatser^{38,39}. Følgende regnes for at være blandt kerneindsatserne på området:

- Forebyggelse af infektionssygdomme
Det vurderes, at op mod 90 % af alle iv-stofbrugere er smittet med hepatitis C. 5-10 % af ny-diagnosticerede med hiv er ligeledes iv-stofbrugere. Den vigtigste måde at undgå stofrelaterede infektionssygdomme som hepatitis B, C og hiv er at begrænse delingen af injektionsværktøj, fx sprøjter og kanyler. Dette forsøges ved at erstatte intravenøst forbrug med indtagelse gennem munden (jf. pkt. 3) og ved at organisere udlevering af rene sprøjter, kanyler og vandpuller til stofbrugere⁴⁰.

Herudover bør alle nuværende og tidligere stofbrugere i mødet med sundhedsvæsenet (inkl. misbrugsbehandlingen) tilbydes undersøgelse for hepatitis B, C og hiv samt tilbydes vaccination mod hepatitis B, hvis de ikke er smittede. Derudover skal iv-stofbrugere samt pårørende (under 18 år) til hepatitis B-smittede, og personer smittet med hepatitis C tilbydes gratis kombinationsvaccine mod både hepatitis A og B⁴¹.

38 Ibid.

39 UNODC. "Reducing the adverse health and social consequences of drug abuse: a comprehensive approach - Discussion paper", New York, 2009.

40 Jf. Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke om seksuel sundhed.

41 Jf. Sundhedsstyrelsen. Vejledning om lægelig behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling og Bekendtgørelse nr. 746 af 29. juni 2006 vedr. gratis hepatitis vaccination til særlig udsatte grupper.

37 Rhodes T, Hedrich D. "Harm Reduction and the mainstream" in Rhodes T, Hedrich D (ed.): "EMCDDA Monographs 10: Harm Reduction – evidence, impact and challenges". Luxembourg, 2010.

- Adgang til prævention
Ligesom adgang til sprøjter og kanyler har til mål at begrænse udbredelsen af smitsomme sygdomme, har adgangen til kondomer til formål at begrænse udbredelsen af seksuelt overførbare infektioner. Derudover har adgangen til længerevarende præventionsmidler, der ikke skal bruges i umiddelbar relation til samleje (fx P-stav og P-sprøjte) til kvindelige stofbrugere til formål at reducere antallet af uønskede graviditeter blandt disse kvinder⁴².
- Substitutionsbehandling
Stofbrugere, der er afhængige af opioider, fx heroin eller metadon, kan få tilbudt substitutionsbehandling med enten buprenorphin (som er førstevalg ved nye behandlinger⁴³), metadon eller heroin. Kommunalbestyrelsen skal stille behandlingen med disse lægemidler gratis til rådighed for misbrugeren. Iværksættelse af substitutionsbehandling sker altid efter lægelig vurdering, og selve behandlingen skal også være lægeordineret. Substitutionsbehandling med buprenorphin og metadon kan tilbydes enhver opioidmisbruger, der ønsker at komme i behandling, og som skønnes egnet til denne form for behandling, mens heroin kun tilbydes de misbrugere, som ikke har haft tilstrækkelig effekt af den konventionelle substitutionsbehandling, og hvor behandlingen skønnes at kunne forhindre en forværring i helbredstilstanden. Behandling med he-

roin tilbydes kun i de fem største byer i Danmark og har hidtil kun været tilbudt som injektionsbehandling, men tilbydes fra 1. oktober 2013 også som tabletbehandling.

De ovenfor beskrevne skadesreducerende indsatser er alle meget udbredte og vil derfor ikke blive beskrevet yderligere. Indsatserne i næste afsnit bygger oven på en grundlæggende skadesreducerende indsats.

42 Jf. Sundhedsstyrelsen. Vejledning om lægelig behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling.

43 Jf. Sundhedsstyrelsen. Vejledning om ordination af afhængigheds-skabende lægemidler og om substitutionsbehandling af personer med opioidafhængighed. Sundhedsstyrelsen, 2007.

BRUGERDREVET INDSATS TIL FOREBYGGELSE AF FORGIFTNINGSDØDSFALD

Cirka 80 % af alle registrerede forgiftningsdødsfald i Danmark sker efter indtagelse af opioider (heroin, morfin, metadon m.fl.). Langt de fleste forgiftningsdødsfald sker 1-3 timer efter opioidindtagelse intravenøst. Som modgift findes midlet Naloxon, der normalt vil ophæve forgiftnings-tilstanden i løbet af få minutter.

Fra udlandet og fra Københavns Kommune er der positive erfaringer med brugeradministreret anvendelse af Naloxon til forebyggelse af forgiftningsulykker med opioider.

På baggrund af erfaringerne fra Københavns Kommune blev det i december 2012 besluttet at gennemføre et projekt, som vil løbe frem til sommeren 2015 i andre store kommuner i landet.

Formålet med projektet er at reducere antallet af dødsfald og andre skadevirkninger som følge af overdoser hos personer med opioidmisbrug ved hjælp af brugeradministreret Naloxon kombineret med undervisning. Personer med et stofmisbrug, deres pårørende og folk i stofmisbrugsmiljøet bliver undervist i genoplivning og brug af Naloxon, som de skal anvende som modgift til misbrugere, der har taget en overdosis med morfin.

Beskrivelse af aktiviteter og metoder

Indsatsen består af følgende elementer:

- Rekruttering af frivillige stofbrugere, pårørende og folk med god kontakt til stofmiljøet.

- Undervisning af rekrutterede frivillige til Naloxon-indsatsen. De frivillige undervises i følgende elementer:
 - Vurdering af en forgiftning. Indikation for Naloxon-behandling.
 - Vigtigheden af, uanset om der behandles med Naloxon, at tilkalde lægeambulancen/ambulance (112), yde førstehjælp, blive på skadestedet, indtil lægeambulancen/ambulancen er ankommet og give de fornødne oplysninger til ambulancepersonalet.
 - Indsprøjtning eller næsespray med Naloxon.
 - Udlevering af informationsmateriale til stofbrugeren om indsatsen med at give Naloxon.
 - Afrapportering af behandlingsforløbet til personalet på misbrugsbehandlingstilbud eller andet sted, hvor indsatsen er forankret.
 - Naloxon er et lægemiddel, der skal ordineres af en læge, og projektdeltageren skal uddannes til at fungere som lægens medhjælp for at kunne anvende Naloxon.
- Udlevering af Naloxon-udstyr
Der udleveres et specielt kit til alle deltagere, der bl.a. indeholder Naloxon i form af næsespray, handsker og ventilationsmaske.
- Fastholdelse af deltagere
Der afholdes jævnlige (fx månedligt) møder, hvor de frivillige udveksler erfaringer, og hvor personalet har mulighed for at bidrage med ekstraundervisning, når det er nødvendigt.

Organisatorisk forankring af indsats

Indsatsen er lokalt forankret i fire kommuner (København, Aarhus, Odense og Glostrup). Københavns Kommune er koordinerende kommune.

Indsatsen forankres i en stofmisbrugsbehandlingsinstitution eller i anden indsats målrettet stofbrugere. Indsatsen sker med tilsyn fra en læge.

Resultat af indsats

Indsatsen slutter med en evaluering medio 2015. Foreløbige resultater indikerer positive resultater af indsatser.

Henvisninger til yderligere information

For yderligere information se rapporten: "Evaluering af forsøg med distribuering af Naloxon til stofafhængige til forebyggelse af opioid-overdosisdødsfald", Københavns Kommune, 2013. Evalueringen kan downloades her: <http://www.hjemlosesundhed.dk> under punktet "rapporter".

Derudover henvises til: "Opioid overdose: preventing and reducing opioid overdose mortality", UNODC/WHO Discussion paper 2013. Publikationen kan downloades her: <https://www.unodc.org>, søg på rapportens titel.

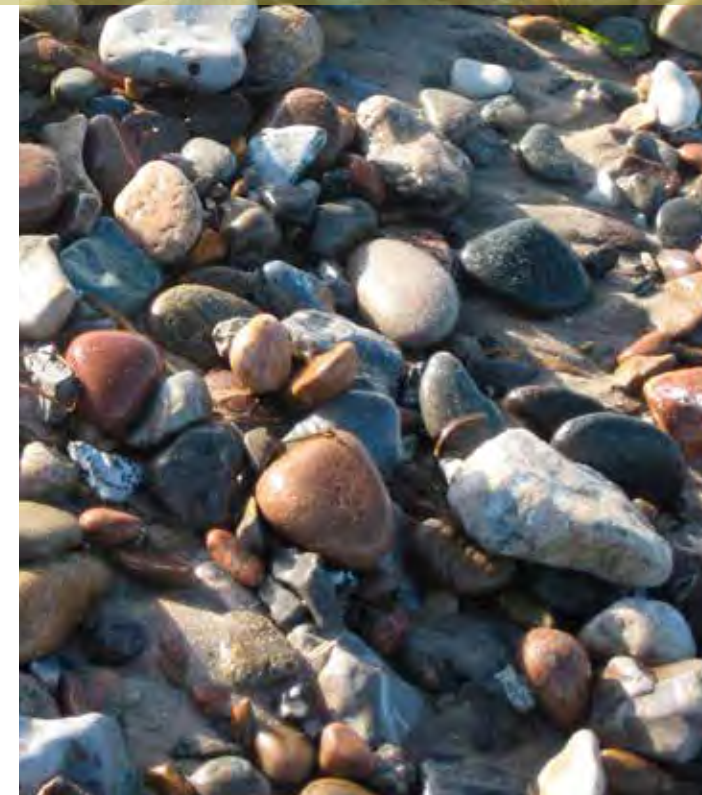
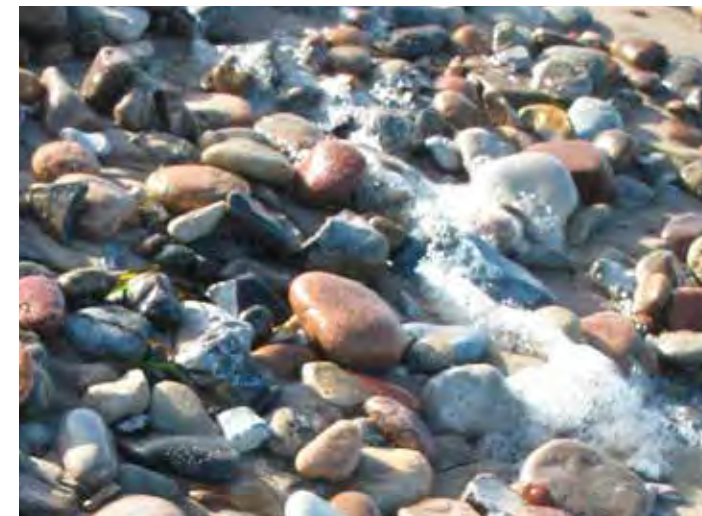
STOFINDTAGELSESRUM

Siden 1. juli 2012 har kommunerne haft mulighed for at oprette stofindtagelsesrum som led i deres samlede tilbud til stofmisbrugerne. Det er forventningen, at stofindtagelsesrum kan medvirke til at nedbringe dødeligheden blandt og forbedre forholdene for stofbrugere. I et stofindtagelsesrum kan stofbrugere tage deres stoffer i hygiejniske omgivelser og under overvågning af kvalificeret personale, som er i stand til at udlevere det relevante udstyr til brug for stofindtagelsen, at vejlede om stofindtagelsen og at give førstehjælp ved overdosis eller anden nødsituation.

Hvis kommunen ønsker at oprette et stofindtagelsesrum, skal kommunalbestyrelsen ansøge Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse om tilladelse. Når kommunen tager stilling til, om man ønsker at oprette stofindtagelsesrum, bør det ske i samarbejde med politiet, ligesom lokalsamfundet og så vidt muligt de berørte stofbrugere bør inddrages.

Beskrivelse af aktiviteter og metoder

For at nedbringe dødeligheden blandt og forbedre forholdene for stofbrugere ved hjælp af stofindtagelsesrum bør dette være et såkaldt lavtærskeltilbud. Det betyder, at bl.a. adgangen til stofindtagelsesrum, stedernes åbningstider og kapacitet bør afspejle de lokale behov. I stofindtagelsesrummene skal der være personale til stede i de lokaler, hvor stoffer besiddes og indtages, og brugerne vil få udleveret udstyr til stofindtagelsen, ligesom de vil modtage information om, hvordan udstyret anvendes korrekt.



Stofindtagelsesrummene skal bemannes med kvalificeret personale, som er i stand til at varetage dels de opgaver, som knytter sig til overvågning af stofindtagelsen, dvs. udlevering af udstyr til brug for stofindtagelsen, vejledning om stofindtagelsen og førstehjælp, hvis der indtages en overdosis eller opstår en anden nødsituation, dels de opgaver, der knytter sig til de social- og sundhedsfaglige tilbud, som der er adgang til i stofindtagelsesrummet. Overvågning af stofindtagelsen, udlevering af udstyr samt vejledning betragtes ikke i denne sammenhæng som behandling omfattet af sundhedsloven eller som virksomhed omfattet af Lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed (autorisationsloven).

Den enkelte kommune tager stilling til:

- Adgangen til stofindtagelsesrummet.
- Åbningstider og kapacitet.
- Beliggenhed, indretning, faciliteter og personale.
- Stoftyper og -indtagelsesmåder.
- Social- og sundhedsfaglige tilbud samt ordensregler og tilsyn.

Dette bør ske i samarbejde med politiet, lokalsamfundet og så vidt muligt de berørte stofbrugere, herunder de lokale udsatteråd.

I stofindtagelsesrum skal der være adgang til relevante social- og sundhedsfaglige tilbud, dvs. tilbud som afspejler misbrugsmønstrene samt stofmisbrugsproblemernes omfang og betydning lokalt. Adgangen kan også sikres gennem brobygning fra stofindtagelsesrummet til eksternt placerede tilbud.

Organisatorisk forankring af indsats

Kommunen beslutter selv, hvor stofindtagelsesrummet placeres organisatorisk. Hvis der i forlængelse af stofindtagelsen, hvortil der er udleveret udstyr og givet vejledning, enten ydes førstehjælp som følge af en overdosis eller en anden nødsituation, eller hvis der er et sundhedsfagligt tilbud, der er knyttet til stofindtagelsesrummet, så vil der være tale om behandling omfattet af sundhedsloven og om virksomhed omfattet af autorisationsloven.

Resultat af indsats

I Københavns Kommune, er omkring 100 tilfælde af overdosis blevet håndteret i løbet af det første år.

Henvisninger til yderligere information

Det er muligt at kontakte Københavns-, Aarhus-, Aalborg- og Odense Kommune, der alle har etableret stofindtagelsesrum. Derudover er det muligt at kontakte Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse for yderligere informationer.

CRACK RYGESÆT

Både internationalt og i Danmark øges forbruget af crack, som er en krystallinsk form for kokain. Crack indtages ofte sammen med andre stoffer, men en del brugere tager det også alene.

Hepatitis C er som nævnt en meget udbredt infektion i misbrugsmiljøet, og det vurderes, at langt de fleste stofbrugere er smittet med denne infektion. Hepatitis kan bl.a. smitte ved, at stofbrugere deler sprøjter og kanyler, og ved at de deler rygeudstyr. Hvis antallet af intravenøse stofbrugere kunne reduceres, ville det resultere i, at færre blev udsat for infektioner på grund af urent udstyr eller deling af udstyr mv. Internationale erfaringer peger på, at tilgængelighed af gratis rygesæt kan reducere injektionsbrugen samt reducere antallet af brugere, der deler piber.

Tilgængeligheden af gratis crack rygesæt modsvarer iv-stofbrugeres adgang til gratis sprøjter og kanyler, og skal ses som en relevant udvidelse af dette tilbud.

Beskrivelse af aktiviteter og metoder

- Uddeling af rygesæt. Det sikres, at der er rygesæt tilgængelige på steder, hvor brugere kommer. Det kan fx være væresteder, varmestue og misbrugsbehandlingen.
- Indholdet i rygesæt består i udgangspunktet af: 2 pakker riste til pibefiltre, 1 pose natriumbikarbonat (natron), 1 piberør, 2 mundstykker, 1 spisepind.
- Tilpasning af rygesæt. For at sikre, at rygesættens indhold passer til brugernes behov, kan det være en god ide at vurdere indholdet med jævne mellemrum. Her kan man så spørge om brugernes oplevelse af ind-

holdet, af mængden og kvaliteten, så rygesættet kan tilpasses.

Organisatorisk forankring af indsats

Indsatsen kan forankres i kommunens misbrugsbehandling og/eller i kommunens sundhedsafdeling. Selve udleveringen skal ske på steder, hvor misbrugerne kommer, hvorfor væresteder, varmestuer, herberger mv. vil være oplagte steder.

Resultat af indsats

Erfaringer peger på, at indsatser af denne type kan have betydning for a) måden hvorpå stoffer tages, hvor antallet af injektioner (som er den mest risikable måde at indtage stoffer på) reduceres, og b) smitte og smitte-udsættelse mellem crack-rygere reduceres. Det kan ligeledes medføre en reduktion i antallet af tilfælde af hepatitis C, hiv og betændelsestilstande mv.

Henvisninger til yderligere information

Der kan findes yderligere oplysninger i publikationen: Forsøg med udvikling og uddeling af crack-kokain rygesæt, som kan findes på www.hjemloesesundhed.dk - se under punktet "projekter i Sundhedsrummet 2008 -2010", ligesom Sundhedsrummet i København kan kontaktes direkte, se mere på www.denrundefirkant.dk.

Udenlandske erfaringer kan bl.a. findes i rapporten: Safer Crack Use Initiative – Evaluation Report, 2006. Rapporten kan downloades på www.med.uottawa.ca – søg på rapportens titel.

Socialt udsatte på hospitaler

I 2013 er der implementeret socialsygeplejerskeordning på Bispebjerg-, Hvidovre-, Nordsjællands-, Herlev- og Glostrup hospitaler samt Rigshospitalet. Socialsygeplejersker på hospitalerne har til formål at støtte og forbedre stofmisbrugerens indlæggelse, udskrivelse og kontakt med hospitalet. Socialsygeplejerskens kerneindsatser er:

- Rummelighed og forståelse for anderledes adfærd
- Pårørendefunktion
- Substitutionsmedicin – faglig viden til personalet om dette
- Abstinensbehandling
- Smertebehandling
- Hjælp til udskrivelse og opfølgning ved ambulante kontroller
- Specialistviden, som kan kvalificere den behandling, der blev tilbudt
- Kendskab til og samarbejde med eksterne samarbejdspartnere

Socialsygeplejersker har gode erfaringer med samarbejde med kommunale aktører og - projekter omkring både indlæggelse og udskrivelse af socialt udsatte borgere. Således kan socialsygeplejersken modtage relevant information om borgeren ved indlæggelse og tilbyde støtte til borgeren efter udskrivelse.

Foreløbige erfaringer med socialsygeplejerskeindsatsen viser, at indsatsen påvirker den socialt udsatte

borgers evne til at følge behandlingen, og flere borgere forbliver indlagt til behandlingen er afsluttet¹.

Der er en tendens til, at socialt udsatte borgere afbryder deres indlæggelser før tid. For socialt udsatte borgere kan en indlæggelse opleves som svær og lang. De konfronteres med deres ensomme livssituation, idet der typisk ikke kommer pårørende på besøg, som kan give støtte og medbringe personlige ejendele. Desuden kan oplevelsen af utilstrækkelig lindring af smerter og abstinenser være årsag til, at den socialt udsatte forlader hospitalet².

1 Kathrine Bro Ludvigsen og Nina Brünes, Social sygepleje i somatik og psykiatri, KABS Viden 2013

2 Ibid

