



19.12.18

Sårbarhed hos borgere med kronisk sygdom/multisygdom - Notat fra Arbejdsgruppen vedrørende patientrettet forebyggelse og kronisk sygdom vedrørende Sundhedsaftalens indsats 7

Baggrund

Arbejdsgruppen vedrørende patientrettet forebyggelse og kronisk sygdom har til opgave at arbejde med sundhedsaftalens indsats 7 - *"For at sikre at borgerne i højere grad tilbydes en indsats, der tager udgangspunkt i borgerens behov, ønsker og ressourcer, vil vi udvikle og implementere metoder til identificering af sårbarhed hos borgere med kronisk sygdom/multisygdom"*.

Arbejdsgruppen vedrørende patientrettet forebyggelse og kronisk sygdom har drøftet indsatsen og sårbarhedsbegrebet på flere møder og har inddraget eksterne oplægsholdere til belysning af temaet.

Det er i forbindelse med status på sundhedsaftalens indsatser blevet godkendt af DAS, at indsatsen redefineres, så der i stedet udarbejdes et sammenfattende notat om arbejdsgruppens overvejelser, som har ført til den konklusion, at der ikke kan peges på en definition eller på specifikke værktøjer i identifikationen og håndteringen af sårbarhed.

Sårbarhedsbegrebet

Der findes ikke en alment accepteret definition på sårbarhed eller klar afgrænsning af, hvem de sårbare patienter eller borgere er. I nogle sammenhænge bruges begrebet synonymt eller beslægtet med begreber som belastet, ressourcesvag, skrøbelig eller udsat. Det ses også, at forskellige begreber er brugt over tid, hvilket måske hænger sammen med både skiftende problemforståelser men også, at nogle begreber kommer til at opleves som stigmatiserende.

I denne sammenhæng omfatter sårbare borgere en meget bred gruppe, der er karakteriseret ved funktionsnedsættelser af mange forskellige årsager og af kortere eller længere varighed, ex. svær sygdom, multisygdom, psykiske lidelser, rusmiddelforbrug, ringe socioøkonomiske forhold, manglende netværk eller sproglige udfordringer. Det kan også være borgere, som professionelle oplever har ringe sygdomsindsigt og vanskeligt ved at yde egenomsorg og hensigtsmæssig adfærd i forbindelse med deres sygdom.

Sårbare patienter kan have øget risiko for tidlig sygdomsudvikling, for komplikationer i forbindelse med sygdom, for ikke at blive tilbudt eller at fravælge behandling og rehabilitering, for at miste tilknytningen til arbejdsmarkedet, og de kan have øget dødelighed sammenlignet med andre.

Det er ikke altid, de professionelle og borgerne har samme oplevelse af sårbarhed. Nogle borgere ser ikke sig selv som sårbar, selvom de professionelle vurderer, at de er det. En borger kan umiddelbart tilhøre en sårbar målgruppe og alligevel være i stand til at mobilisere ressourcer i sig selv eller i sit netværk som gør, at borgeren ikke opleves som sårbar af de professionelle.

Arbejdsgruppens konklusioner

- Det er ikke muligt entydigt at definere, hvem de sårbare borgere er. Derfor er det heller ikke muligt at pege på enkle metoder til identifikation af sårbarhed hos borgerne. I undersøgelsen "Hjertepatienters valg og fravalg af rehabilitering på hospitalet" (Region Hovedstaden 2016) blev det blandt andet konkluderet, at selv til det mere afgrænsede formål "at identificere sårbarhed ved en hjerterehabileringsamtale", var det ikke muligt at udvikle et egentligt værktøj. På trods af dette viste denne undersøgelse, at et rutineret personale er bevidst om, hvilke opmærksomhedspunkter der kan være udtryk for eventuel sårbarhed, og hvornår det i samtalen skal afklares, om der er behov for et individuelt tilrettelagt forløb. Der er i en vis grad overlap mellem begreberne sårbarhed og funktionsnedsættelse. Det kan derfor være relevant at anvende en systematisk metode til vurdering funktionsnedsættelse som ex. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) eller øvrige metoder.
- Det er ikke muligt at definere en specifik metode til, hvordan professionelle bedst muligt kan håndtere eller støtte borgere, der i perioder kan siges at være sårbare sammenlignet med andre borgere. Arbejdsgruppen vedrørende patientrettet forebyggelse og kronisk sygdom er enige om, at det afgørende er, at der er mulighed for individuelt tilpassede tilbud og forløb som en del af en helhedsorienteret indsats. Det indebærer, at der i alle sektorer skal være muligheder for at afsætte mere tid og prioritere kontinuitet i behandlerkontakten til de borgere, der har behov for det. Et godt forløb for sårbare borgere er mere ressourcekrævende end for andre borgere med en tilsvarende sygdom eller problematik.
- I kommunalt regi kan de afklarende samtaler for borgere med kronisk sygdom, der henvises til et forebyggelsestilbud, være en god indgang til at sikre et individuelt tilpasset forløb. I almen praksis kan egen læge sætte mere tid af til patienter med særlige behov.
- Arbejdsgruppen mener, at alle sundhedsmedarbejdere skal have en grundlæggende viden om sårbarhed og opmærksomhedspunkter for dette, som gør den sundhedsprofessionelle i stand til at se og til at støtte sårbare borgere, som man møder i eget regi. Det er imidlertid erfaringen, at de sårbare borgere stiller store krav til det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde. For eksempel er det ikke nødvendigvis de samme borgere, man opfatter som sårbare i de forskellige sektorer, og det kræver stor tillid til hinandens vurdering af borgerne og deres behov. Ligeledes kan sårbare borgere ofte gøre det nødvendigt med øget kommunikation på tværs af faggrupper og sektorer, og det kan opleves som vanskeligt og tidskrævende.

Arbejdsgruppens medlemmer stiller sig gerne til rådighed for uddybning af konklusionerne, herunder i forbindelse med initiativer i den kommende Sundhedsaftale.