

Kronik bragt i Information, onsdag den 4. august 2010

Lige ret til sundhed: Et spørgsmål om pionerer?

Af: Nina Brünés, sygeplejerske og formand for Fagligt Selskab for Addiktiv Sygepleje og Dorte Steenberg, sygeplejerske og næstformand i Dansk Sygeplejeråd.

'Vend avisen og se svaret', stod der i Information. 'På arbejde' var svaret, da vi vendte avisen. På arbejde med blandt andet artikelserien 'Hvad nu velfærd'. En artikelserie om social innovation og en voksende iværksætterbranche som løsning på velfærdssamfundets krise. Vores interesse var vakt.

Det er nemlig vores erfaring, at der i dag finder meget iværksættereri sted inden for velfærdssamfundets rammer. Men initiativerne er projekter, der ofte eksisterer på trods af vilkår og på grundlag af tilfældige og midlertidige puljebevillinger. Projekter, der ikke er en del af offentlige driftsbudgetter. Derfor står projekterne i forreste række, når der skal spares. De lever deres eget liv. Faktisk lidt som de udsatte. På kanten af samfundet.

Socialt udsatte og andre med særlige behov har krav på løsninger. Løsninger, der er fastforankret i den måde, vi organiserer og indretter velfærdsydelse på. Det gælder ikke mindst på sundhedsområdet, hvor der som bekendt eksisterer store politiske ambitioner. Statsministeren mener eksempelvis, at Danmark skal op i superligaen, når det gælder middellevetid. Den gennemsnitlige levetid skal forlænges med tre år over de næste ti år. Men der eksisterer store forskelle i sundhed. Eksempelvis er der en forskel på mellem 3½ og 5½ år på mænds og kvinders middellevetid alt afhængig af, hvor man bor i landet. Forskellen er endnu større for de mest udsatte.

Og holder vi os til de mest socialt udsatte, ved vi, at jo flere sociale belastninger, jo dårligere helbred. Vi kender også de typiske helbredsproblemer lige fra leverskader over hjerte-lungeproblemer til mindre sår. Ligesom vi ved, at økonomien har betydning i forhold til tandlægebesøg, sund kost m.m. Og vi ved, at socialt udsattes tillid til sundhedsvæsenet ofte helt er fraværende. Stofmisbrugere oplever ofte manglende imødekommenhed. Følelsen af være ekskluderet øges. Trods mistrøstigheden er det et faktum, at selv de mest udsatte kerer sig om egen sundhed. De vil gerne forbedre deres livssituation. Men det bliver ikke lettere, når man føler sig ekskluderet allerede, inden mødet med sundhedsvæsenet.

Følgende citat illustrerer, hvad vi taler om:

"I dag talte vi om Pouls barndom. Det var ham selv, der spontant begyndte at fortælle. Gruopvækkende. Vold og seksuelt misbrugt. Plejefamilier og børnehjem. Kastebold mellem hjemmet og forskellige institutioner og smerten ved igen og igen at skulle adskilles fra sin lillesøster, som han havde passet siden hun var tre måneder og han var seks år. Han lærte tidligt at skifte ble, fortæller han. Men han lærte også at gå sulten i seng. Når han boede hjemme, blev han misbrugt af gæsterne i hjemmet. Det var en drukkule, og ingen tog sig af børnene, med mindre det var til egen tilfredsstillelse."

Citatet stammer fra Projekt Socialsygeplejerske, der blev gennemført på et københavnsk hospital i 2006 og 2007. Projektet skulle forbedre indsatsen omkring sundhed og reducere udstødelse af nogle af de mest marginaliserede grupper. Det lykkedes. Projektet var eksemplarisk. Det viste, at vi med en systematisk indsats og for små midler kan skabe større lighed i sundhed. Projektet skabte anvendelig viden til hospitalet. Og viden vi kan drage lære af på et overordnet samfundsniveau.

Hvad det sidste angår, er der imidlertid en hel del skår i glæden. Det forholder sig nemlig *ikke* sådan, at ideen og metoden har vokset sig stor siden 2007 eller er forsøgt systematisk udbredt til andre grupper af udsatte. Det forholder sig heller ikke sådan, at det indgår i den daglige drift eller i driftsmidler på landets hospitaler at kunne prioritere sådanne indsatser.

Et offentligt sundhedsvæsen skal kunne rumme alle. Også de grupper, der opfattes som marginaliserede. Den offentlige etos kaldes denne særlige samfundsmæssige forpligtelse til at løse opgaver i et offentligt solidarisk fællesskab. Det er opgaver, der ikke kan udsættes for produktivitetsfremmende og konkurrenceudsættende foranstaltninger. Derfor bør politikerne sørge for, at der er økonomiske midler til at løfte opgaven. Ikke puljemidler, men faste driftsmidler, som ikke forsvinder fra år til år.

Det er tankevækkende, at socialt udsatte sjældent giver andre skylden for deres situation. Faktisk er de ofte meget skamfulde omkring deres liv, og hvad de oplever som egen uformåenhed. Vores opfattelse er, at vi som samfund har et ansvar for at løfte noget af skammen fra de udsattes skuldre. Ligesom vi har et ansvar for at gøre, hvad vi kan for livskvalitet og sundhed hos alle. Det skal ikke være afhængigt af iværksætterier uden for sundhedsvæsenet. Det skal være en del af det etablerede sundhedsvæsen!