



STATENS INSTITUT FOR
FOLKESUNDHED

Socialt udsattes møde med sundhedsvæsenet



RÅDET FOR
SOCIALT
UDSATTE

Socialt udsattes møde med sundhedsvæsenet

Pia Vivian Pedersen

Kolofon

Socialt udsattes møde med sundhedsvæsn

Pia Vivian Pedersen

Copyright © 2018
Statens Institut for Folkesundhed, SDU

Uddrag, herunder figurer og tabeller, er tilladt mod tydelig gengivelse.

Elektronisk udgave: 978-87-7899-440-0
Trykt udgave: 978-87-7899-439-4

Statens Institut for Folkesundhed, SDU
Stu

Rapporten kan bestilles gratis på www.udsatte.dk.

Rapporten kan downloades fra
www.sdu.dk/sif eller www.udsatte.dk

Forord

I 2007 iværksatte Rådet for Socialt Udsatte sammen med Statens Institut for Folkesundhed den første sundheds- og sygelighedsundersøgelse blandt socialt udsatte (SUSY UDSAT). Undersøgelsen dokumenterede en markant dårligere både fysisk og psykisk sundhed blandt socialt udsatte end hos resten af befolkningen.

I den første SUSY UDSAT indgik også en kvalitativ undersøgelse af blandt andet socialt udsattes møde med sundhedsvæsnets. Den undersøgelse dokumenterede, at mange socialt udsatte i sundhedsvæsnets bliver mødt med en nedladende tone eller mangelfuld, hvis ikke ligefrem nedværdigende, behandling. På baggrund af undersøgelsen kom Rådet med en række anbefalinger, heriblandt var en opprioritering af opsøgende indsatser samt mere personale med specifikke kompetencer i forhold til at forstå og tale de socialt udsattes sag i sundhedssammenhænge.

Her ti år efter er der gennemført en ny kvalitativ undersøgelse i forbindelse med SUSY UDSAT 2017. Denne rapport udgør den tredje og sidste del af SUSY UDSAT 2017 undersøgelserne. De to første undersøgelser viser, at mens overdødeligheden blandt socialt udsatte over tid er blevet mindre, har der ikke tilsvarende været en forbedring af socialt udsattes sundhedssituation generelt.

Indeværende rapport gør status på socialt udsattes egen opfattelse af deres sundhed, samt hvad der kendetegner socialt udsattes møde med sundhedsvæsnets. Undersøgelsen har til formål at bidrage til en mere nuanceret forståelse af, hvad der karakteriserer socialt udsattes møde og kontakt med egen læge, somatisk hospitalsvæsen, psykiatri og særlige sundhedstilbud målrettet socialt udsatte. Med den viden kan de ansvarlige udvikle indsatser, der gør sundhedsvæsnets mere tilgængeligt for socialt udsatte.

Rapporten henvender sig til sundhedsprofessionelle og andre fagprofessionelle samt til beslutningstagere, politikere og andre, der interesserer sig for social ulighed i sundhed og for socialt udsattes sundhed og trivsel.

Undersøgelsen er baseret på kvalitative interviews med socialt udsatte borgere og fagprofessionelle, der arbejder med socialt udsatte til dagligt, og på deltagerobservationer blandt socialt udsatte.

En særlig og stor tak skal lyde til undersøgelsens informanter og til kontaktpersonerne på forskellige herberger, botilbud og sygeplejeklinikker for deres hjælp og velvilje i forbindelse med gennemførelsen af undersøgelsen.

Tak til Fonden Ensomme Gamles Værn og Rådet for Socialt Udsatte, som har finansieret undersøgelsen.

Undersøgelsen er gennemført af forsker, ph.d. Pia Vivian Pedersen. En stor tak til professor, ph.d. Tine Tjørnhøj-Thomsen, som har bidraget med vigtig og konstruktiv sparring gennem hele projektet. Tak til forsker, ph.d. Nanna Ahlmark for review af rapporten og til kommunikationskonsulent Stig Krøger Andersen for korrekturlæsning.

December, 2018

Morten Grønbæk
Direktør
Statens Institut for Folkesundhed

Jann Sjursen
Formand
Rådet for Socialt Udsatte

Indhold

Sammenfatning	9
Formål og baggrund	17
Formål med undersøgelsen	17
Baggrund for undersøgelsen	17
Undersøgelsesspørgsmål	18
Hvad vil det sige at være socialt udsat?	19
Metode	21
Dataindsamlingsmetoder	21
Kvalitative interviews med socialt udsatte og sundhedsprofessionelle	21
Deltagerobservationer	22
Rekruttering af socialt udsatte til interviews og deltagerobservation	24
At interviewe socialt udsatte	25
Ethiske overvejelser	27
Analyseproces	27
Indledning til analysen	29
Socialt udsattes livssituation og helbred	31
De interviewede socialt udsatte	31
Socialt udsatte i interviewene med sundhedsprofessionelle	33
Fysisk og psykisk helbred	34
Opsamling: Socialt udsattes livssituation og helbred	40
Socialt udsattes møder med sundhedsvæsn	41
Diskrimination og stigmatisering	41
"Jeg venter, til jeg er så syg, så jeg bliver indlagt": Sporadisk eller manglende kontakt til det etablerede sundhedsvæsen	42
"Han er fremmed for mig": Kontakten til egen læge	43
Møder med det somatiske hospitalsvæsen	47
Positive oplevelser med det somatiske hospitalsvæsen	47
Negative oplevelser med det somatiske hospitalsvæsen	52
Mødet og samarbejdet med psykiatrien	64
"Det er faktisk lidt uhåndgribeligt, hvornår man er psykiatrisk patient": Det vanskelige samarbejde med psykiatrien og konsekvenserne for socialt udsatte	65
Strukturelle og kulturelle forhold i psykiatrien, der har betydning for socialt udsattes negative oplevelser	71
Erfaringer med psykiatrien blandt de interviewede socialt udsatte	81
Opsamling: Socialt udsattes møder med sundhedsvæsn	83
Det svære efterforløb	87
Opsamling: Det svære efterforløb	91
Sundhedskompetence og kulturel sundhedskapital	93

Begrebet sundhedskompetence.....	93
Begrebet kulturel sundhedskapital	94
Sundhedskompetence og social udsathed.....	95
"To verdener, der crasher": Kulturel sundhedskapital og social udsathed	101
Opsamling: Sundhedskompetence og kulturel sundhedskapital	107
"Vi skal være betingelsesløse og blive ved": Særlige sundhedstilbud til socialt udsatte ..	109
Omsorgs- og relationsarbejde	109
Tålmodighed, fleksibilitet og tilpasning	113
Følgeskab og formidling af borgerens livsfortælling.....	116
Koordinerings- og detektivarbejde.....	119
Koordinerings- og detektivarbejdet i kommunalt regi.....	121
Sygeplejersken som organisatorisk lim.....	123
Opsamling: "Vi skal være betingelsesløse og blive ved": Særlige sundhedstilbud til socialt udsatte	124
Læringspunkter.....	127
Litteratur	131

Sammenfatning

Denne rapport præsenterer resultaterne af en undersøgelse af socialt udsattes møde med sundhedsvæsnen. Undersøgelsens formål er at bidrage til en mere omfattende forståelse af, hvad der karakteriserer socialt udsattes møde og oplevelser med praktiserende læge, somatisk hospitalsvæsen, psykiatri og særlige sundhedstilbud målrettet socialt udsatte. Dette belyses fra to forskellige perspektiver; dels fra socialt udsatte borgeres eget perspektiv og dels fra et fagprofessionelt perspektiv.

Social udsathed dækker i denne undersøgelse over en livssituation, der er kendetegnet ved en kompleks sammensætning og ophobning af sociale og sundhedsmæssige problemer. Det kan eksempelvis være mennesker, der lever i hjemløshed eller langvarig fattigdom, har et rusmiddelmisbrug eller en sindslidelse – eller måske mere typisk: mennesker, der er udsat for flere af disse forhold samtidigt.

De fagprofessionelle, der indgår i undersøgelsen, omfatter primært sundhedsprofessionelle, som arbejder med socialt udsatte til dagligt, og som er ansat i særlige sundhedstilbud målrettet socialt udsatte – eksempelvis gadesygeplejersker, socialsygeplejersker og herbergssygeplejersker. Enkelte har en anden uddannelsesmæssig baggrund. I det følgende betegnes denne gruppe samlet som 'sundhedsprofessionelle'.

Undersøgelsen er baseret på kvalitative interviews med henholdsvis socialt udsatte og sundhedsprofessionelle samt deltagerobservationer foretaget i forskellige miljøer, i hvilke socialt udsatte bor eller færdes i det daglige. Der er gennemført i alt 15 kvalitative interviews med 17 socialt udsatte borgere, 12 kvalitative interviews med 18 sundhedsprofessionelle og syv uformelle samtaleinterviews i forbindelse med deltagerobservationerne.

Undersøgelsens fund præsenteres i fem temaer, som hver især og tilsammen bidrager til en øget forståelse af, hvad der kendetegner socialt udsattes møde og kontakt med sundhedsvæsnen:

1. Socialt udsattes livssituation og helbred
2. Socialt udsattes møder med sundhedsvæsnen
3. Det svære efterforløb
4. Sundhedskompetence og kulturel sundhedskapital
5. "Vi skal være betingelsesløse og blive ved": Særlige sundhedstilbud til socialt udsatte

I det følgende præsenteres undersøgelsens hovedfund.

Socialt udsattes livssituation og helbred

Dette tema beskriver livssituationen og det fysiske og psykiske helbred for de socialt udsatte, som indgår i undersøgelsen. Interviewene afspejler stor diversitet og kompleksitet i den sociale udsathed, og dét at være socialt udsat dækker således over vidt forskellige livssituationer og vidt forskel-

lige sociale, fysiske og psykiske problemstillinger. Interviewene viser dog også nogle fællestræk i de socialt udsattes livsbetingelser og i omfanget og karakteren af deres helbredsmæssige udfordringer. Helbredstilstanden blandt de socialt udsatte, der indgår i undersøgelsen, er generelt dårlig og stærkt knyttet til den socialt udsattes øvrige livssituation og livsbetingelser, i form af eksempelvis hjemløshed, et liv på gaden, misbrug og dårlige opvækstvilkår præget af vold, misbrug og omsorgssvigt. Helbredet bærer således præg af at have levet som socialt udsat på en sådan måde, at et dårligt helbred synes at være en fast følgesvend og et grundvilkår ved livet som socialt udsat.

Specifikke sygdomme og helbredsproblemer, der går igen i interviewene, omfatter blandt andet (i vilkårlig rækkefølge) KOL, astmatisk bronkitis, tuberkulose, HIV, kræft, leversygdom, hjertesygdom, nervesygdom, lungekollaps, betændelse i bugspytkirtel, mavesår, væske i bughulen, muskelskeletlidelser, smerter i kroppen generelt, hudlidelser, rosen, venøs insufficiens, bensår, skinnbenssår, fixeskader, lymfødem, blodpropper, hjerneblødning, ADHD, PTSD, angst, depression, psykoser og skizofrene sindslidelser.

De interviewede socialt udsatte mærker dagligt konsekvenserne af deres dårlige helbredstilstand i form af smerter, isolation og bekymringer for fremtiden. Interviewene vidner imidlertid også om en stærk overlevelsessevne og udholdenhed blandt socialt udsatte på trods af en mangfoldighed af helbredsproblemer og sygdomme. Nogle socialt udsatte oplever da også en forbedring af helbredstilstanden som følge af deres misbrugsophør. Dette understreger vigtigheden af at forstå social udsathed som en flerdimensionel proces, hvor den socialt udsatte også kan nærme sig en højere grad af inklusion på nogle områder, fx i form af et forbedret helbred.

Socialt udsattes møder med sundhedsvæsnets

Dette tema fokuserer på socialt udsattes forskellige møder med sundhedsvæsnets og på deres oplevelser af diskrimination og stigmatisering i disse møder. Overordnet set viser undersøgelsen ikke tegn på, at der foregår en *systematisk, intentionel* diskrimination og stigmatisering af socialt udsatte i sundhedsvæsnets. Men undersøgelsen dokumenterer dog, hvordan nogle socialt udsatte i deres møde med sundhedsvæsnets oplever situationer, hvor de udsættes for stemping, stereotypificering, stigmatisering og diskrimination.

Det er et vigtigt fund i undersøgelsen, at nogle socialt udsatte kun meget sjældent og i akutte situationer, eller måske slet ikke, bruger eller *møder* 'det etablerede' sundhedsvæsnets. De bruger i stedet primært de særlige sundhedstilbud til socialt udsatte.

Mødet med egen praktiserende læge

For socialt udsatte har den praktiserende læge ikke samme vigtige rolle som indgang til det etablerede sundhedsvæsnets som i den øvrige befolkning. De interviewede socialt udsatte har generelt en meget sporadisk eller slet ingen kontakt til egen læge. Nogle fravælger at bruge den praktiserende læge af økonomiske eller praktiske grunde, fordi de selv skal bestille tid og selv skal betale for eventuel medicin. I stedet bruger nogle de særlige sygeplejeklinikker målrettet socialt udsatte, hvor der ikke er krav om tidsbestilling, og hvor der udleveres gratis medicin (i et vist omfang). En stabil relation til egen læge vanskeliggøres yderligere af socialt udsattes til tider kaotiske og omskiftelige tilværelse, hvor nogle flytter ofte og derfor er nødsaget til at skifte læge ofte.

De socialt udsatte informanter oplever generelt egen læge som en fremmed, der mangler forståelse for, og indlevelse i, de levevilkår og den sociale udsathed, der kendetegner deres liv. Flere beretter om situationer, hvor den praktiserende læge ikke har taget deres interesse og bekymring for eget helbred alvorlig og har udskrevet medicin uden at undersøge borgeren nærmere. Nogle savner en mere forståelig kommunikation fra lægens side og efterspørger endvidere mere konkret og opsøgende hjælp fra den praktiserende læge, eksempelvis til at forstå breve fra hospitalet. Den generelle erfaring blandt de interviewede socialt udsatte og sundhedsprofessionelle er, at tilstedeværelsen af en bisidder – som fx en gadesygeplejerske – bidrager til at styrke relationen mellem den socialt udsatte og den praktiserende læge og til at skabe en mere stabil kontakt til den praktiserende læge. Undersøgelsen viser imidlertid også, at stabiliteten i høj grad synes at være oppebåret af sygeplejerskernes vedholdende fod- og forhandlingsarbejde, hvor de varetager al kontakt med lægen, mægler mellem lægen og borgeren og får skabt en realistisk plan for fx behandling og medicin.

Mødet med somatisk hospitalsvæsen

I forhold til mødet med det somatiske hospitalsvæsen viser undersøgelsen, at nogle socialt udsatte har positive oplevelser og udtrykker stor tilfredshed og taknemmelig i forhold til den behandling, de har fået i det somatiske hospitalsvæsen. Det er karakteristisk for den positive opfattelse af hospitalsvæsnets, at enkeltstående 'fejl og mangler' i personalets information og behandling, og enkeltstående, negative situationer, ikke påvirker eller overskygger informanternes generelle, positive opfattelse af hospitalsvæsnets. De positive oplevelser er endvidere forbundet med stor forståelse for hospitalets personalets arbejdsvilkår og travlhed. Derudover er det karakteristisk for de informanter, der har positive oplevelser med hospitalsvæsnets, at de ikke har følt sig stigmatiseret eller diskrimineret på grund af deres misbrug og sociale udsathed. Endelig viser undersøgelsen, at de positive oplevelser med hospitalsvæsnets typisk fordrer, at hospitalets personale udviser en høj grad af fleksibilitet og kreativitet, og tilpasser forløbet til den socialt udsatte patients særlige situation. En vigtig pointe i forhold til hospitalsvæsnets fleksibilitet og tilpasning af forløbene til socialt udsatte patienter er, at dette ofte sker med hjælp fra eksempelvis socialsygeplejersker, gadesygeplejersker eller lignende. Som det er tilfældet med forhandlingerne med praktiserende læge, spiller sygeplejerskerne i de særlige sundhedstilbud til socialt udsatte således også en central rolle i forbindelse med forløb i hospitalsregi.

Socialt udsattes negative oplevelser med det somatiske hospitalsvæsen dækker over følelsen af at blive ignoreret, ikke at blive undersøgt grundigt nok, ikke blive taget alvorligt og ikke blive lyttet til af hospitalets personale. Mere grundlæggende handler det om, at de interviewede socialt udsatte har følt sig stempet, stereotypificeret og diskrimineret på baggrund af deres sociale udsathed, misbrug, udseende, væremåde og tilhørssted. Undersøgelsen viser en overordnet tendens til, at det især er mennesker med et stofmisbrug, der har negative oplevelser med hospitalsvæsnets og føler sig forskelsbehandlet.

Både de interviewede socialt udsatte og de sundhedsprofessionelle kommer med mulige forklaringer på baggrunden for socialt udsattes negative oplevelser med hospitalsvæsnets. Begge grupper fremhæver, at oplevelserne af diskrimination og stigmatisering kan hænge sammen med den socialt udsattes indstilling og deres ofte anderledes attitude og væremåde. Derudover har relationen til hospitalets personale, hvorvidt der er god kemi mellem patienten og personalet, og hvorvidt hospitalets personale formår at håndtere målgruppen, stor betydning for mødet med hospitalsvæsnets.

Nogle socialt udsatte informanter påpeger, at udsatte menneskers anderledes adfærd ofte beror på tidligere oplevede svigt. Gentagne oplevelser af at blive svigtet og nedgjort gennem livet (oplevelser af *social defeat*) har således påvirket socialt udsattes måde at møde andre på og troen på, at nogen vil dem det godt, og derfor opfører de sig nogle gange anderledes, har svært ved at vente, forlader hospitalet før tid eller taler i en hård tone.

Undersøgelsen viser endvidere, at der ifølge flere sundhedsprofessionelle er sket en positiv udvikling i forhold til holdningen til socialt udsatte i hospitalsvæsnet. Flere sundhedsprofessionelle oplever en anden og forbedret holdning til, og forståelse for, 'målgruppen' nu end tidligere. De sundhedsprofessionelle påpeger dog også, at socialt udsatte fortsat udsættes for personbåret diskrimination og stigmatisering på trods af en overordnet oplevelse af en forbedret holdning til socialt udsatte. Nogle hospitalsansatte kan således lide målgruppen af socialt udsatte og kan håndtere dem – andre kan ikke.

Undersøgelsen af socialt udsattes negative oplevelser med det somatiske hospitalsvæsen viser, at der også synes at finde en mere indirekte og strukturel diskrimination sted. Strukturelle forhold, såsom sundhedsvæsnets organisering, hospitalsvæsnets specialisering, fragmentering og manglende omsorg og blik for det hele menneske, samt hospitalspersonalets pressede arbejdsbetingelser bidrager til en øget diskrimination og stigmatisering af socialt udsatte. Selvom disse strukturelle forhold gælder for hele befolkningen, rammer de den socialt udsatte patient særligt hårdt.

Mødet og samarbejdet med psykiatrien

I forhold til mødet med psykiatrien viser undersøgelsen, at socialt udsatte – ifølge de sundhedsprofessionelle – ikke får den hjælp, de burde og har krav på i det psykiatriske system. De sundhedsprofessionelle har mange negative erfaringer med at samarbejde med psykiatrien omkring socialt udsatte borgere. De oplever således, at det er vanskeligt at få udrett socialt udsatte patienter i psykiatrien, at socialt udsatte udskrives for hurtigt, og at de ofte ender i langstrakte 'systemforløb', hvor de rundsendes mellem psykiatri, somatik og misbrugsbehandling. Dette gælder især for socialt udsatte med et misbrug og med en dobbeltdiagnoseproblematik. Det er endvidere de sundhedsprofessionelles erfaring, at nogle socialt udsatte patienter ingen hjælp får af psykiatrien, fordi de bliver afvist af den psykiatriske akutmodtagelse eller ikke bliver indlagt. Dette gælder især nogle af de allermost socialt udsatte, fx udsatte med en dobbeltdiagnose eller socialt udsatte med psykoser. Sådanne oplevelser, hvor selv meget syge borgere afvises af psykiatrien, gør det u håndgribeligt for de sundhedsprofessionelle at forstå, hvad der kræves, for at man bliver psykiatrisk patient.

De sundhedsprofessionelle beskriver endvidere en række strukturelle og kulturelle forhold, som har betydning for socialt udsattes negative oplevelser med psykiatrien:

1. Adskillelsen af psykiatri og misbrug. De sundhedsprofessionelle beskriver en generel afstandtagen til at udrede og behandle socialt udsatte med et misbrug i psykiatrien, som er relateret til adskillelsen af den psykiatriske behandling i regionalt regi og misbrugsbehandlingen i kommunalt regi. De sundhedsprofessionelle kritiserer denne adskillelse og den markante mangel på samarbejde mellem de to instanser. Psykiatriens afstandtagen til misbrug kommer til udtryk gennem en manglende interesse og forståelse for, samt viden om, dels målgruppen af socialt udsatte med et misbrug, dels rusmiddelmisbrug og dels brugen af rusmidler som en slags selvmedicinering.

2. Fagprofessionelle spændinger. Medarbejderne i de særlige tilbud til socialt udsatte oplever desuden en manglende lydhørhed og anerkendelse af den viden og faglighed, som de besidder, fra personalet i psykiatrien.
3. Psykiatriens pressede, strukturelle vilkår og manglen på længerevarende hjælp og behandlingstilbud til svært syge og udsatte mennesker.

Disse forhold komplicerer tilsammen og hver for sig de sundhedsprofessionelles samarbejde med psykiatrien omkring socialt udsatte borgere og har mærkbare konsekvenser for de implicerede udsatte borgere.

Samme udprægede negative erfaring med psykiatrien genfindes ikke i interviewene med socialt udsatte. I alt fire af de 17 socialt udsatte informanter fortæller, at de på et tidspunkt i deres liv har haft kontakt til psykiatrien, og tre af disse informanter beskriver mødet med psykiatrien som positivt. For dem var den psykiatriske indlæggelse forbundet med ro, struktur og stabil medicinsk behandling – i modsætning til deres livssituation i øvrigt.

Medicin

Undersøgelsen viser desuden, at omkostninger til medicin udgør en stor udfordring for socialt udsatte, hvilket ofte betyder, at medicinen prioriteres fra til fordel for øvrige udgifter som fx mad, husleje, alkohol og stoffer. For nogle bidrager nedprioriteringen af medicin til et øget misbrug, hvor rusmidlerne bruges som selvmedicinering til at dulme fysiske og psykiske smerter – og dermed til en potentiel fastholdelse i, eller forværring af, en socialt udsat position.

Det svære efterforløb

Efterforløbet efter en indlæggelse eller alvorlig sygdom bærer for nogle socialt udsatte præg af at være skrøbeligt og vanskeligt, fordi den socialt udsatte ofte stadig er meget syg, og fordi det netværk, som man almindeligvis vil ty til i forbindelse med sygdom, for den socialt udsatte ofte er stærkt begrænset og sårbart. De, i efterforløbet, få tilstedeværende pårørende og venner er således ofte selv socialt udsatte, hvis tilværelse også er præget af misbrug og kaos. Dette vanskeliggør og forlænger den syge socialt udsattes restitution og mulighed for at komme sig.

Andre socialt udsatte udtrykker stærke bekymringer for fremtidige svære efterforløb. Her er der tale om, at de socialt udsatte på forhånd er bekymrede og stressede over den uvisse fremtid, for eksempel i forhold til, hvor de kan komme sig efter en operation; hvad der skal blive af dem, og hvem der skal passe på dem, hvis de bliver sat ud af det herberg, hvor de bor; eller hvordan de skal klare sig, når sygdommen har forårsaget et øget behov for smertelindring samtidig med, at de ikke længere er i stand til at begå sig og skaffe stoffer på gaden. Undersøgelsen peger dermed på vigtigheden af at sikre en bedre og mere grundig information fra hospitalets side om den udsatte patients muligheder i efterforløbet – eksempelvis om muligheden for at blive henvist til et plejeophold for socialt udsatte. Undersøgelsen peger også på nødvendigheden af at sikre en tilstrækkelig smertelindring i efterforløbet for socialt udsatte med et misbrug.

Sundhedskompetence og kulturel sundhedskapital

Dette tema belyser og nuancerer forståelsen af socialt udsattes møde med sundhedsvæsnets brug af to teoretiske begreber – sundhedskompetence og kulturel sundhedskapital. Begrebet sundhedskompetence refererer til menneskers evne til at tilegne sig og forstå viden om sundhed, at vurdere den tilegnede viden og til at handle på viden om sundhed – og hermed menneskers evne til at tage vare på eget helbred. Kulturel sundhedskapital defineres som et sæt af kulturelle færdigheder, verbale og nonverbale kompetencer, og en indstilling, væremåde og kommunikativ stil, som mobiliseres af både patienter og sundhedspersonalet i sundhedsvæsnets, og som kan påvirke interaktionen positivt eller negativt. I undersøgelsen bidrager begrebet sundhedskompetence til at forstå socialt udsattes vanskeligheder ved at tage hånd om eget helbred og ved at navigere i sundhedsvæsnets, mens kulturel sundhedskapital nuancerer forståelsen af, hvorfor mødet mellem den socialt udsatte patient og personalet i sundhedsvæsnets nogle gange ender som en negativ oplevelse.

Sundhedskompetence og social udsathed

Undersøgelsen viser, at nogle socialt udsatte informanter besidder en forholdsvis lav grad af sundhedskompetence, hvilket kommer til udtryk ved, at de ikke magter at tage hånd om og ansvar for eget helbred; at de har svært ved at navigere i sundhedsvæsnets og svært ved at forstå lægens beskeder, samt at de har overladt store dele af ansvaret for eget helbred til sygeplejerskerne i de særlige sundhedstilbud målrettet socialt udsatte. Sygeplejerskerne er således af afgørende betydning for informanternes kontakt til det etablerede sundhedsvæsen – de står for al kontakt med sundhedsvæsnets, holder styr på alle aftaler, agerer bisidder ved samtaler og undersøgelser og fungerer som 'oversætter' mellem den socialt udsatte patient og sundhedspersonalet.

Mange socialt udsatte har ikke eller bruger ikke aktivt e-boks og nemID, og kan derved siges at mangle digitale kompetencer. De er således 'digitalt bagud' i forhold til deres forudsætninger for at kunne bruge og navigere i sundhedsvæsnets. Nogle informanter modtager informationer fra sundhedsvæsnets i brevform, mens andre har indgået administrationsaftaler med sygeplejerskerne i de særlige tilbud eller med herbergspersonalet og har givet dem adgang til deres e-boks og nemID. Interviewene og deltagerobservationerne har desuden givet indsigt i, hvordan flere informanter bruger en opslagstavle som et konkret redskab til at holde styr på vigtige papirer og aftaler.

Kulturel sundhedskapital og social udsathed

Ved brug af det teoretiske begreb om kulturel sundhedskapital bliver det tydeligt, hvorfor mødet mellem den socialt udsatte patient og sundhedspersonalet i sundhedsvæsnets nogle gange går skævt og i stedet skaber ulighed og ulige behandling. På den ene side kan mødet blive påvirket negativt af den socialt udsatte patients anderledes og afvigende væremåde på hospitalet; dennes manglende kulturelle og sociale kompetencer til at tilpasse sig hospitalsverdenen og til at mobilisere de 'rette' (fra et medicinsk, sundhedsprofessionelt perspektiv) ressourcer. På den anden side kan mødet blive påvirket negativt af hospitalspersonalets manglende evne til at imødekomme, forme og fremme den socialt udsatte patients kulturelle sundhedskapital. Den sociale ulighed i adgangen til, og tilfredsheden med, sundhedsvæsnets behandling og pleje, som mødet mellem patienten og sundhedspersonalet kan afstedkomme, handler således om 'to verdener, der crasher', som en sygeplejerske udtrykker det. Undersøgelsen peger desuden på, at nogle socialt udsatte mangler viden om, hvad de kan kræve i og af sundhedsvæsnets, hvilket bidrager til at øge den sociale ulighed i adgangen til sundhedsvæsnets ydelser – og på et analytisk plan bidrager til at illu-

strere deres vanskeligheder ved at mobilisere en brugbar kulturel sundhedskapital. Endelig nuancerer undersøgelsen også forståelsen af, hvorfor socialt udsatte nogle gange bevidst undlader at bruge det etablerede sundhedsvæsen. Én mulig forklaring kan være, at mange socialt udsatte fuldt ud er klar over deres anderledeshed og manglende mulighed for at mobilisere de rette kompetencer, men at de ikke (altid) magter at blive konfronteret med denne sårbarhed og anderledeshed, som det er tilfældet, når de møder sundhedsvæsnets. Som en sygeplejerske udtrykker det, har socialt udsatte således ikke altid overskud til at være i deres egen sårbarhed.

”Vi skal være betingelsesløse og blive ved”: Særlige sundhedstilbud til socialt udsatte

Dette tema fokuserer på arbejdet i de særlige sundhedstilbud til socialt udsatte og beskriver nogle centrale karakteristika ved det arbejde, som gadesygeplejersker, socialsygeplejersker og andre udfører for og med socialt udsatte. Kapitlet stiller skarpt på tre væsentlige aspekter ved sygeplejerskernes arbejde: Deres omsorgs- og relationsarbejde, deres følgeskab og formidling af den udsatte borgers livsfortælling samt deres koordinerings- og detektivarbejde.

Omsorgs- og relationsarbejde

Omsorgs- og relationsarbejdet indebærer blandt andet at lytte til borgeren og tage borgeren alvorligt, at tage udgangspunkt i borgerens ønsker, være tilgængelig, yde generel omsorg og støtte og at være betingelsesløs og vedholdende. Omsorgsarbejdet i de særlige tilbud omfatter også helt basale, lavpraktiske gerninger som at sikre, at udsatte borgere får mad, et bad og rent tøj. Derudover handler omsorgs- og relationsarbejdet, og arbejdet i de særlige tilbud mere generelt, også om at udvise tålmodighed og fleksibilitet og om at tilpasse arbejdet til borgerens situation. Omsorgs- og relationsarbejdet er afgørende for at opnå kontakt med den socialt udsatte borger og for at opbygge og vedligeholde en god relation til borgeren og er desuden en forudsætning for at kunne arbejde med borgerens sundhed og helbred. Gennem dette omsorgs- og relationsarbejde kommer sygeplejersken til at spille en afgørende rolle som nøgleperson i den udsatte borgers liv.

Følgeskab og formidling af borgerens livsfortælling

Et andet centralt aspekt ved arbejdet i de særlige sundhedstilbud til socialt udsatte er sygeplejerskernes følgeskab – deres ledsager- og bisidderrolle – når socialt udsatte borgere er i kontakt med sundhedsvæsnets, og deres rolle som formidlere af borgernes livsfortælling til sundhedspersonalet. Følgeskabet til læge og hospital er både med til at sikre en overlevering af relevant information vedrørende borgerens helbred og eventuel behandling og til at mindske udsatte borgers oplevelser med stigmatisering og diskrimination. Som ledsager og bisidder spiller sygeplejerskerne ydermere en central rolle i forhold til at sammenstykke og formidle borgerens livsfortælling til personalet i det etablerede sundhedsvæsen. Gennem denne formidling af borgerens historie opnås en højere grad af empati og forståelse for borgerens situation og en højere grad af fleksibilitet fra personalets side.

Koordinerings- og detektivarbejde

Et tredje karakteristisk træk ved sygeplejerskernes arbejde er et omfattende og tidskrævende koordinerings- og detektivarbejde, der helt konkret består i at ringe rundt til kommuner, herberger, banker, boligforeninger m.m. og foretage research på den socialt udsatte borgers fortid og fremtid. Koordinerings- og detektivarbejdet pågår blandt andet i forbindelse med den udsatte borgers udskrivelse fra et hospital i forhold til at finde ud af, hvem der kan hjælpe borgeren og løfte ’opgaven’

efterfølgende. Det pågår også i de tilfælde, hvor den socialt udsatte borger vælger at forlade hospitalet før tid, og hvor sygeplejerskerne forsøger at følge op på borgerens situation og sikre en fremadrettet hjælp. For de sygeplejersker, som er ansat uden for hospitalsregi, fx gadesygeplejersker, består koordineringsarbejdet derudover også i at samle og skabe sammenhæng mellem de ofte mange forskellige professionelle, der spiller en rolle i borgerens liv. Sygeplejerskerne bliver derved en slags organisatorisk lim, som en informant beskriver det.

Koordinerings- og detektivarbejdet i og med kommunerne er særligt udfordrende og energi- og tidskrævende, fordi den kommunale organisering ikke matcher den udsatte borgers komplekse problemstillinger. Sygeplejerskerne efterspørger i den forbindelse dels et samlet kommunalt tilbud til socialt udsatte i form af fx en koordinator med overblik over kommunens tilbud til socialt udsatte og dels adgang til socialrådgiverbistand på hospitalerne.

I rapportens afsluttende kapitel præsenteres de vigtigste læringspunkter i forhold til at forstå, hvad der karakteriserer socialt udsattes møde med sundhedsvæsnets og de udfordringer, der knytter sig hertil.

Formål og baggrund

Formål med undersøgelsen

Denne rapport præsenterer resultaterne af en kvalitativ og eksplorativ undersøgelse af socialt udsattes møde med sundhedsvæsnets. Det overordnede formål med undersøgelsen er at opnå en større forståelse af, hvad der karakteriserer socialt udsattes møde og kontakt med sundhedsvæsnets. Dette belyses fra to forskellige perspektiver; dels fra socialt udsatte borgeres eget perspektiv og dels fra et fagprofessionelt perspektiv.

Betegnelsen 'socialt udsat' dækker i denne undersøgelse over mennesker, hvis livssituation er kendetegnet ved en kompleks sammensætning og ophobning af sociale og sundhedsmæssige problemer. Det er eksempelvis mennesker, der lever i hjemløshed eller langvarig fattigdom, har et rusmiddelmisbrug eller en sindslidelse – eller måske mere typisk: mennesker, som er udsat for flere af disse forhold samtidigt.

De interviewede fagprofessionelle omfatter primært sundhedsprofessionelle, som arbejder med socialt udsatte til dagligt, og som er ansat i særlige sundhedstilbud målrettet socialt udsatte – eksempelvis gadesygeplejersker, socialsygeplejersker og herbergssygeplejersker. Langt hovedparten af de interviewede fagprofessionelle er sundhedsprofessionelle, mens enkelte har en anden fagprofession og uddannelsesmæssig baggrund. For læsevenlighedens skyld betegner jeg fremover gruppen af interviewede fagprofessionelle som 'sundhedsprofessionelle'.

Undersøgelsen er tilrettelagt som en dybdegående interviewundersøgelse, hvor jeg med udgangspunkt i socialt udsattes og sundhedsprofessionelles fortællinger og perspektiver har ønsket at opnå en dybere indsigt i socialt udsatte borgeres oplevelser med sundhedsvæsnets og i de udfordringer, der knytter sig hertil.

Sundhedsvæsnets dækker i denne sammenhæng praktiserende læge, somatisk hospitalsvæsen og psykiatri. Herudover belyser jeg også brugen og betydningen af de særlige sundhedstilbud målrettet socialt udsatte, forstået som eksempelvis socialsygeplejen i somatisk hospitalsregi, sygeplejeklinikker på herberger og opsøgende sundhedsindsatser som fx gadesygeplejersker. Hvor det er relevant, skelner jeg mellem 'det etablerede sundhedsvæsen' (forstået som praktiserende læge, somatisk hospitalsvæsen og psykiatri) og de særlige sundhedstilbud til socialt udsatte.

Baggrund for undersøgelsen

Undersøgelser peger på, at socialt udsatte borgere i deres møde og kontakt med sundhedsvæsnets kan opleve at blive mødt med en hård og nedladende tone, mistillid, mistro og manglende imødekommenhed (Pedersen 2009, Ludvigsen og Brúnés 2013, Hjelmar, Mikkelsen og Pedersen 2014). Socialt udsatte fortæller om følelsen af ikke at blive taget alvorligt af sundhedspersonalet, at føle sig anderledes og følelsen af at blive svigtet af systemet, eksempelvis i forhold til smertelindring eller for tidlig udskrivning (Pedersen 2009). Disse tidligere undersøgelser har således identificeret

en række udfordringer i socialt udsattes møde med sundhedsvæsnen, men har ikke haft dette tema som det primære undersøgelsesfokus. Der mangler derfor mere tilbunds gående viden om, hvordan socialt udsatte oplever mødet og kontakten med sundhedsvæsnen.

I de senere år er der iværksat forskellige initiativer med henblik på at forbedre socialt udsattes kontakt med sundhedsvæsnen. Et eksempel er Rådet for Socialt Udsattes anbefaling om at formulere fælles værdier i den sociale og sundhedsmæssige indsats for socialt udsatte. Dette resulterede i, at Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og Social- og Integrationsministeriet sammen udgav rapporten 'Fælles værdier i det sociale og sundhedsmæssige arbejde med socialt udsatte' (Juul og Riiskjær 2012). Et andet eksempel er udbredelsen af socialsygeplejen, der har til formål at støtte og forbedre kontakten med sundhedsvæsnen for mennesker med et stofmisbrug (Ludvigsen og Brünés 2013). Et tredje eksempel er Sociolancen, som er et køretøj, der er bemanded med både en socialfaglig og en sundhedsfaglig medarbejder. Formålet med Sociolancen er at øge kvaliteten i den opsøgende og forebyggende indsats for socialt udsatte borgere i Københavns Kommune, at aflaste det præhospitale beredskab samt at øge patientsikkerheden for socialt udsatte (Ersbøll et al. 2017). Et fjerde eksempel er en række kommunale, opsøgende sundhedsprojekter rettet mod samfundets mest udsatte borgere, som Socialstyrelsen iværksatte fra 2010-2014. De opsøgende sundhedsprojekter havde blandt andet til formål at sikre en bedre brobygning til det øvrige sundhedsvæsen samt at opnå en højere grad af forståelse og imødekommenhed over for udsatte borgere fra de sundhedsprofessionelles side. Dette blev eksempelvis forsøgt opnået gennem projektmedarbejdernes funktion som ledsager, bisidder og tovholder for de deltagende udsatte borgere i deres møde og kontakt med sundhedsvæsnen. Evalueringen af de opsøgende sundhedsindsatser viste imidlertid, at der i projektperioden overordnet set ikke skete forbedringer i udsatte borgeres oplevelse af imødekommenhed og forståelse i sundhedssystemet (Hjelmar, Mikkelsen og Pedersen 2014). Evalueringen viste således, at socialt udsatte borgeres oplevelser af at blive mødt på en nedladende og nedværdigende måde i sundhedsvæsnen fortsat udgør en væsentlig udfordring (ibid.). Gennem en analyse af henholdsvis socialt udsattes og sundhedsprofessionelles fortællinger og perspektiver, ønsker jeg i denne undersøgelse at opnå en dybere indsigt i, hvad der mere præcist karakteriserer mødet mellem den udsatte borger og sundhedsvæsnen, og de udfordringer, det bringer med sig.

Undersøgelsesspørgsmål

Følgende undersøgelsesspørgsmål har dannet ramme om undersøgelsen:

- Hvilke erfaringer har socialt udsatte med forskellige dele af sundhedsvæsnen, fx egen læge, hospitalsvæsen, psykiatri og særlige sundhedstilbud målrettet socialt udsatte?
- Føler socialt udsatte sig diskrimineret i sundhedsvæsnen? Hvordan? Hvordan føler de sig taget imod og behandlet i sundhedsvæsnen?
- Hvordan oplever socialt udsatte kommunikationen med forskellige sundhedsprofessionelle?
- Hvad karakteriserer socialt udsattes møde med det etablerede sundhedsvæsen ifølge de sundhedsprofessionelle, der er ansat i særlige tilbud til socialt udsatte?
- Hvilke behov for forbedringer i forhold til mødet med den udsatte patient ser henholdsvis socialt udsatte og de sundhedsprofessionelle, der er ansat i særlige tilbud til socialt udsatte?

Hvad vil det sige at være socialt udsat?

Social udsathed er et flydende begreb, der ikke er klart afgrænset eller let defineret. Betegnelsen dækker over mange forskellige livssituationer og typer af sociale problemer og knytter an til fænomener som social sårbarhed, social udstødelse og social eksklusion (Ahlmark et al. 2018, Christensen og Larsen 2012). Social udsathed er karakteriseret ved at være en proces. Dét at blive socialt ekskluderet finder ikke sted fra den ene dag til den anden, men over tid (ibid.). Sociologen Jørgen Elm Larsen (2009) bruger begrebet stiafhængighed til at belyse, hvordan processer på både mikro-, meso- og makroniveau skaber nogle betingelser og processer, som leder socialt sårbare til at betræde nogle bestemte stier gennem livet. Stiafhængighed angiver dermed, hvordan tidligere livsomstændigheder i form af opvækstvilkår, skolegang, erhvervsuddannelse, familiedannelse, arbejdsmarkedsdeltagelse m.m. spiller ind på individets nuværende livsomstændigheder. Stiafhængighed bidrager til at forstå: 1) de risici for levkårs-mæssig marginalisering, der kan følge af at være opvokset under socialt belastende (familie)forhold; 2) de risici for levkårs-mæssig marginalisering, der er forbundet med en lang række af sociale begivenheder over livsforløbet, og som ikke nødvendigvis har sin oprindelse i barndommen – fx alkoholisme, sindslidelse, langvarig sygdom, alvorlige ulykker; og 3) de risici for levkårs-mæssig marginalisering, der kan være et resultat af éns placering i økonomiske, sociale og kulturelle hierarkier (Larsen 2009).

Betegnelsen social udsathed rummer også forskellige grader af social eksklusion og marginalisering; fra mennesker, som på grund af sociale udfordringer er i overhængende risiko for at blive ekskluderet af samfundsfællesskabet, til mennesker, som mere vedvarende lever et liv helt uden for samfundsfællesskabet, eksempelvis som hjemløs flaskesamler eller tigger på gaden (Rådet for Socialt Udsatte 2017). Mange bevæger sig desuden mellem forskellige grader af social udsathed i forskellige faser af deres liv. At være socialt udsat indebærer, ifølge Rådet for Socialt Udsatte, ofte at være i risiko for stigmatisering, diskrimination, udstødelse og personlig deroute; det refererer til mennesker, som lever et liv, som de fleste ikke forstår eller vil betegne som et godt liv (ibid.).

Ofte afgrænses socialt udsatte til mennesker, der for eksempel lever i hjemløshed, rusmiddelmisbrug, prostitution, langvarig fattigdom eller er sindslidende. Denne kategorisering kan imidlertid ikke indfange den komplekse sammensætning af flere problemer, som social udsathed oftest indebærer, eller de processer og omstændigheder, der producerer den sociale udsathed. Samtidig er det ikke alle mennesker med eksempelvis et stofmisbrug, en sindslidelse, eller som lever i langvarig fattigdom, som er socialt udsatte. Selvom mennesker, der lever under disse vilkår, er i større risiko for at blive socialt ekskluderet, er der netop tale om risici og ikke nødvendigvis faktisk social udsathed (Ahlmark et al. 2018, Christensen og Larsen 2012). For at skelne socialt udsatte fra andre er det ifølge Rådet for Socialt Udsatte afgørende:

”at vurdere, i hvor høj grad den pågældende er i stand til at varetage eget liv, har magt over eget liv eller føler sig strukturelt låst fast i en situation eller udstødelser-proces, som vedkommende i virkeligheden ikke ønsker at være i, men ikke formår at træde ud af.” (Rådet for Socialt Udsatte 2017)

Der er ingen enkeltstående tilstrækkelig forklaring på, hvorfor social udsathed opstår. Social udsathed skal ses i lyset af et komplekst samspil mellem indbyrdes forbundne og ofte gensidigt forstærkende økonomiske, sociale, demografiske, sundhedsmæssige og adfærdsmæssige faktorer

(Christensen og Larsen 2012). Dårligt helbred kan for eksempel gøre det svært at få nyt arbejde, mens arbejdsløshed kan påvirke helbredet negativt. Alkoholmisbrug kan føre til arbejdsløshed og skilsmisse, men omvendt kan skilsmisse også føre til arbejdsløshed og alkoholmisbrug, mens arbejdsløshed kan føre til alkoholmisbrug og skilsmisse (ibid.). Social udsathed involverer ofte kombinationen af en specifik individuel sårbarhed, såsom et stof- eller alkoholmisbrug, hjemløshed eller en psykisk lidelse, og en strukturel sårbarhed, der hænger sammen med éns placering i samfundets økonomiske, sociale og kulturelle hierarkier.

Centralt for forståelsen af social udsathed er, at der er tale om en kompleks, flerdimensionel proces over et livsforløb. Det drejer sig om en ophobning af dårlige levekår og manglende deltagelse på en række centrale samfundsområder, såsom eksklusion fra arbejdsmarkedet og uddannelsessystemet, økonomisk fattigdom, dårlige boligforhold, manglende faglig eller politisk deltagelse, få sociale aktiviteter og få fritidsaktiviteter (Larsen 2009).

Metode

Dataindsamlingsmetoder

Undersøgelsens metodedesign er forankret i kvalitative forskningsmetoder. Den er baseret på individuelle semistrukturerede interviews og semistrukturerede gruppeinterviews med henholdsvis socialt udsatte borgere og med sundhedsprofessionelle, som arbejder med socialt udsatte til daglig. Derudover bygger undersøgelsen også på observationsstudier i en sygeplejeklinik målrettet socialt udsatte og i det øvrige miljø, hvor socialt udsatte færdes, fx i og omkring herberger. I forbindelse med observationerne gennemførte jeg endvidere mere uformelle samtaleinterviews med både socialt udsatte og med sundheds- og socialfaglige medarbejdere.

Undersøgelsen er baseret på i alt 15 kvalitative interviews med 17 socialt udsatte borgere og 12 kvalitative interviews med 18 sundhedsprofessionelle. Hertil kommer deltagerobservationer og uformelle samtaleinterviews foretaget i forbindelse med deltagerobservationerne. Interviews og deltagerobservationer er foretaget i perioden marts 2018 til og med juli 2018. Nedenstående tabel giver en oversigt over det kvalitative datamateriale.

Kvalitativt datamateriale	Socialt udsatte borgere	Sundhedsprofessionelle
Individuelle interviews	14	7
Grupperinterviews	1 interview med 3 borgere	5 interviews med 11 sundhedsprofessionelle
Deltagerobservationer	På og omkring et herberg (ca. 3 timer) På en sygeplejeklinik målrettet socialt udsatte (ca. 5 timer) I forbindelse med en sommerudflugt for beboere på et herberg og et botilbud (ca. 5 timer)	
Uformelle samtaleinterviews (ifm. deltagerobservationer)	5	2

Både interviews og observationer var guidede af undersøgelsesspørgsmålene, men jeg tilstræbte samtidig åbenhed og fleksibilitet over for de problemstillinger, informanterne bragte på banen. I det følgende redegør jeg kort for de forskellige dataindsamlingsmetoder, hvilken viden de har bidraget med i denne undersøgelse, og samtidig præsenterer jeg deltagerne.

Kvalitative interviews med socialt udsatte og sundhedsprofessionelle

Individuelle interviews er særligt velegnede til eksplorative studier og til at skabe indsigt i den enkeltes livsverden og erfaringer og i, hvordan enkeltpersoner tænker, taler og ræsonnerer om specifikke problemstillinger (Kvale og Brinkmann 2009, Brinkmann og Tanggaard 2010). På tilsvarende

vis giver det semistrukturerede gruppeinterview også indsigt i deltagernes erfaringer og handlinger og i deres forståelser af konkrete problemstillinger (Halkier 2002).

I denne undersøgelse gav interviewene med socialt udsatte borgere værdifuld indsigt i; 1) deres generelle livssituation og helbredsmæssige situation; 2) deres erfaringer og oplevelser med at bruge (eller ikke at bruge) forskellige dele af sundhedsvæsnets; og 3) den sociale kontekst for deres møder med sundhedsvæsnets.

Som det fremgår af ovenstående tabel, har jeg gennemført i alt 15 interviews med 17 socialt udsatte borgere. Ud af de 17 borgere var fire kvinder og 13 mænd. Denne skæve kønsfordeling afspejler det typiske mønster blandt socialt udsatte og blandt brugere af herberger og væresteder og ses også i andre undersøgelser (Ahlmærk et al. 2018, Pedersen et al. 2012). Aldersmæssigt var informanterne mellem 33 og 75 år. Jeg vil i kapitlet 'Socialt udsattes livssituation og helbred' give en nærmere beskrivelse af de interviewede socialt udsatte.

Interviewene med sundhedsprofessionelle gav en vigtig indsigt i; 1) deres daglige, konkrete arbejde med socialt udsatte borgere; 2) deres konkrete oplevelser og erfaringer med socialt udsattes møde og kontakt med sundhedsvæsnets; og 3) den hverdags sociale kontekst, som deres arbejde udfolder sig i. Derudover rummer interviewene med de sundhedsprofessionelle også vigtige, brugbare fortællinger om konkrete socialt udsatte borgere, som de har mødt i deres arbejdsliv. Disse borgereksempler er en del af undersøgelsens datamateriale og bidrager med betydningsfuld viden om, hvordan socialt udsatte oplever mødet med sundhedsvæsnets. De sundhedsprofessionelles indgående erfaringer med målgruppen satte dem således i stand til at pege på centrale udfordringer i socialt udsattes møde med sundhedsvæsnets, som ikke blev artikulert i interviewene med socialt udsatte – enten fordi informanten ikke havde oplevet disse udfordringer, eller fordi vedkommende havde vanskeligt ved at sætte ord på oplevelsen og fortælle sammenhængende om den (dette uddybes nærmere i afsnittet 'At interviewe socialt udsatte'). Det gælder for eksempel i nogen udstrækning for udfordringerne vedrørende mødet med psykiatrien.

Som det ses i ovenstående tabel, har jeg gennemført i alt 12 interviews med 18 sundhedsprofessionelle, hvoraf 14 var kvinder. Jeg har gennemført interviews med 14 sygeplejersker og afdelings- sygeplejersker, der arbejder med socialt udsatte borgere i somatisk eller psykiatrisk regi (fx social- sygeplejersker og psykiatriske sygeplejersker) eller i særlige tilbud og indsatser målrettet socialt udsatte (fx gadesygeplejersker); én læge og tre ledere (med henholdsvis en psykiatrisk sygeplejefaglig baggrund, en socialpædagogisk baggrund og en baggrund som social- og sundhedsassistent).

Jeg har prioriteret at interviewe sundhedsprofessionelle, der til daglig arbejder med socialt udsatte, netop på grund af deres udbredte og unikke erfaringer med målgruppen og med henblik på at opnå en dybere indsigt i målgruppens vilkår og udfordringer. Interviewene blev gennemført på enten informanternes arbejdsplads eller på min arbejdsplads og varede typisk halvanden til to timer.

Deltagerobservationer

Observationsstudier er særligt velegnede til at få indsigt i den sociale interaktion i specifikke situationer og i betydningen af aktiviteter og handlinger, som ikke nødvendigvis er bevidste for aktører-

ne selv, eller som de tager for givet i en grad, så det ikke bringes frem i interviews. Observationsstudierne kan endvidere belyse kontekstuelle forhold (vedrørende fx rum og tid), som har indflydelse på situationen og den sociale interaktion (Tjørnhøj-Thomsen og Whyte 2007). I denne undersøgelse udførte jeg deltagerobservationer i forbindelse med besøg på et herberg (besøget varede ca. 3 timer), i en sygeplejeklinik målrettet socialt udsatte (besøget varede ca. 5 timer) og i forbindelse med, at jeg deltog i en sommerudflugt for en gruppe beboere fra et herberg og botilbud (ca. 5 timer). Selvom det overordnede formål med disse besøg og med deltagelsen i en beboerudflugt var at forsøge at rekruttere informanter til undersøgelsen, gav det også mulighed for at udføre deltagerobservationer. Besøgene og udflugten blev dermed et vigtigt og værdifuldt datagrundlag for undersøgelsen. Det empiriske observationsmateriale består af feltnoter nedskrevet undervejs i og efter observationerne.

Deltagerobservationerne gav indblik i socialt udsattes levevilkår og livsbetingelser, herunder det til tider kaotiske miljø og den hurtigt omskiftelige atmosfære (fra trygt til utrygt), som nedenstående uddrag illustrerer:

Der sker på et tidspunkt et stemningsskift i venteværelset: en ung mand kommer ind. Han ser sund og rask ud – pæn i tøjet. Han sætter sig et par stole fra mig. Pludselig begynder han at råbe op om, at han skal have sin medicin – han bander og svovler over sygeplejerskerne, der er optaget af andre patienter. En anden patient siger, han kan gå, hvis han vil, og hvis han er utilfreds. Så begynder den unge mand at råbe meget højt: ”Jeg snakker fucking ikke til dig”. Han får herefter hurtigt sin medicin og forsvinder ud ad døren igen. (Noter fra observationer i en sygeplejeklinik målrettet socialt udsatte).

Sygeplejerskerne fortæller efterfølgende, at sådanne episoder forekommer med jævne mellemrum. De har oplevet at blive talt grimt til, og der opstår nogle gange tumult og voldsomheder i klinikken. Der er aldrig sket sygeplejerskerne noget, men de tager deres forholdsregler. De må aldrig være alene på vagt, understreger sygeplejersken flere gange.

Deltagerobservationerne gav også indsigt i boligforholdene på herberger, som i nogle tilfælde synes trange og nedslidte:

Rundturen [rundt på herberget] giver et indblik i, hvor nedslidt herberget er. Flere steder er pudset røget af væggen, og der er hul ind til murstenene. På et af toiletterne er der gået hul på faldstammen – den er helt gennemrusten – og der lugter af urin og afføring. Køkkenerne ligger mestendels øde hen og er helt tomme. I et enkelt køkken ligger en gammel, indtørret porre og en ditto gulerod på bordet. (Noter fra observationer på et herberg)

Omvendt gav deltagerobservationerne i forbindelse med sommerudflugten et anderledes og mere positivt indblik i, hvordan socialt udsattes hverdagsliv også kan være.

Jeg møder op på [botilbuddet] og kører sammen med sygeplejersken, tre ansatte og otte beboere i biler ud til picnicstedet. Der er en rigtig god og hyggelig stemning – beboerne og de ansatte er meget glade og joker med hinanden og giver knus. Sygeple-

gersken har brugt hele morgenen på at overtale beboere til at tage med – nogle har sagt ja; andre lykkes det ikke at overtale. De ansatte har masser af mad og drikke med og også parasoller mod solen. Beboerne får at vide, at der er to øl med pr. mand.

Da vi kommer derud, skynder flere af beboerne sig op på toppen af bakken for at se udsigten ud over vandet. Andre sætter sig ved bordene og drikker deres øl og ryger cigaretter. Næsten alle har øl med i poser eller i gangstativet. Flere af beboerne går med gangstativ og er ret gangbesværede. To sidder i kørestol. Jeg får ret hurtigt mulighed for at interviewe én af beboerne, og mens jeg gør det, går/kører de andre op på bakken og nyder udsigten. Ikke så lang tid efter tænder de ansatte op i grillen og begynder at varme maden: tærter, frikadeller og kartoffelsalat. Der er en god stemning. De begynder at synge Kim Larsen sange. Sygeplejersken sætter musik på via sin telefon, og snart sidder alle og synger med på Papirsklip, Kvinde Min og Jutlandia. Det er forunderligt at overvære – på tværs af køn, alder, livssituation, sygdom og dårlighed, fuldskab og ædruelighed og erfaringer med livets skyggeside – så kender og husker alle Kim Larsens sange og finder glæde ved dem – alle synger med og nyder denne stund. Det virker også som om, der er et godt sammenhold beboerne imellem – de hygger sig, griner og joker. (Noter fra observationer i forbindelse med en sommerudflugt).

Derudover gav deltagerobservationerne indblik i det omfattende relations- og omsorgsarbejde, som sygeplejerskerne, der arbejder med socialt udsatte, udfører. Dette uddybes nærmere i kapitlet ”Vi skal være betingelsesløse og blive ved”: Særlige sundhedstilbud til socialt udsatte’.

Rekruttering af socialt udsatte til interviews og deltagerobservation

Rekrutteringen af socialt udsatte borgere til interviews og deltagerobservation foregik ad flere forskellige kanaler: 1) med hjælp fra nogle af de sygeplejersker, jeg havde interviewet; 2) med hjælp fra gadesygeplejersker (som ikke var blandt de interviewede); 3) ved besøg på et herberg og i en sygeplejeklinik målrettet socialt udsatte; 4) ved deltagelse i en sommerudflugt for en gruppe beboere fra et herberg og et botilbud; og 5) gennem kontakt til SAND – De hjemløses landsorganisation.

I de fleste tilfælde var enten sygeplejersker eller en herbergsleder helt centrale gatekeepere i forhold til kontakten til socialt udsatte borgere. Tilliden mellem borgeren og disse gatekeepere og deres indbyrdes indgående kendskab var altafgørende for deltagelsen i interviewet.

I de tilfælde, hvor sygeplejersker fungerede som gatekeepere, aftalte de, på mine vegne, tid og sted for interviewet. Sygeplejerskerne understregede som regel, at interviewaftalen var med forbehold for aflysning og afhængig af borgerens dagsform. Tre interviewaftaler blev da heller ikke til noget. I det ene tilfælde ønskede borgeren ikke at deltage alligevel, og i de to øvrige tilfælde kunne gadesygeplejerskerne ikke lokalisere borgerne på det aftalte tidspunkt. Nogle gange var gadesygeplejerskeren til stede under interviewet – efter borgerens eget ønske. I alt rekrutterede jeg syv informanter med hjælp fra sygeplejersker.

Rekrutteringen på et herberg foregik i forbindelse med et besøg. Jeg kontaktede lederen og aftalte en besøgsdato. På interviewdagen viste lederen mig rundt på stedet, fortalte om stedet og mere overordnet om beboernes oplevelser med sundhedsvæsnets. I forbindelse med rundvisningen var lederen behjælpelig med at rekruttere to informanter. Jeg havde desuden aftalt to besøgsdage på et andet herberg, men disse blev aflyst, da en beboer begik selvmord, og personalet og beboerne havde derfor ikke det fornødne overskud til mit besøg.

Jeg rekrutterede endvidere to informanter ved et besøg på en sygeplejeklinik målrettet socialt udsatte. Jeg tog indledningsvist kontakt til én af klinikkens sygeplejersker og aftalte en besøgsdato. På besøgsdagen viste sygeplejersken mig rundt og fortalte om stedet, og vi aftalte herefter, at jeg skulle tage plads på gangen uden for klinikken – en gang, der fungerede som venteværelse for klinikkens besøgende. Herefter var både sygeplejersken og jeg selv opsøgende over for klinikkens besøgende.

Jeg gennemførte endvidere to interviews i forbindelse med en sommerudflugt for en gruppe beboere fra et herberg og et botilbud. Her var en sygeplejerske også behjælpelig med den indledende kontakt til informanterne.

Derudover rekrutterede jeg tre informanter gennem SAND – De hjemløses landsorganisation, og endelig opsøgte jeg selv en informant i forbindelse med to andre interviewaftaler på et herberg.

Interviewene med de socialt udsatte borgere blev gennemført dels i informanternes egne hjem eller i et fælleslokale tilknyttet boligen; dels på og omkring herberger (på informantens eget værelse, i fælleskøkkenet, i et mødelokale, i haven eller på en udendørs bænk); dels i venteværelset i en sygeplejeklinik; og dels i et kontorlokale. De individuelle interviews varede mellem 15-65 minutter, og gruppeinterviewet varede én time og 45 minutter.

Rekrutteringsforholdene og udfordringerne med at få adgang og kontakt til informanter, der lever i social udsathed, afspejler den ustabilitet og skrøbelighed, der kendetegner mange socialt udsattes situation og peger desuden på nogle mere generelle udfordringer og vilkår omkring dét at udføre forskningsundersøgelser blandt socialt udsatte, hvilket jeg vil uddybe i det følgende.

At interviewe socialt udsatte

At interviewe socialt udsatte – og i det hele taget at få adgang til at interviewe socialt udsatte – kræver en høj grad af fleksibilitet og tilpasning fra forskerens side. Netop derfor er kvalitative og etnografiske metoder, som interviews og observationsstudier, særligt velegnede til studier af socialt udsatte mennesker. Med disse metoder involverer forskeren sig aktivt i den empiriske kontekst og med de mennesker, han/hun undersøger. Metoderne gør det muligt for forskeren at være fleksibel (fx i rekrutteringsprocessen og i interviewsituationen) og at tilpasse og omstille sig til forskellige interviewkontekster.

Mange socialt udsatte lever en kaotisk, ustabil tilværelse præget af eksempelvis misbrug og et manglende fast tilhørssted. Det kan derfor, som beskrevet, være vanskeligt at opnå kontakt til og rekruttere socialt udsatte til et interview og aftale et fast interviewtidspunkt. Jeg forsøgte at imødekomme dette ved at lade en central gatekeeper lave aftalen og ved at foretage længerevarende

dagsbesøg på herberger, sygeplejeklinikker m.m. Som beskrevet ovenfor opnåede jeg kontakt med hovedparten af informanterne via en gatekeeper eller en særlig lokalitet.

Selve interviewsituationen var undertiden også præget af kaos og af informantens påvirkethed og til tider utålmodighed. Nogle informanter havde for eksempel svært ved at holde koncentrationen eller blev pludselig meget trætte, fordi de var påvirket af stoffer eller alkohol. Dette bevirkede, at nogle interviews blev kortere end andre. Interviewene blev også nogle gange gennemført i kaotiske rammer, som for eksempel når interviewet foregik på en bænk uden for et herberg med råbende og berusede mennesker ret tæt på. I sådanne situationer var det urealistisk at foretage et længerevarende interview. Interviewene blev derfor udført som det muliges kunst, og jeg måtte udnytte den kostbare tid bedst muligt og udvælge nogle få, centrale spørgsmål, som jeg ønskede svar på, fremfor at gennemgå min interviewguide fra A-Z.

Interviewene bar også præg af, at nogle informanter havde vanskeligt ved at sætte ord på deres oplevelser og fortælle en sammenhængende historie. Det kunne være, fordi de var påvirkede, havde svært ved at koncentrere sig eller måske fandt situationen akavet. Men det kan også hænge sammen med, at ikke alle mennesker er i stand til at gengive deres oplevelser i en meningsfuld og sammenhængende fortælling. Menneskelige erfaringer og oplevelser formidles sædvanligvis gennem fortællinger, men fortællinger er kontekstafhængige og knytter sig til nogle kulturelt bestemte forventninger vedrørende fortællingens form og indhold (Steffen 2005). Den 'gode fortælling' er for eksempel karakteriseret ved at være kronologisk ordnet og struktureret omkring et plot eller en pointe og bidrager ifølge Steffen (2005) til at skabe mening, sammenhæng og orden i den menneskelige erfaring. Socialt udsatte menneskers liv og erfaringer er imidlertid langt fra altid sammenhængende og ordnede. De er snarere karakteriseret ved en slags 'struggling along', som den amerikanske antropolog Robert Desjarlais udtrykker det i hans studie af hjemløse, psykisk syge mennesker (Desjarlais 1994). Hermed menes, at de kaotiske livsbetingelser, hjemløse og andre socialt udsatte lever under, har sat sig dybe spor i den måde, de oplever og erfarer verden på. De lever ikke deres liv som en fremadskridende, sammenhængende proces, men kæmper sig snarere gennem dagen og vejen (Desjarlais 1994, Steffen 2005). I interviewsituationen kommer dette til udtryk som diffuse fortællinger uden ret meget struktur, sammenhæng og mening, hvilket også var tilfældet i nogle af interviewene til denne undersøgelse og er velkendt fra andre studier af socialt udsatte i Danmark (Pedersen 2013).

Der er endvidere en risiko for, at forskeren kun opnår interviews med de bedst stillede af de socialt udsatte, fordi kun de bedst stillede siger ja til at deltage. Denne skævhed forsøgte jeg som vist at minimere ved at rekruttere informanter ad flere forskellige kanaler, således at jeg opnåede interviews med mennesker, hvis sociale og helbredsrelaterede problemer spændte vidt, og som befandt sig forskellige steder på spektret fra de socialt sårbare og lidt marginaliserede til de socialt udstødt. Nogle af de interviewede til denne undersøgelse havde det rimelig godt helbredsrelateret og var for eksempel først blevet hjemløse for relativt nyligt, mens andre kunne betegnes som stærkt socialt belastede med omfattende fysiske og psykiske helbredsproblemer.

Etiske overvejelser

Flere forskere peger på, at tillid mellem interviewer og den interviewede er ekstra vigtig, når den interviewede er socialt udsat (Jacobsen et al. 2002, Liamputtong 2007), fordi deres liv indeholder mange svigt, nederlag og negative oplevelser.

Jeg forsøgte i denne undersøgelse at skabe både tillid og tryghed ved at interviewe de socialt udsatte dér, hvor de bor eller har deres daglige gang, og hvor der er mennesker i form af personale, som de har tillid til, eller som er kendte ansigter. Før hvert interview gjorde jeg meget ud af, at informanten blev informeret grundigt om formålet og baggrunden for undersøgelsen. Deltagerne fik desuden besked om, at interviewet var frivilligt, og at de når som helst kunne trække sig fra interviewet, ligesom de blev informeret om fortrolig behandling af interviewmaterialet og om fremstilling af resultaterne i anonymiseret form. Hvis det var relevant og hensigtsmæssigt, spurgte jeg endvidere om lov til at optage interviewet digitalt. Tre interviews blev ikke optaget, fordi jeg vurderede, at det i situationen kunne skabe utryghed og afstand at finde diktafonen frem.

Alle deltagerne i undersøgelsen er anonymiseret i forhold til personlige og genkendelige karakteristika.

Analyseproces

Undersøgelsens datamateriale omfatter ordrette transskriptioner af de optagede interviews samt mine feltnoter fra de ikke-optagede interviews og fra deltagerobservationerne. Efter gentagne læsninger af datamaterialet foretog jeg en tematisk analyse på tværs af materialet med afsæt i forskningsspørgsmålene. I denne proces identificerede jeg også nye temaer, som informanterne selv bragte op, men som lå uden for undersøgelsesspørgsmålenes specifikke fokusområde. Herefter bestod analysearbejdet i at opdele og omstrukturere temaerne og finde mønstre på tværs af fortællingerne. Jeg har bestræbt mig på at fremskrive signifikante temaer i det empiriske materiale men også at præsentere informanternes forskellige positioner og betragtninger. Det betyder også, at jeg giver informanternes tanker, fortællinger og ræsonnementer god plads i analysen. Som følge af dette analysearbejde er jeg nået frem til fem centrale temaer, som hver især og tilsammen bidrager til en øget forståelse af socialt udsattes oplevelser med sundhedsvæsnet:

1. Socialt udsattes livssituation og helbred
2. Socialt udsattes møder med sundhedsvæsnet
3. Det svære efterforløb
4. Sundhedskompetence og kulturel sundhedskapital
5. "Vi skal være betingelsesløse og blive ved": Særlige sundhedstilbud til socialt udsatte

Indledning til analysen

I det følgende præsenteres undersøgelsens fund gennem fem temaer, som hver især og tilsammen bidrager til at opfylde undersøgelsens formål – at opnå en større forståelse af, hvad der karakteriserer socialt udsattes møde og kontakt med sundhedsvæsnets gennem en analyse af henholdsvis socialt udsattes og sundhedsprofessionelles fortællinger og perspektiver.

Analysen er således tematisk struktureret ud fra temaer, der går igen i interviewene med socialt udsatte og med de sundhedsprofessionelle. Langt de fleste temaer belyses både ud fra socialt udsattes perspektiver og fra de sundhedsprofessionelles perspektiver. I nogle temaer fylder de sundhedsprofessionelles betragtninger mest – i andre temaer er det omvendt. Som nævnt tidligere er det et bevidst valg, at interviewuddragene og de empiriske eksempler fylder meget i analysen. Hensigten hermed er at lade de socialt udsattes oplevelser og perspektiver træde tydeligt frem og at give læseren en rig, empirisk forankret indsigt i socialt udsattes liv.

Undersøgelsens fund belyses i følgende fem temaer:

1. Socialt udsattes livssituation og helbred
2. Socialt udsattes møder med sundhedsvæsnets
3. Det svære efterforløb
4. Sundhedskompetence og kulturel sundhedskapital
5. "Vi skal være betingelsesløse og blive ved": Særlige sundhedstilbud til socialt udsatte

I det første tema beskriver jeg livssituationen og det fysiske og psykiske helbred for de socialt udsatte mennesker, som indgår i denne undersøgelse. Beskrivelsen omfatter både de socialt udsatte, som jeg har interviewet, og de socialt udsatte borgere, som optræder i interviewene med de sundhedsprofessionelle.

I det andet tema fokuserer analysen på socialt udsattes forskellige møder med sundhedsvæsnets. Temaet indledes med en kort afklaring af begreberne diskrimination og stigmatisering, hvorefter jeg beskriver, hvordan nogle socialt udsatte kun meget sjældent eller måske slet ikke bruger det etablerede sundhedsvæsen. Dernæst behandler jeg socialt udsattes oplevelser med egen læge, somatisk hospitalsvæsen og psykiatri.

Det tredje tema beskriver det vanskelige og skrøbelige efterforløb, som nogle socialt udsatte gennemgår efter en indlæggelse eller alvorlig sygdom – eller bekymrer sig om på forhånd inden en operation eller indlæggelse. Temaet behandler således de udfordringer og bekymringer, som de interviewede socialt udsatte oplever i forhold til at restituere og komme sig efter en sygdom.

Det fjerde tema omhandler, hvordan socialt udsatte oplever at skulle tage hånd om eget helbred og navigere i sundhedsvæsnets, og de udfordringer, det bringer med sig.

I det femte tema præsenterer jeg en uddybet karakteristik af de særlige sundhedstilbud til socialt udsatte og dermed af det arbejde, som gadesygeplejersker, socialsygeplejersker, herbergs- og botilbudssygeplejersker og andre sundhedsprofessionelle udfører for og med socialt udsatte borgere. Kapitlet beskriver, hvordan disse sundhedsprofessionelle spiller en helt central rolle for socialt udsatte og peger samtidig på, hvad der skal til for at hjælpe og støtte socialt udsatte i forhold til deres helbredsproblemer og kontakt med sundhedsvæsnet.

Af hensyn til anonymiteten skelner jeg i størstedelen af analysen ikke mellem de forskellige typer af interviewede sundhedsprofessionelle – altså eksempelvis mellem gadesygeplejersker og socialsygeplejersker – men lader dem i stedet fremtræde som én samlet gruppe af sundhedsprofessionelle. Dette giver god mening, da deres funktioner og arbejdsopgaver på flere måder er sammenfaldende. Enkelte steder, og hvor det er relevant for de analytiske pointer, skelner jeg dog synligt mellem de forskellige grupper af interviewede sundhedsprofessionelle.

Socialt udsattes livssituation og helbred

I det følgende beskriver jeg den livssituation og det fysiske og psykiske helbred, der kendetegner den gruppe af socialt udsatte mennesker, som indgår i denne undersøgelse. Denne karakteristik er baseret på de socialt udsatte personer, jeg har interviewet, og på de socialt udsatte personer, som optræder i de sundhedsprofessionelles fortællinger og deres beskrivelser af målgruppen af socialt udsatte mere generelt. Interviewene viser, at det at være socialt udsat langt fra er en ensartet størrelse eller oplevelse. Betegnelsen socialt udsat dækker således over vidt forskellige livsforløb, livssituationer og vidt forskellige sociale, fysiske og psykiske udfordringer og behov. Alle fortællinger om at være socialt udsat er på den måde unikke. De interviewede sundhedsprofessionelle understreger da også igen og igen målgruppens forskellighed og mangfoldighed og de deraf følgende vidt forskellige behov for hjælp og støtte.

Omvendt afspejler interviewene også mange fællestræk, eksempelvis i de socialt udsattes livsbetaingelser, i omfanget og karakteren af deres helbredsmæssige udfordringer og i de udfordringer, de har i forhold til mødet med sundheds- og socialvæsnet.

De interviewede socialt udsatte

Jeg har interviewet fire kvinder og 13 mænd i alderen 33-75 år. To af de interviewede er grønlændere; én er færing; én har somalisk baggrund; én er født i et østeuropæisk land men har boet i Danmark, siden han var barn; og de resterende er født og opvokset i Danmark. På interviewtidspunktet bor i alt 10 af de interviewede på et herberg eller et botilbud (flere har dog tidligere levet som hjemløse og boet på gaden i en årrække), tre bor i egen bolig, og to er hjemløse og bor henholdsvis på gaden og i campingvogn. For to informanternes vedkommende er boligform og opholdssted ukendt. De fleste er enten på kontanthjælp eller får førtidspension, men der er også enkelte, hvis indtægtsgrundlag er ukendt. Langt størstedelen af de interviewede fortæller om et omfattende og langvarigt rusmiddelmisbrug¹. Nogle har et aktivt misbrug, og nogle har tidligere haft et misbrug. For nogle omfatter misbruget både alkohol og stoffer, mens det for andre primært omfatter enten alkohol eller stoffer. Interviewene rummer fortællinger om misbrug af øl, stærk spiritus (fx op til tre flasker om dagen), hash, kokain, heroin, ritalin og amfetamin.

De interviews, der rummer fortællinger om de interviewedes fortid og opvækst, vidner om alt andet end en tryk og god barndom. Nogle fortællinger er korte men sigende statements, andre er længere beretninger, hvor informanten undervejs i interviewet flere gange vender tilbage til sine opvækstvilkår og familiemæssige baggrund. Citatet nedenfor er fra et interview med en 56-årig mand, der har været hjemløs halvdelen af sit liv. I interviewet konstaterer han kort og nøgternt, at:

¹ Jeg bruger ordet misbrug til at beskrive en praksis, hvor en person har et problematisk eller skadeligt forhold til sit indtag af rusmidler.

”... jeg har været alene hele mit liv i virkeligheden, og mine forældre, de havde ikke tid til at have børn i virkeligheden. [...] Blev skilt, da jeg var tre år gammel og sådan noget.” (Uddrag fra interview med en 56-årig, hjemløs mand)

En anden informant, en 33-årig mand, der på interviewtidspunktet bor på gaden, fortæller på tilsvarende kortfattet vis, at han har været børnesoldat i Somalia, og at han derfor ikke har det godt. På trods af disse udsagns kortfattede vidner de om mangel på omsorg og tryghed i opvæksten og bidrager til at sætte deres nuværende livssituation i perspektiv.

Nedenstående interviewuddrag er et eksempel på den længerevarende og mere fyldige fortælling om opvækstvilkår fra et interview med en 59-årig mand, der beskriver de første 15-16 år af sit liv som ”forbandet hårde”. Han fortæller:

Informant: ”Ja, jeg er vokset op på børnehjem. Jeg kom som flygtning til Danmark i 1960. Jeg kommer fra [østeuropæisk land]. [...] Vi kom som en hel familie igennem Europa.”

Interviewer: ”Okay, så hvornår boede du på børnehjem? Altså, hele din barndom eller...?”

Informant: ”Ja. Stort set. Indtil jeg var 8 år. Så var jeg lige hjemme i en 3 år hos min mor. [...] Jeg endte på et spædbørnshjem ude i [by], og min mor, jeg ved ikke, hvor hun endte henne. Altså, senere hen, der endte hun på Sct. Hans [Psykiatrisk Center Sct. Hans]. Hun var virkelig stjernepsykopat, mand. Hun var jo sådan et frustreret menneske. Hun kunne ikke forstå, at hun gjorde sine børn så meget ondt. Hun kunne simpelthen ikke overskue noget som helst overhovedet. Slet ikke. [...] Min mor blev så gift med en eller anden stodder. Ja, nu kalder jeg ham en stodder, ikke... [...] Og som 12-årig, så gad jeg ikke mere, fordi ham der, han bankede os jo hele tiden... Altså, der havde jeg så været hjemme lidt i 3-4 år. Altså, vi fik tæsk konstant, ikke, og vi blev tvunget til at skulle spise den mad, der blev serveret. Det var et mareridt. For at sige det mildt, både for mig og min søster. Så jeg stak af som 12-årig og så siden, der så jeg ikke min mor i 28 år. Heller ikke min søster.”

Interviewer: ”Og heller ikke din søster, nej.”

Informant: ”Slet ikke noget familie overhovedet.”

Interviewer: ”Nej. Hende har du heller ikke kontakt til i dag?”

Informant: ”Vi tog så kontakt til hinanden... [...] Det var hende, der søgte kontakt til mig, fordi så var min mor blevet rigtig syg af leukæmi. Og så får min søster så opsnu-set mig. Og spørger, om jeg ikke har lyst til, på en eller anden måde, at forlige mig med min mor, inden hun døde, for der havde hun kun et par måneder tilbage. Så sagde jeg, ”Jamen, okay, jeg kan da godt prøve”. [...] Men altså, jeg kunne simpelthen ikke tilgive hende. Jeg kunne slet ikke holde ud at kigge på hende. Så vi mødtes

lige et par dage eller to eller tre dage, ikke, hvor jeg gik og spillede på gaderne. Og så var hun så dukket op der sammen med min søster. Og så snakkede vi sammen et par gange, men jeg kunne bare ikke tilgive hende. Og jeg sagde det også til hende, at det var "så utilgiveligt dét, du har lavet", altså. Det er simpelthen, altså, "jeg har sgu ikke engang ondt af dig". Eller det er forkert at stå og sige det til sin mor, ikke, men jeg havde så svært ved at få medlidenhed med hende, fordi hun har svigtet i en sådan grad, så det er utilgiveligt simpelthen, ikke, altså. At svigte sine børn på den måde, ikke, til fordel for sådan en stodder, ikke, altså. Jeg tror aldrig, han slog på hende. Og hun drak heller ikke, og hun røg ikke hash, men hun havde et pillemisbrug af en anden verden, simpelthen... Hun var virkelig syg. Altså sindssyg..." (Uddrag fra interview med en 59-årig mand)

Dette interviewuddrag peger på nogle generelle forhold ved socialt udsattes opvækstvilkår og familiemæssige forhold, som også går igen i interviewene med de sundhedsprofessionelle. Oplevelser med massivt omsorgssvigt, vold og misbrug i barndommen er således karakteristiske for mange socialt udsatte.

Socialt udsatte i interviewene med sundhedsprofessionelle

"Alle bliver psykisk sårbare, tænker jeg ofte. Når man har levet sådan et liv, så bliver man sårbar på en måde... De klarer noget, vi andre ikke kunne overleve, men er sårbare på en anden måde." (Uddrag fra gruppeinterview med to sygeplejersker)

I interviewene med sundhedsprofessionelle bad jeg dem indledningsvis beskrive, hvad der ifølge dem kendetegner de socialt udsatte, som de møder i kraft af deres arbejde. Her gik skismaet mellem målgruppens forskellighed og fællestræk igen: gruppen af socialt udsatte er på den ene side *"meget, meget forskellig"*, og på den anden side har de alle sammen *"udfordringer og problemer, de slås med"*, samtidig med, at *"alle bliver psykisk sårbare"* af at leve et liv som socialt udsat, som en sygeplejerske beskriver det i citatet ovenfor. Herefter oplyste og beskrev de sundhedsprofessionelle af sig selv ofte de forskellige undergrupperinger af socialt udsatte, som de møder. Jeg har nedenfor listet de forskellige undergrupperinger, som nævnes i interviewene – med de sundhedsprofessionelles egne ord – for at illustrere den mangfoldighed af menneskeskæbner, som de sundhedsprofessionelle møder, og som betegnelsen socialt udsat kan dække over. Til nogle af de oplyste kategorier af socialt udsatte har jeg knyttet et par uddybende sætninger hentet fra interviewene med de sundhedsprofessionelle. Dette udgør på ingen måde en udtømmende beskrivelse af de forskellige kategorier – hensigten er her blot at give læseren en idé om heterogeniteten i den målgruppe, som de sundhedsprofessionelle møder.

- Socialt udsatte med et misbrug.
- Grønlandere med et misbrug.
- *"Alkoholmisbrugere, der ikke er grønlandere"*.
- Ældre med et alkoholmisbrug: *"Jeg har utroligt mange mænd lige i øjeblikket i sådan 50-årsalderen, som ikke kan noget, og som har drukket hele deres liv"*. (Uddrag fra interview med en sygeplejerske)

- *"De stille misbrugere"/"de skjulte misbrugere"*: en gruppe af borgere, der har eget hjem, og som har et alkoholforbrug, *"der holder sig under radaren"*.
- Socialt udsatte kvinder: *"Kvinderne har nemmere [end mændene] ved at finde en seng at sove i, de har nemmere ved at finde en kæreste, som de bor hos, og der er stadigvæk et trin, hvor man er kærester, og så er der trinnene nedenunder, der hedder, at "jeg sover der for visse ydelser". [...] Den gode del af kvinderne, de er stadigvæk indendørs. De sidste 20 %, du ser på gaden, de er meget kaotiske. Meget, meget kaotiske, altså. Og rigtig svære."* (Uddrag fra interview med en sygeplejerske)
- Hjemløse: *"Man bliver faktisk meget overrasket over, hvor få skridt, der er fra at være i bolig til at være på gaden."* (Uddrag fra interview med en sygeplejerske)
- Unge udsatte – nogle med svære, psykiske problemer.
- Socialt udsatte med psykisk sygdom.
- *"Dobbeltdiagnoserne"*: mennesker, der både har et misbrug og en psykisk lidelse.
- Udenlandske borgere, flygtninge, migranter: en gruppe af mennesker uden ret mange rettigheder ud over retten til akut behandling.

I det følgende vil jeg beskrive den fysiske og psykiske helbredstilstand for dels de interviewede socialt udsatte og for de socialt udsatte, som optræder i interviewene med sundhedsprofessionelle. Som det vil fremgå, er helbredstilstanden uløseligt forbundet med den socialt udsattes øvrige levevilkår og sociale situation.

Fysisk og psykisk helbred

"Jeg har en borger [...]. Han er en meget, meget, meget udsat borger, som har været i [en kommunal indsats målrettet svært socialt udsatte] i et halvt år. I løbet af det halve år har vi forsøgt... Han blev udskrevet fra Horserød. Hans primære problematik, ud over stofmisbruget, er, at han har noget bensår, som gør uhyggeligt ondt, og som trænger til pleje og behandling. Han formår bare ikke... hans egenomsorg er simpelthen ikke til at formå at møde op og få det gjort. Det er sådan, så selv lavtærskeltilbuddene har svært ved at rumme ham. Også fordi selve behandlingen tager utroligt lang tid, og han... bliver meget aggressiv og meget vred og råber og skriger og slår ud. Så det er rigtigt svært at rumme ham. Så har mit mål som sygeplejerske ligesom været, at jeg synes, han skulle i døgnbehandling, fordi der ligger sådan en række af bekymringer om, hvad der er galt. Han har været på gaden i mange år. Han har været stofbruger i over 20 år, og han er 40. Man er i tvivl om graden af hans kognitive skader... og man vil gerne udrede, om han fx er begyndende dement. Samtidig med, at vi gerne vil have plejet de her bensår... Bensårene er så heftige, at døgnbehandlingsstederne ikke kan tage imod ham. [...] Han har en bolig, men han har ikke været i den som sådan. Han opholder sig ikke dér og kan ikke sige, hvorfor han ikke kan. Men det kan han simpelthen ikke. [...] Hans bensår har været en on-going problematik i – jeg har kendt ham i 5-6 år, det har hele tiden været et problem... [...] Men han formår ikke, altså, han har ikke været til forbindelsesskift... Måske har han været der 5 gange i år. Ja. Og han lugter jo, så han får ikke lov til at være i nogle af tilbuddene. Så han er super udsat..." (Uddrag fra gruppeinterview med to sygeplejersker)

Dette interviewuddrag indfanger nogle centrale kendetegn ved de socialt udsattes fysiske og psykiske helbredstilstand og disses tætte forbundethed til deres sociale livssituation. Generelt bærer helbredstilstanden præg af livet som socialt udsat og af at have levet et, i mange tilfælde, forhutlet liv, ofte styret af et rusmiddelmisbrug og en dominerende afhængighed. Helbredstilstanden bærer også præg af, at mange har ignoreret sygdomssymptomer, undladt at opsøge sundhedsvæsnets og undladt at komme i behandling for helbredsproblemer. Flere sundhedsprofessionelle fortæller, at borgerne, når de møder dem første gang, typisk slet ikke er udredt, hverken somatisk eller psykisk, hvorefter det ofte *"vælter ud med symptomer"*, som den sundhedsprofessionelle skal observere, registrere og handle på. Ifølge de sundhedsprofessionelle har mange socialt udsatte kroniske lidelser og dårlig ernæringstilstand samtidig med, at mange har psykiske problemer. Der synes generelt at være en oplevelse blandt sundhedsprofessionelle af, at gruppen af socialt udsatte er psykiatrisk underdiagnosticeret og psykiatrisk underbehandlet. Som en sygeplejerske udtrykker det: *"Vi har ikke ret mange med diagnoser, men vi har rigtig mange, som måske burde have"*.

Specifikke sygdomme og helbredsproblemer, der går igen i interviewene, omfatter blandt andet (i vilkårlig rækkefølge) KOL, astmatisk bronkitis, tuberkulose, HIV, kræft, leversygdom, hjertesygdom, nervesygdom, lungekollaps, betændelse i bugspytkirtel, mavesår, væske i bughulen, muskelskeletlidelser, smerter i kroppen generelt, hudlidelser, rosen, venøs insufficiens, bensår, skinnedenssår, fixeskader, lymfødeme, blodpropper, hjerneblødning, ADHD, PTSD, angst, depression, psykoser og skizofrene sindslidelser.

Mange af de ovennævnte sygdomme og helbredsproblemer præger også livet hos de interviewede socialt udsatte, og typisk har de flere samtidige helbredsproblemer. Derudover er mange også dårligt gående og udbredt funktionsbegrænsede. Dette illustreres og uddybes i de følgende beskrivelser af tre informanternes helbreds- og livssituation.

En 65-årig kvinde, som har misbrugt amfetamin i mange år, fortæller, at hun ikke har været uden for sit værelse (på et botilbud) i fire måneder, fordi det er for smertefuldt for hende at gå. Hun fortæller, at hun *"bestemt ikke har det godt"*. Hun har omfattende bensår og skinnedenssår og lider desuden af rosen, lymfødeme og rygsammenfald. På tilsvarende vis fortæller andre informanter også, at de med vilje ikke bevæger sig langt væk fra deres bopæl på grund af smerter i kroppen, eller fordi de er bange for at falde.

En 59-årig mand, der bor på et herberg, har KOL og astmatisk bronkitis og har to gange oplevet et lungekollaps. Han fortæller, at han *"helst murer sig inde på sit værelse"*, og at han ikke bevæger sig ret meget ud – eller ret langt væk fra sit iltapparat. Han bliver meget let forpustet og skal helst ligge meget ned. Han udtrykker generelt stor bekymring for sit helbred og er ked af sin situation. Han fortæller, at han er bange for, at lungen kolliderer igen, og at han igen skal opleve at *"gå i panik, fordi han ikke kan trække vejret"*, men samtidig fortæller han også, at han er blevet bedre til at mærke symptomerne. Interviewet illustrerer igen, hvordan helbredstilstanden er uløseligt forbundet med levevilkårene: Han beskriver, at han har levet et hårdt liv; har levet som hjemløs i mange år og sovet på togstationer og har i mange år haft et alkoholmisbrug. På spørgsmålet om, hvorvidt han generelt har brugt for eksempel sin læge eller taget på hospital, når han havde brug for det, svarer han med et grin, at han *"ikke har overrendt sin læge"* og *"ikke har misbrugt systemet"*, og at *"det giver bagslag nu"*. Han fortæller endvidere, at hans mor døde af KOL, og interviewet efterlader indtryk af, at den 59-årige er bange for at ende på samme måde. Han siger gentagne gange, at

han skulle have hørt efter rådene fra sin mor, far og lægerne langt tidligere. Som interviewuddraget nedenfor viser, er han tydeligt frustreret og sur på sig selv, fordi han, som han siger, inderst inde godt har vidst, hvor det bar hen, hvis ikke han stoppede med at drikke og ryge cigaretter:

Informant: "Jeg bliver pisseforbandet, ikke. Fordi allerede inden min mor døde, der havde hun været på dén der [peger på iltapparatet ved sengen] i 8 år, ikke."

Interviewer: "Okay, så du kendte den godt?"

Informant: "Ja. Jeg har ladet den for hende mange gange, ikke. Nu lader jeg den for mig selv." (Uddrag fra interview med en 59-årig mand)

En tredje informant, en 38-årig mand, fik for et halvt års tid siden en hjerneblødning – ifølge informanten selv som følge af sit kokainmisbrug. Han faldt om på gaden, men husker ikke selv episoden. Han fortæller, at han har haft et stofmisbrug siden 14-15-årsalderen og har levet på gaden i mange år. På interviewtidspunktet er han netop blevet udskrevet fra et rehabiliterings- og genoptræningsophold og har fået plads i et botilbud for socialt udsatte med et aktivt misbrug, og som har brug for somatisk pleje. Han er lige begyndt at kunne gå igen – han har en krykke, som han støtter sig til, og hans ene arm er bundet op. Under interviewet er han meget urolig, og han rejser sig og sætter sig gentagne gange. Han siger, at uroen skyldes, at han har ADHD. Han fortæller også, at han har *"utroligt mange smerter"*, og at det gør ondt, når han går:

"Jeg fik en hjerneblødning. En blodprop i hjernen eller en hjerneblødning, så jeg havnede i kørestol. Så jeg er kun lige først kommet op at gå, så jeg har utroligt mange smerter, når jeg går. [...] Jeg kan simpelthen ikke holde det ud. Jeg har ondt fra morgen til aften. Det er ikke til at holde ud for nogen mennesker. [...] Jeg faldt jo om. Jeg husker det ikke rigtigt selv. Lige pludselig vågner jeg bare op på hospitalet, og så sidder jeg i en kørestol, ikke. Altså, det er skræmmende." (Uddrag fra interview med en 38-årig mand)

Senere i interviewet fortæller han, at smerterne er blevet værre, efter han er kommet hjem fra rehabiliteringsopholdet, fordi nu, hvor han skal *"tilbage i livet"*, er han nødsaget til at gå mere. Smerterne forværres også i kombinationen med hans ADHD, der, som han udtrykker det: *"skyder mig rundt alle mulige steder. Jeg kan jo ikke sidde stille"*, siger han.

De tre informanternes fortællinger indfanger nogle centrale og generelle karakteristika ved socialt udsattes helbredssituation. De viser den mangfoldighed af helbredsmæssige problemer og de omfattende konsekvenser ved et dårligt helbred, fx i form af smerter, isolation og bekymringer, som er kendetegnende for hovedparten af de interviewede socialt udsatte.

I en tidligere undersøgelse af socialt udsattes oplevelser af eget liv og sundhed, er et centralt fund, at et dårligt helbred på mange måder opleves som et grundvilkår ved livet som socialt udsat, og at grænserne for, hvad der helbredsmæssigt tolereres og accepteres, hele tiden flyttes (Pedersen 2009). Dette går igen i interviewene til denne undersøgelse. En 59-årig mand fortæller, at han for cirka fem år siden fik konstateret tuberkulose, men at han igennem mange år inden da følte sig syg og havde det dårligt. Han blev indlagt *"i tide og utide"*, men lægerne havde svært ved at finde ud

af, hvad han fejlede. Som han fortæller i nedenstående citat, tilskrev han ikke sin dårlige tilstand noget fysisk, men i stedet noget psykisk og socialt:

Informant: "Jeg har jo gået rundt i rigtig mange år og følt, at jeg havde det dårligt, men jeg havde jo ligesom troet, at det var noget med min psyke at gøre, fordi jeg har levet et rimeligt barsk liv. Altså, jeg var jo slidt i en meget ung alder. Altså, på den måde har jeg ligesom bare tillagt det dét. Og ikke set det fysiske. Jeg har gjort det mere socialt, altså, inde i mit eget hoved, ikke, altså. Og hele min opvækst og alle de ting, jeg ligesom har været igennem for at nå hertil. Så jeg har haft svært ved ligesom at... ja, det har jeg sgu stadigvæk..."

Interviewer: "Ja, at det rent faktisk var noget fysisk...?"

Informant: "Ja. Og det har jeg jo ligesom så bare lagt det hen med, ikke. Og jeg har heller ikke været syg på dén måde, men hvor jeg har lært at leve med det og med at have det dårligt, fordi hele min barndom har været lidt dårlig [...] Så jeg troede jo bare, det var mig, der var psykisk ude af balance og ikke kunne finde ud af noget og... [...] Så tænkte jeg bare, jeg var syg oven i hovedet, og at det må jeg bare lære at leve med det. Og det har jeg gjort." (Uddrag fra interview med en 59-årig mand)

Interviewuddraget illustrerer den oplevelse som flere af de interviewede har af, at helbredsproblemer og fysisk dårlighed synes at høre med til livet som socialt udsat og blive et vilkår, man lærer at leve med.

I interviewene med de sundhedsprofessionelle beskriver de helbredstilstanden og livssituationen for nogle af de grupper af socialt udsatte, som jeg ikke har haft mulighed for at interviewe, herunder fx gruppen af udsatte med dobbeltdiagnose, gruppen af udenlandske borgere og gruppen af udsatte unge. De sundhedsprofessionelle oplever, at de ser flere og flere socialt udsatte i disse tre kategorier, hvilket beskrives som en stærkt bekymrende udvikling. En sygeplejerske fortæller eksempelvis, at han oplever, at det i mange tilfælde er gruppen af dobbeltdiagnosticerede, der "*laver de alvorlige episoder på gadeniveau*", blandt andet fordi han oplever, at de "*går uden medicin*". Han oplever denne gruppes adfærd og dagsrytme som mere uforudsigelig end andre grupper af socialt udsatte. De sundhedsprofessionelle oplever generelt gruppen af socialt udsatte mennesker med dobbeltdiagnose som værende "*virkelig dårlig*" både socialt, fysisk og psykisk. De beskrives som "*svært sindssyge*", "*massivt misbrugende og massivt misbrugsstyrede*", "*massivt omsorgs-svigtede*" gennem det meste af livet, og som "*aparte og udadreagerende*" i deres opførsel og omgang med andre mennesker. En leder af et botilbud for socialt udsatte med både et stofmisbrug og en psykisk sygdom illustrerer gruppens ekstremt dårlige trivsel og livssituation med følgende kommentar:

"... mellem 40-60 % af tiden, der vil jeg karakterisere [botilbuddet] som en lukket afdeling i åbent regi. Og det er jo helt vildt. Det er jo helt vildt." (Uddrag fra interview med en leder af et botilbud)

Samtidig er det ifølge de sundhedsprofessionelle en gruppe, hvis behov for behandling, hjælp og støtte i vid udstrækning ikke imødekommes af sundhedsvæsnets generelt og af psykiatrien i særde-

leshed. Denne problematik beskrives nærmere i temaet vedrørende socialt udsattes møde med psykiatrien. Problematikken foregribes dog i nedenstående interviewudrag, hvor en sygeplejerske beskriver en kvinde med dobbeltdiagnose, som hun jævnligt møder i sit daglige arbejde:

”Vi har lige haft én oppe på patientgennemgang her i morges, som er... Jeg ved faktisk ikke, hvor hun oprindeligt er fra, men hun har været dansk gift... så er hun blevet skilt, har boet hos en eller anden mand i [by], har ikke dansk CPR-nummer længere. Har ikke nogen adresse. Svært, svært psykisk syg. Og svært forpint. Og så tager hun fra [by], når hun ikke kan være der og har gjort sig for upopulær. Og så hænger hun ud på [bydel i København], nærmest indtil hun bliver tvangsindlagt. Det er simpelthen skruen uden ende. Hun er så dårlig, altså, virkelig, virkelig dårlig. Smider tøjet. Hun tror, vi har taget hendes blod og drukket det, og ”nogle har taget mine børn” og... Går fra at være sådan ”åh, åh”, helt grædende, til at være stangpsykotisk, og man tænker: ”Nu slår hun mig om lidt”. Nu har vi diskuteret det med en læge her til morgen, ikke, som nu siger: ”Jamen, vi bliver nødt til at tage ansvaret, fordi der er ikke nogen andre, der gør det”. Hun har ikke nogen behandle-kommune. Hun er ikke tilknyttet nogle steder – hun flygter bare rundt i systemet og har det ad helvedes til, ikke. Nu må vi tage affære, og så må vi se, hvordan... Hvad kan vi gøre? Kan vi på en eller anden måde få hende umyndiggjort og få sat en værge på? Nogle der kan hjælpe hende. Hun er blevet indlagt gentagne gange både i [by] og her, og det bliver faktisk ikke rigtig bedre. [...] Prostituerer sig for ingenting. Altså... Helt forfærdeligt. Og det går man jo og er vidne til. Nogle gange så snakker vi også om det der med, at hold kæft, hvor man vidne til rigtig meget hver dag. Rigtigt dårlige, syge mennesker, der bare går rundt.” (Uddrag fra interview med en sygeplejerske)

Interviewudraget afspejler en generel holdning blandt de interviewede sundhedsprofessionelle om, at socialt udsatte med en dobbeltdiagnose ikke synes at modtage tilstrækkelig hjælp af det etablerede sundhedsvæsen og ender med at cirkulere syge rundt i systemet, uden at nogen tager ansvar for at hjælpe dem. Forskere har tidligere beskrevet, hvordan nogle socialt udsatte ender i en sådan *institutionel rundtur* (institutional circuit), når de bevæger sig ind og ud af herberger, væresteder, fængsler, hospitaler – og sidstnævnte oftest i form af akut behandling i skadestuer og ikke som mere varige indlæggelser (Luhmann 2007, Hopper 2003).

Også gruppen af udenlandske borgere udgør ifølge de sundhedsprofessionelle en særligt udsat gruppe med ekstremt dårligt helbred og kun få muligheder for at få behandling og hjælp, idet de kun har ret til akut behandling og ikke længevarende udredning og behandling. Nogle sundhedsprofessionelle beskriver arbejdet med denne gruppe som et ”gråzonefelt”, fordi det er vanskeligt klart at afgrænse akutte helbredsproblemer fra mere kroniske helbredsproblemer.

Som nævnt udtrykker de sundhedsprofessionelle også bekymring over den tilsyneladende voksende gruppe af socialt udsatte unge, som af flere beskrives som havende svære psykiske problemer. Interviewene giver ikke umiddelbart indtryk af, at de udsatte unges somatiske helbred er væsensforskelligt fra ældre socialt udsatte, hvilket kommer til udtryk i nedenstående interviewudrag. Informanterne oplever en stigning i antallet af unge, der visiteres til botilbuddet – dette på trods af, at botilbuddet betegnes som værende et sidste stop (hovedparten af beboerne dør hos dem) og målrettet borgere, som er mere eller mindre opgivet af det etablerede system, og hvor alle øvrige tilbud er forsøgt. De fortæller:

Interviewer: "Men er de unges helbredsmæssige tilstand, er den, jeg mener, de har jo ikke været i det udsatte liv så længe, så jeg tænker, er deres helbredsmæssige tilstand bedre end nogle af de andre beboere, I ser, eller hvordan...? Eller er de allerede skadet?"

Informant 1: "Både og, altså, man kan jo sige, vi mistede en borger på, hvad var han, 31, før jul, ikke. Og ham havde vi jo talt rigtig meget om, at han var alt for ung, og han var en af dem, vi havde snakket om, "han skal videre", altså, hvis der er nogen, der skal videre fra [botilbuddet], så er det da ham, ikke. Og han døde før jul, og han var velanbragt. Hans deroute kom af, at han havde fået HIV og sukkersyge og epilepsi og havde mistet hele sit netværk, ikke."

Informant 2: "Og sin kæreste."

Informant 1: "Og så var han begyndt at drikke, ikke. Så han var jo velplaceret, og han var jo virkelig somatisk dårlig. Han fremstod ikke dårlig på den måde, vi er vant til at se, så vi blev også lidt overraskede, da han gik bort. Vi havde ikke helt forventet, at det var så hurtigt. Men vi kunne godt se, hvor det bar henad, ikke. [...]"

Informant 2: "Der er måske noget fysisk styrke tilbage, som man... Men jeg vil sige... de unge borgere, vi har sagt ja til herude, de er rigtig dårlige. De er virkelig dårlige, altså. Der tænker man, at der sidder en 55-årig foran én. Det er ikke, fordi de adskiller sig væsentligt fra den øvrige målgruppe, det er det altså ikke. Ja, det er en trist udvikling." (Uddrag fra interview med en leder og en afdelingsleder på et botilbud for socialt udsatte med et aktivt forbrug af alkohol og/eller stoffer).

En imponerende overlevelsessevne

På trods af et væld af sygdomme og helbredsproblemer synes der at være en imponerende overlevelsessevne blandt undersøgelsens socialt udsatte. Som en sundhedsprofessionel udtrykker det: "*de her mennesker, de er ædt op, og de har så mange somatiske lidelser, men de trasker rundt alligevel*". Den stærke overlevelsessevne illustreres i interviewuddragene nedenfor:

Informant 1: "Vi har en kvinde herude, som har været i regiet i 20 år [...] Hun har nogle hjerneskadener, nogle lammelser som følge af hendes misbrug. Hun har været hardcore IV-misbruger, hun har været prostitueret, hun er blevet stenet af en kæreste, hun er blevet forsøgt kvalt af en kæreste, hun er blevet brændt ned af en kæreste her... altså, det er inden for de sidste 3-4 år, jeg taler. Og hun lever endnu."

Informant 2: "Og sidder og fester oppe på værelset sammen med andre beboere..."

Informant 1: "Fuld fart fremad. Så er der ikke noget hår i et halvt års tid, fordi nu er hun blevet brændt ned, og så lå hun på hospitalet i fem måneder for det. Tilbage igen... wup." (Uddrag fra interview med en leder og en afdelingsleder på et botilbud)

For en 47-årig, kvindelig informant, der tidligere har levet et ekstremt hårdt og udsat liv med massive helbredsproblemer til følge, er helbredet nu i bedring, fordi hun er stoppet med at drikke og har fået et mere stabilt liv. Hun bor på interviewtidspunktet i et botilbud og har et aktivt stofmisbrug og har haft det i mange år. Hun har tidligere misbrugt både alkohol og stoffer og har skiftevis haft egen bolig og boet på gaden. Hun fik konstateret bugspytkirtelbetændelse (forårsaget af hendes alkoholmisbrug), da hun var i starten af 30'erne – en sygdom, som er karakteriseret ved stærke mavesmerter. Sygdommen gjorde, at hun efterfølgende stoppede med at drikke. Derudover lider hun af en nervesygdom, der gør, at hun har smerter, og at hun falder og har svært ved at styre sine bevægelser. I interviewet fortæller hun, at hun for nylig har været ved lægen og fået at vide, at hendes liv er forlænget med et par år:

Interviewer: "Hvordan har du det i dag? Altså, hvordan er dit helbred i dag?"

Informant: "Det er faktisk godt. [...] Fordi jeg ikke har drukket i så mange år, og fordi jeg har levet så godt og passet på mig selv, så har min krop det fint og er faktisk i bedring. Så jeg har lige forlænget mit liv med et par år, sagde lægen." (Uddrag fra interview med en 47-årig kvinde)

Citatet vidner ikke kun om kvindens imponerende overlevelsessevne og overlevelsesvilje, men også om, at opfattelsen af at have 'et godt helbred' er subjektiv og relativ. Udefra set, og i interviewsituationen, oplevede jeg ikke umiddelbart en kvinde med godt helbred, men fra hendes ståsted, og i forhold til hvor dårligt hun *har* haft det, giver det mening at tale om en forbedret helbredstilstand. Hermed bliver forståelsen af social udsathed som en kompleks, flerdimensionel proces også central og tydelig. Eksemplet med kvinden ovenfor viser, at dét at være socialt udsat ikke er en statisk tilstand, men en proces gennem et livsforløb, hvor man kan være socialt ekskluderet på nogle områder samtidig med, at man bevæger sig mod en højere grad af social inklusion på andre områder.

Opsamling: Socialt udsattes livssituation og helbred

I dette tema har jeg beskrevet livssituationen og det fysiske og psykiske helbred for de socialt udsatte, som indgår i undersøgelsen. Interviewene afspejler stor diversitet og kompleksitet i den sociale udsathed, og dét at være socialt udsat dækker således over vidt forskellige livssituationer og vidt forskellige sociale, fysiske og psykiske problemstillinger. Interviewene viser dog også nogle fællestræk i de socialt udsattes livsbetingelser og i omfanget og karakteren af deres helbredsmæssige udfordringer. Som vist er helbredstilstanden blandt de socialt udsatte, der indgår i undersøgelsen, generelt dårlig og stærkt knyttet til den socialt udsattes øvrige livssituation og livsbetingelser, i form af eksempelvis hjemløshed, et liv på gaden, misbrug og dårlige opvækstvilkår præget af vold, misbrug og omsorgssvigt. Helbredet bærer således præg af at have levet som socialt udsat. Et dårligt helbred synes at være en fast følgesvend og et grundvilkår ved livet som socialt udsat. De interviewede mærker dagligt konsekvenserne af deres dårlige helbredstilstand i form af smerter, isolation og bekymringer for fremtiden. Interviewene vidner imidlertid også om en stærk overlevelsessevne og udholdenhed blandt socialt udsatte på trods af en mangfoldighed af helbredsproblemer og sygdomme. Nogle socialt udsatte oplever da også en forbedring af helbredstilstanden som følge af deres misbrugsophør. Dette understreger vigtigheden af at forstå social udsathed som en flerdimensionel proces, hvor den socialt udsatte også kan nærme sig en højere grad af inklusion på nogle områder, fx i form et forbedret helbred.

Socialt udsattes møder med sundhedsvæsn

I dette kapitel fokuserer jeg på socialt udsattes møder med forskellige dele af sundhedsvæsn, hvad der karakteriserer disse møder, og hvorvidt socialt udsatte oplever at blive udsat for diskrimination og stigmatisering i disse møder. Kapitlet indledes med en kort afklaring af begreberne diskrimination og stigmatisering, som danner en overordnet ramme for kapitlet. Derefter redegør jeg for en central pointe: nemlig dét at nogle socialt udsatte slet ikke – eller kun meget sjældent og i nødstilfælde – har kontakt med det etablerede sundhedsvæsen. Dernæst præsenteres de interviewedes (socialt udsattes såvel som sundhedsprofessionelles) betragtninger vedrørende socialt udsattes brug af og oplevelser med henholdsvis egen læge, somatisk hospitalsvæsen og med psykiatrien.

Diskrimination og stigmatisering

Ifølge Institut for Menneskerettigheder kan diskrimination defineres som: "en usaglig forskelsbehandling, som medfører, at en person får en ringere behandling end andre, det vil sige, at årsagen til forskelsbehandlingen ikke kan retfærdiggøres på et lovligt grundlag. Diskrimination kan have flere grunde – eksempelvis køn, race, hudfarve, religion, politisk anskuelse, seksuel orientering, alder, handicap eller national, social eller etnisk oprindelse".²

Diskrimination indgår ifølge de to amerikanske sociologer Bruce G. Link og Jo C. Phelan som en del af en stigmatiseringsproces (Link og Phelan 2001). Denne stigmatiseringsproces består ifølge Link og Phelan af fire indbyrdes relaterede elementer:

1. Stempling: Stempling er, når menneskelige forskelle eller egenskaber, der har social betydning, udskilles og stemples som anderledes og afvigende.
2. Stereotypificering: Stereotypificering er, når der knyttes uønskede karakteristika og negative stereotyper til de stemplede personer.
3. Adskillelse: De stemplede personer placeres – bevidst eller ubevidst – i særlige kategorier med henblik på at opnå en vis adskillelse mellem "os" og "dem".
4. Tab af status og diskrimination: De stemplede personer oplever statustab og diskrimination, der medfører ulige muligheder. Diskriminationen kan finde sted som individuel diskrimination mellem to mennesker eller som strukturel diskrimination, der kan forstås som regler, procedurer, politikker, normer, rutiner og adfærdsmønstre i institutioner eller andre samfundsmæssige strukturer, der forhindrer minoriteter i at opnå samme rettigheder og muligheder som majoriteten.

² <https://menneskeret.dk/emner/ligebehandling/diskrimination>

Ifølge Link og Phelan er ulige magtforhold en uadskillelig del af stigmatiseringsprocessen – det kræver social, økonomisk og politisk magt at stigmatisere. Der er således tale om stigmatisering, når stempning, stereotypificering, adskillelse, statusstab og diskrimination optræder samtidig i en magtsituation, hvor disse processer får lov at udfolde sig.

I denne undersøgelse danner de to begreber en overordnet ramme for analysen af socialt udsattes møder med egen læge, somatisk hospitalsvæsen og med psykiatrien. Det er vigtigt at understrege, at interviewene ikke viser tegn på, at der foregår en *systematisk, intentionel* diskrimination og stigmatisering af socialt udsatte i sundhedsvæsenet – dette er imidlertid ikke ensbetydende med, at der ikke finder diskrimination og stigmatisering sted. Det betyder, at diskrimination og stigmatisering er betinget af situationen og af socialt udsattes relation til bestemte sundhedsprofessionelle, hvilket uddybes senere i kapitlet. Det betyder også, som kapitlet vil vise, at diskriminationen sommetider kommer til udtryk i form af en mere indirekte og strukturel diskrimination, hvor selve indretningen og organiseringen af sundhedsvæsenet ikke er tilpasset socialt udsatte borgere med komplekse problemstillinger og behov.

”Jeg venter, til jeg er så syg, så jeg bliver indlagt”: Sporadisk eller manglende kontakt til det etablerede sundhedsvæsen

Det er et centralt fund i undersøgelsen, at nogle socialt udsatte kun meget sjældent og i akutte situationer, eller måske slet ikke, bruger eller *møder* det etablerede sundhedsvæsen. De bruger i stedet primært de særlige sundhedstilbud til socialt udsatte. Flere informanter fortæller, således at de generelt ikke bruger, og aldrig har brugt, egen læge eller venter, til de er så syge, at de bliver indlagt, som det fremgår af citatet nedenfor:

”Altså, typisk går jeg ikke til lægen, fordi jeg er syg. Jeg venter, til jeg er så syg, så jeg bliver indlagt.” (Uddrag fra interview med en 56-årig mand)

En 64-årig mand fortæller tilsvarende, at han i forbindelse med en tarmkræftsygdom undlod at gå til egen læge med symptomerne og i stedet tog på skadestuen, da symptomerne og smerterne tog til:

Informant: ”Jeg havde frygtelig ondt omme bagi. Og så begyndte jeg at tisse blod. Og så tog jeg på skadestuen. Og så røg jeg direkte på bordet i 9 timer. [...] Det havde de ikke regnet med, jeg overlevede. [...]. Jeg tog bare en taxi, fordi... jeg havde voldsomt ondt. Jeg kunne jo hverken sove på den ene eller den anden side. Og så var der begyndt at komme blod i urinen, ikke.”

Interviewer: ”Ja. Havde du tænkt på før, om du måske skulle tage til læge?”

Informant: ”Det er ikke de steder, jeg har rendt allermest, sådan...” (Uddrag fra interview med en 64-årig mand)

Andre holder sig så vidt muligt også væk fra hospitalet, hvilket ofte er relateret til deres misbrug. En 50-årig mand fortæller, at for ham er det ’alkoholen, der bestemmer’. Han drikker op til tre flasker spiritus om dagen og vil ikke på hospitalet, fordi han ikke må drikke der. Selv når den tilknyt-

tede gadesygeplejerske vurderer, at han burde tage til læge eller på hospital, vil han ikke afsted. Så det er først, når han er *"rigtig, rigtig dårlig"*, at han selv ringer efter hjælp. Han fortæller også, at han nogle gange, når han så bliver indlagt, pakker sin spiritus ind og gemmer flaskerne under trøjen – *"jeg er god til at smugle dem ind"*, fortæller han.

Den sporadiske og til tider manglende kontakt til det etablerede sundhedsvæsen synes at have flere årsager. For nogle betyder misbruget mere end helbredsproblemerne. For især mandlige informanter er den manglende kontakt knyttet til ideen om, at man som mand klarer sig selv og klarer sig uden om systemet. Den manglende kontakt til sundhedsvæsnets kan også ses som et udtryk for, at et dårligt helbred opleves som et grundvilkår ved livet som socialt udsat, og som *"noget, man bare lærer at leve med"*, som en informant udtrykker det. Hvis dette er tilfældet, søger man ikke nødvendigvis hjælp til sine helbredsproblemer. Endelig bunder den sporadiske eller manglende kontakt til sundhedsvæsnets i nogle tilfælde også i tidligere negative og diskriminerende oplevelser, som dette kapitel vil vise.

"Han er fremmed for mig": Kontakten til egen læge

For hovedparten af de interviewede socialt udsatte er kontakten til egen læge meget sporadisk eller ikke-eksisterende. For socialt udsatte synes den praktiserende læge således ikke at have den samme centrale rolle som gatekeeper og indgang til sundhedsvæsnets som for store dele af den øvrige befolkning.

Barriererne for at bruge egen læge er mange og af forskellig karakter. De interviewede socialt udsatte oplever for eksempel kravet om tidsbestilling som en barriere, der gør, at nogle i stedet bruger de særlige sundhedstilbud, som ikke kræver tidsbestilling. Økonomi kan også udgøre en barriere. En 42-årig kvinde, som jeg møder i en særlig sygeplejeklinik for socialt udsatte, fortæller, at hun bruger sygeplejeklinikken i stedet for egen læge, fordi hun i klinikken får sin medicin gratis. På interviewdagen besøger hun klinikken på grund af en fixeskade i benet, som hun får udleveret medicin for. Økonomi kan også udgøre en barriere i de tilfælde, hvor der er opstået uoverensstemmelser mellem lægen og den socialt udsatte borger, og hvor borgeren egentlig ønsker at skifte læge, men oplever ikke at have råd til at betale for et nyt sygesikringskort. I sådanne tilfælde kan løsningen blive at undgå at bruge egen læge. Nogle af de interviewede sygeplejersker fortæller om tilfælde, hvor socialt udsatte ikke kan få lov at bestille tid hos egen læge, fordi de mangler at betale et aflysningsgebyr for en tid, de ikke dukkede op til. I deres daglige arbejde og når de ledsager udsatte borgere til læge, oplever de endvidere, at få praktiserende læger er *"decideret fjendtligt indstillet"* over for målgruppen af socialt udsatte og afviser at se dem. De understreger dog, at dette gælder et fåtal af læger.

Flere socialt udsatte har en oplevelse af ikke at have en stabil og tillidsfuld relation til egen læge og en følelse af *"ikke at passe til"* sin læge, hvilket illustreres i interviewudraget nedenfor:

Informant: "Jeg har ikke noget forhold til min læge. Jeg er blevet tvunget til at have en læge, jo, når jeg har en adresse et eller andet sted. Og i kraft af, at jeg har det her med hjertet, så har jeg også haft nogle samtaler med ham. Men det er ikke for min skyld, jeg har de samtaler."

Interviewer: "Nej. Og hvad mener du med det?"

Informant: "Jeg synes ikke, jeg har behov for at snakke med ham, og han er... et eller andet sted, så er han fremmed for mig. [...] Altså, de burde måske have noget adfærdsmodifikation [griner] i forhold til udsatte mennesker, ikke, fordi de er akademiske, ikke. Men jeg har ikke noget forhold til min læge, og det er selvfølgelig også i kraft af, at jeg er flyttet så meget, ikke – 35 adresser på 25 år [griner]. Det giver nogle forskellige læger. [...] Men det er ikke sådan, at når jeg får brev fra hospitalet, at vi så har en aftale om, at så kommer han og forklarer mig, hvad der står i det brev. Altså, det kunne godt have været et tilbud. Jeg føler mig ikke specielt tryk ved ham i virkeligheden. [...] Han er ikke så imødekommende over for mig." (Uddrag fra interview med en 56-årig mand)

Den 56-årige mand er hjemløs og har hjerteproblemer. Som citatet viser, efterspørger han en større grad af imødekommenhed og forståelse fra sin læge samt en bedre og mindre akademisk kommunikation med lægen. Men han udtrykker også et engagement i eget helbred og et behov for konkret og opsøgende hjælp fra den praktiserende læge. Uddraget peger dermed på, at der kan være behov for konkret hjælp til at forstå breve fra hospitalet vedrørende helbredsproblemer.

Socialt udsattes oplevelse af den praktiserende læge som en fremmed, der ikke formår at udvise imødekommenhed og forståelse for livet som socialt udsat, går igen i andre interviews. En anden informant fortæller, at det først var, da han fik en bisidder med, at kontakten til egen læge blev god:

"Jeg måtte simpelthen have hende [en bisidder] med. Hun ringede op til min læge og sagde: "[Informantens navn] føler sådan her og sådan her ved at komme oppe hos dig". Og så kom hun der to-tre gange sammen med mig. Og nu snakker min læge meget – jeg synes stadig, han er sådan lidt, jeg ved sgu ikke, lidt højere til trone, selv nu, at snakke med, men han kommer ud og tager imod mig og giver mig hånden, og han snakker pænt til mig og fortæller mig, hvad han gør på forhånd og sådan noget. Hvor i starten, når jeg kom derop, så følte jeg lidt, når jeg sagde noget, så kiggede han lidt på mig, som om jeg var hypokonder. Har skar mig meget af, når jeg spurgte ind til ting, du ved nok, ikke. Og så var han meget sådan, du ved, så udskrev han bare penicillin uden overhovedet at tilse mig og udskrev smertestillende uden at tilse mig. Og så var det ligesom om, at jeg skulle have en eller anden med mig for at snakke min sag. Og på det tidspunkt var jeg kraftigt alkoholiseret og havde det meget skidt i mit liv og gik ikke i rent tøj og var meget gadedreng, ikke. Og der kunne jeg godt mærke, at når jeg trak det med ind, jamen så kom der den her distance mellem mig og lægen, hvor jeg sidder på den anden side af stolen og tænker: "Jamen, du skulle måske mere kigge efter sådan én som mig, fordi vi er så dårlige til at tage os af os selv". (Uddrag fra interview med en tidligere hjemløs mand, ukendt alder)

Interviewuddraget viser, hvordan tilstedeværelsen af en bisidder kan styrke relationen og forbedre kommunikationen mellem den socialt udsatte og lægen. Uddraget viser også, at informanten tidligere oplevede, at lægen udskrev medicin uden at tilse ham. Dette kan fortolkes som en stemping og stereotypificering fra lægens side af informanten som én, der blot vil have medicin og én, der ikke er oprigtigt interesseret i eget helbred. Oplevelsen af ikke at blive undersøgt ordentligt, men i

stedet få en recept på medicin, går igen blandt nogle af de øvrige informanter og kan bidrage til at forklare, hvorfor nogle socialt udsatte undlader at bruge egen læge. Samtidig vidner det om en udbredt interesse for, og vilje til, at ville forsøge at forbedre sin egen helbredssituation blandt socialt udsatte samt et ønske om at få hjælp hertil.

Nødvendigheden af følgeskab og tilstedeværelse af en bisidder fremhæves også af de sundhedsprofessionelle og især af gadesygeplejerskerne. De vurderer generelt samarbejdet med de fleste praktiserende læger som forholdsvis velfungerende, men understreger også, at et velfungerende samarbejde netop forudsætter, at sygeplejersken bestiller tid, følger den socialt udsatte borger til lægen og er bisidder ved konsultationen. I de situationer, hvor sygeplejersken agerer bisidder, oplever de sundhedsprofessionelle den praktiserende læge som forstående, professionel, grundig og tålmodig. Nogle læger afsætter også længere tid, når de ved, at en sygeplejerske ledsager en socialt udsat borger. Samarbejdet med den praktiserende læge forudsætter som regel et, med informanternes ord, grundigt "fodarbejde" fra sygeplejerskernes side, hvor de står for al kontakt med lægen vedrørende fx behandling, opfølgning på behandling, medicin osv. Sygeplejerskernes fodarbejde indebærer ydermere, at de forestår forhandlinger mellem lægen og borgeren i forhold til, hvad den ideelle behandling eller plan ville være versus, hvad der reelt kan lade sig gøre i borgerens situation. Sygeplejerskernes fod- og forhandlingsarbejde eksemplificeres i nedenstående uddrag fra et interview med to sygeplejersker. Her fortæller de om en 50-årig mand, som de besøger to gange ugentligt:

Informant 1: "Så var jeg inde og hilse på en grønlandsk herre, som er meget dårlig somatisk... hovedsageligt sengeliggende og sidder i en kørestol, han har scoret et eller andet sted. Og drikker utroligt meget alkohol. Han taber sig. Han har været meget, meget syg og har været indlagt, hvor vi faktisk var bange for, at han var ved... at takke af. Men han kom sig så igen og begyndte at spise, men nu er han så faktisk syg og har ligget i sengen med feber de sidste tre dage [...] Han lider jo af mangel på stort set samtlige mineraler og vitaminer og får på baggrund af blodprøver ordineret Mablet [magnesium], B-combin [mod B-vitaminmangel], Unikalk, zink, hele baduljen, ikke. Og så skal han have noget vanddrivende og noget Ciprofloxacin i forhold til, at han får væskeophobning i bughulen. Det eneste, han har råd til, det er den vanddrivende og Ciprofloxacin og Pantoloc [præparat mod mavesår]. [...] Hans egen læge er meget forstående og har været på hjemmebesøg, og vi har lagt en plan for at holde hans medicin nede på et absolut minimum. Så han får simpelthen de minimale doser, og det betyder, at han har medicinudgifter for... 150 kroner om måneden, og det accepterer han. Men det skal så heller ikke være meget mere, for så er han sådan: "Jamen, så gider jeg ikke købe det". Men der har jeg faktisk formået at holde ham stabil. Så det er efterhånden fire måneder siden, han har været indlagt, hvor han i tiden op til dét var indlagt nærmest hver 14. dag for at blive tømt for væske i bughulen. [...] Og det er jo gennem egen læge, som også har været ude at besøge ham og snakke med ham, hvor han jo selvfølgelig også er fuldstændig afvisende over for, hvad lægen kommer med af ideer. Han ved i øvrigt også selv bedst, hvad han har brug for."

Interviewer: "Men er det jeres, hvad skal man sige, fortjeneste? Eller er det egen læge?"

Informant 2: "Det er vores fodarbejde. Og så er det vigtigt, at man har en samarbejdsvillig læge, der vil gå med på den plan."

Informant 1: "Altså, det er jo mig, der har ringet til lægen rigtig, rigtig mange gange. For at få ham indlagt og efterspurgt, at vi får fulgt op på det. Jeg har også efterspurgt, at vi fik lagt en smerteplan. Han lider jo af neuropatiske smerter i benene og har selvfølgelig ondt i kroppen af at være sengeliggende. Det kunne være sådan et smertepaster, som han ikke vil bruge penge på. Det er så ligesom hans eget valg, kan man sige. Men, men, men... et kæmpe fodarbejde og tæt kontakt med den der læge igennem nogle måneder, hvor hun så til sidst siger, jamen, så må hun tage ud og besøge ham. Jeg tror ikke, han ville have fået hjemmebesøg, hvis ikke jeg ligesom havde fået det i stand. Og også deltog i samtalen."

Informant 2: "Hvis vi lægger forarbejdet med at komme oppe hos lægen, så kan vi få rigtigt meget til at ske. Jamen, når vi forklarer: "I kan vælge at ordinere alt muligt, og I får ingenting af dét, I ordinerer, eller vi kan prøve virkelig at skære det ind til benet, og så kan jeg prøve at sælge dem løsningen, som vi skruer sammen i forhold til, for eksempel, 150 kroner om måneden på medicin". Altså, der er lægerne meget velvillige til at sige: "Men okay, altså, så må vi jo...". Kan det hedde multivitamin i stedet for 10 forskellige vitaminer? Så kunne det måske være løsningen, fordi alternativet er ingenting. Og der oplever jeg faktisk, at dén kan man godt sælge. Og så nogle gange siger lægerne: "Jamen, blodprocenten er ved at være lav. Du er nødt til også at spise jern". "Jamen, okay", så forhandler jeg. Så prøver jeg at gå hen til borgeren og sige: "Sådan her, sådan her, sådan her", ikke. Altså, så kan jeg jo også godt gå ind i mit relationsarbejde og sige: "Det skal du altså. Det bliver vi nødt til, og det er på baggrund af dét, og..." Og hvor man så kan sige: "Jamen, okay, tilliden til, at du vil mig det bedste, gør så, at det lykkes". Men igen, det der med bare at have en standard for, hvordan tingene skal se ud, og så ordinere 10, 15, 20 præparater... Jamen, der er ikke 1.000 kroner til det hele." (Uddrag fra interview med to sygeplejersker)

Som interviewuddraget viser, har den 50-årige mand i en periode været alvorligt syg. Han havde tuberkulose, levercirrose og væske i bughulen. Han tabte sig meget, fordi han holdt op med at spise og sultede sig. Han er blandt de interviewede, og han fortæller selv, at han var nede at veje 41 kilo, da han havde det værst. Han fortæller også, at han var meget bekymret og bange, og at disse følelser stadig fylder:

"Når jeg mærker et eller andet i min krop, så bliver jeg lidt... lidt bange. Hvad skal jeg gøre?" (Uddrag fra interview med 50-årig mand)

Sygeplejerskernes grundige fodarbejde og samarbejde med lægen i forhold til hjemmebesøg og til at fjerne alt ikke-livsnødvendig medicin har gjort, at mandens tilstand nu er stabil, og han har fået det bedre.

Interviewene viser, at omkostninger til medicin er en central udfordring for de socialt udsatte. Nogle socialt udsatte, og i særdeleshed kontanthjælpsmodtagerne, oplever, at de ikke har råd til medicin

eller prioriterer medicinen fra til fordel for øvrige udgifter, som fx mad, husleje, alkohol og stoffer. Alkohol og/eller stoffer bruges ofte også bruges at dulme eventuelle fysiske (og psykiske) smerter, skader og sygdomme. Fravalget eller nedprioriteringen af medicin synes imidlertid ikke at være et bevidst, velovervejet valg, men snarere en utilsigtet konsekvens af at leve et kaotisk og et ofte stærkt misbrugspræget liv, hvor ens økonomiske råderum opleves som stærkt indskrænket.

Møder med det somatiske hospitalsvæsen

Deltagerne i undersøgelsen har meget forskelligartede oplevelser med det somatiske sundhedsvæsen. Nogle har generelt positive oplevelser og udtrykker stor taknemmelig, ros og ydmyghed over for det sundhedspersonale, de har mødt. Andre har mere negative oplevelser, hvor de har følt sig stemplet, talt ned til og har følt, at de ikke blev taget alvorligt og lyttet til. Den følgende analyse er struktureret efter disse henholdsvis positive og negative oplevelser og møder med det somatiske hospitalsvæsen.

Positive oplevelser med det somatiske hospitalsvæsen

I det følgende vil jeg præsentere tre socialt udsatte informanternes fortællinger om positive oplevelser med det somatiske hospitalsvæsen og derigennem indkredse, hvad der mere generelt kendetegner de positive oplevelser med hospitalsvæsnets. De tre interviewuddrag eksemplificerer alle en overordnet positiv og taknemmelig holdning.

En 59-årig mand har inden for de sidste cirka fem år haft meget kontakt til hospitalsvæsnets og har været indlagt gentagne gange, blandt andet på grund af tuberkulose, nervebetændelse, KOL og nogle anfald, der gjorde, at han faldt om. På interviewtidspunktet har han boet i egen bolig i et halvt års tid og er på antabus. Tidligere drak han *"rigtig meget"* og har gjort det gennem mange år. Han fortæller, at han overordnet set er tilfreds med den behandling, han har fået. Han har oplevet nogle få negative episoder, men de overskygger ikke hans generelle positive oplevelse af sundhedsvæsnets. Han fortæller:

Informant: "Jeg synes ikke, at jeg har haft sådan nogle... rigtig dårlige oplevelser... Det kan være sådan noget med, at man har ligget og ventet måske et par timer, hvor man har ringet på klokken, og der ikke kommer nogen eller sådan noget. Altså, det er jo sådan nogle små dumme ting, som ikke har haft noget indflydelse på hospitalsopholdet som sådan. Altså, jeg har egentlig... stort set kun gode erfaringer med hospitalet, ja. Jeg kan nogle gange have haft nogen dårlige – ikke dårlige erfaringer på den måde, men oplevelser, hvor jeg ikke synes, de har fulgt nok op på deres arbejde. Hvor jeg ikke er blevet informeret, altså, hvor man nogle gange har følt, at det er gået henover hovedet på mig. Altså, nogle beslutninger, der er blevet taget og sådan noget, ikke. Altså, man er meget ydmyg, når man ligger der, ikke. Så har man ikke lyst til at brokke sig. Og jeg har ikke haft nogen grund til det i og for sig. Ikke sådan rigtigt. Der har været nogle små episoder, ikke. Men det er det pres, der ligger på sygeplejerskerne på hospitalerne i det hele taget, ikke, som nogle gange gør, at de bare ikke kan følge med simpelthen. [...] Overordnet har jeg virkelig været glad for det. Og mig som ellers sagde, "Jeg skal kraftedeme ikke på sygehuset, så vil jeg fandeme hellere dø", ikke. Men jeg må godt nok indrømme, at jeg har revideret min opfattelse af det

danske sundhedssystem meget, efter jeg selv har været så afhængig af det og haft så meget brug for det, som jeg har, ikke. Så har de fået en berettigelse. [...] Jeg tror måske også, én af de ting, der ligger i det, når du er så syg, som du er, så er du taknemmelig for dét, du får. Og når jeg ligger i en tilstand derude, hvor jeg var afhængig af andre mennesker, så tror jeg ikke, at jeg lige sådan ligger og prøver at finde de dårlige sider frem. Så ligger jeg bare og er taknemmelig og ydmyg, ikke, altså. Og glad for det, jeg får." [...]

Interviewer: "Ja. Har du nogen fornemmelse af, om dit alkoholforbrug har spillet en rolle, sådan, i forhold til, hvordan du er blevet behandlet?"

Informant: "Ja, nogle gange har man godt kunne mærke det, hvis man er kommet ind, og man er stinkende stiv eller har lugtet langt væk, ikke også. Men der er det også fordi, når jeg møder sådan et sygehusvæsen, eller når man lige kommer ind og sådan noget, ikke, så er der jo ingen, der ved, hvad det er, der sker og sådan... Og så er man endnu mere udsat eller mere utryg, end man ville være ellers, ikke. Men der er da også nogle af de der, der er nogle stride harper, altså. Selvfølgelig er der det, ikke. Men det må man så bare lære at håndtere, ikke." (Uddrag fra interview med en 59-årig mand)

Den overordnede tilfredshed og dét at være taknemmelig og ydmyg i forhold til den hjælp, man har fået i sundhedsvæsnets, går igen i flere interviews. En 38-årig mand, der har haft en hjerneblødning udløst af stofmisbrug, udtrykker ligeledes stor tilfredshed med sit forløb på henholdsvis hospital og genoptræningscenter. Han var indlagt to måneder på hospitalet og fire måneder på genoptræningscentret. Han siger:

"Jeg synes faktisk, at man har hjulpet mig hele vejen. Og man har faktisk taget højde for, at jeg var narkoman og det hele, så. Det er værst med smerterne, ikke. Men man gav mig noget mod smerter. Så jeg synes faktisk, at de var gode. På [hospitalet], der var de gode. [...] Og [genoptræningscentret] er et meget godt sted. [...] Jeg kan ikke sætte en finger på det. Nej, tværtimod. Det var meget flot." (Uddrag fra interview med en 38-årig mand)

En 64-årig mand, der bor på herberg og blandt andet har været igennem et kræftforløb, fortæller, at han generelt føler, at sundhedspersonalet på hospitalet tager ham alvorligt og lytter til ham, og at han er heller ikke er typen, der "*brokker sig*", fordi han ved, at sygeplejerskerne har "*skide travlt*". Han fortæller videre:

Informant: "Jeg ved, at de har rigeligt at se til, de der sygeplejersker, derfor så er der ingen grund til at snakke grimt til dem, som nogle mennesker gør. Fordi de tror, det er en servicestation eller sådan et eller andet, og at det kun er dem, der er indlagt."

Interviewer: "Og du har altid oplevet at blive talt pænt til og...?"

Informant: "Ja, ja, ja. [...] Det kommer jo også an på, hvordan man er selv, ikke. Altså, jeg har været alkoholiker i 50 år, ikke, så... Derfor kan man godt snakke pænt til folk."

Interviewer: "Ja... Og så bliver man også talt pænt til?"

Informant: "Ja, altså... samtlige hospitaler i [by] ved, hvad [adressen på herberget] er, ikke. Og der er ikke ret mange ædru mennesker og sådan. Så de ved godt, det er alkoholikere eller narkomaner eller begge dele, der bor her. Nej, det har de sgu ikke gjort forskel på. Ikke over for mig." (Uddrag fra interview med en 64-årig mand)

De tre interviewuddrag viser den tilfredshed og taknemmelig, som kendetegner nogle socialt udsatte informanternes positive oplevelser med hospitalsvæsnets. Selvom nogle informanter også beskriver tilfælde, hvor de har oplevet ikke at blive tilstrækkeligt informeret eller inddraget i beslutninger, karakteriseres dette ikke nødvendigvis som negative erfaringer, men tilskrives snarere hospitalspersonalets pressede hverdag og arbejdsforhold. De socialt udsatte informanter tilkendegiver således stor forståelse for hospitalspersonalets arbejdsvilkår og opfatter travlhed blandt personalet som en del af vilkårene for en indlæggelse. For nogle bliver hospitalspersonalets travlhed en forklaring på nogle af de mere negative oplevelser, de har haft; for andre udgør travlheden en væsentlig grund til at opføre sig ordentligt og tale pænt. Som interviewuddragene illustrerer, er det endvidere kendetegnende for det positive møde med hospitalsvæsnets, at informanterne generelt ikke har følt sig stigmatiseret eller diskrimineret på grund af deres misbrug, heller ikke selvom deres tilhørssted har været velkendt af hospitalspersonalet og – måske/måske ikke – forbundet med stereotype forestillinger. Det positive møde med det somatiske hospitalsvæsen afhænger således, ifølge disse informanter, også af den socialt udsattes egen indstilling.

Et fleksibelt sundhedsvæsen giver positive oplevelser

Interviewene viser en klar tendens til, at i de situationer, hvor sundhedsvæsnets og hospitalspersonalet udviser fleksibilitet, kreativitet og tilpasning af forløbet til den socialt udsatte patients særlige situation, er det forbundet med en mere positiv oplevelse for socialt udsatte patienter. Det kan for eksempel være situationer, hvor en socialt udsat patient får lov at være indlagt i en periode i et forløb, som normalt ellers ville være et ambulans forløb, eller hvor patienten får lov at forblive indlagt i en længere periode, end hvad der ellers er normalt. Det kan også være situationer, hvor behandlingsforløbet tilpasses og tilrettelægges på en særlig måde, så det passer til den udsatte patients ønsker og behov. Jeg vil i det følgende eksemplificere disse forskellige former for fleksibilitet.

En sygeplejerske fortæller om en patient, som havde "*rigtig mange*" genindlæggelser på grund af alkoholmisbrug. I forbindelse med en indlæggelse på endokrinologisk afdeling besluttede en læge at beholde patienten i yderligere fem dage, således at vedkommende kunne komme direkte fra hospitalet og over i et kommunalt plejeophold målrettet socialt udsatte i stedet for at blive udskrevet til egen bolig, hvor han ville være overladt til sig selv. Ifølge sygeplejersken var lægens beslutning ikke populær blandt kolleger, fordi patienten netop kunne udskrives til egen bolig. Det viste sig imidlertid at være en vigtig beslutning for patienten, der fik den rette hjælp og ikke har været indlagt siden. Sygeplejersken fortæller:

”Og jeg ringede til den læge, der tog den beslutning, bagefter, og fik sagt det videre til hende, hvor godt det var gået ham [den socialt udsatte patient] bagefter. Og bare sådan for at sige, ”Den beslutning, du tog, om at holde ham fem dage længere har rent faktisk gjort, at han kom afsted til [plejetilbuddet], og at han blev der i så lang tid, og de tog sig af ham. Og han fik snakket med de rigtige mennesker”. Og det blev hun rigtig glad for.” (Uddrag fra interview med en sygeplejerske)

Lægens beslutning om at udøve fleksibilitet blev således et vigtigt vendepunkt i patientens liv.

En anden sygeplejerske giver et lignende eksempel på et positivt forløb, hvor hospitalspersonalet udviste stor kreativitet for at få en behandling til at lykkes. I den omtalte situation ønskede den pågældende patient ikke at være indlagt på hospitalet, og hospitalspersonalets kreative løsning blev derfor at lade patienten være indlagt på en bænk *uden for* hospitalet. Det var, ifølge sygeplejersken, denne kreativitet, der gjorde, at han forblev indlagt og fik den nødvendige behandling:

”Altså, nogle [hospitalsansatte] er jo superkreative, ikke. Jeg har haft en mand indlagt på bænken nedenunder et ambulatorium på [x] hospital, som skulle, altså, kravet var, at han skulle komme op tre gange om dagen og få sin blodfortyndende, og så skulle han have mad. Og så var han indlagt på en bænk. Altså, så lå han simpelthen på bænken to etager længere nede.” (Uddrag fra interview med en sygeplejerske)

Interviewene rummer endnu andre eksempler på betydningsfulde tilpasninger af forløbene til socialt udsatte. En 50-årig mand, der er krigsveteran og bor på et herberg, fortæller, at han har svær PTSD på grund af oplevelser i forbindelse med hans udsendelser som soldat. På interviewtidspunktet går han ydermere til kontrol på hospitalet på grund af en kræftsygdom. Han fortæller, at han er meget tilfreds med sit kræftbehandlingsforløb, og at hospitalspersonalets fleksibilitet og hensyntagen til hans særlige situation har været af stor betydning for ham. Her fortæller han om en aftale, han har lavet med personalet i forbindelse med kontrolbesøgene:

Informant: ”Jeg har jo haft problemer med min hukommelse. Det er også en af bivirkningerne ved PTSD, det er korttidshukommelsen. Så selvom jeg lige havde siddet og snakket med sekretæren, så kunne jeg glemme at taste det ind bagefter i telefonen eller skrive det ned. Og så nogle gange kom jeg ikke. Så der har jeg nu en aftale med dem om, at de ringer to dage før. Altså, det er jo sødt, det er vildt sødt, at de sætter sådan en stjerne ved mig: ”Husk at ringe til [navn]”, ikke.”

Interviewer: ”I forhold til, når du skal til kontrol?”

Informant: ”Ja. Man går til kontrol hver anden måned det første år, og de har jo mange patienter, ikke. Så at de lige husker det, det synes jeg sgu er fint.” (Uddrag fra interview med en 50-årig mand)

Lidt senere i interviewet giver han et andet eksempel på hospitalspersonalets fleksibilitet, som har stor betydning for hans generelt positive billede af sundhedsvæsnets:

Informant: "[De ansatte på en onkologisk afdeling] er søde og rare, og i januar, da jeg blev hjemløs, der havde jeg en eller anden aftale derinde, hvor jeg kom ind og var sådan... jeg var... Der havde jeg det sgu svært. Det fortalte jeg så lægen, og så sad jeg faktisk i over en time og talte, altså hvor tiden gik ud, og hun sagde, "Jeg går lige ud og siger... jeg skyder lige den næste patient". Og så havde hun sgu skrevet noget medicin ud til mig, uden hun sagde det til mig. Så da jeg kom herover til sygeplejerskerne [på en sygeplejeklinik målrettet socialt udsatte], så var der noget medicin, sådan noget afslappende medicin. Det var jeg så ikke interesseret i, men det var meget pænt af hende. Det var sådan noget sederende."

Interviewer: "Så det havde hun egentlig gjort for at prøve at hjælpe?"

Informant: "Ja, ja. Det var simpelthen empati. Hun kunne se, jeg var ked af det, og hun satte sig så over ved siden af mig. Altså, overordnet set, så synes jeg, at den hjælp, man får, om det så er den sociale del eller den somatiske del på sygehuset... der er jeg sateme glad for, jeg bor i Danmark." (Uddrag fra interview med en 50-årig mand)

Dét at lægen tager sig ekstra tid, er empatisk og udskriver afslappende medicin, opleves af den 50-årige mand som en positiv, fleksibel og ekstraordinær gerning i en særligt svær situation, hvor han er psykisk dårlig og lige er blevet hjemløs.

Et eksempel på tilpasning af forløbet ses også i interviewet med en 75-årig mand, der bor på et herberg, og som har et alkoholmisbrug. Han har fået konstateret kræft og fortæller, at han efter tre ugers kemobehandling i samarbejde med lægen (og en sygeplejerske ansat på herberget) besluttede at afbryde kemobehandlingen, fordi han ikke kunne tåle det og blev indlagt hele tiden:

"Og efter tre uger, så blev vi enige med lægen om, at det stopper vi med. Fordi jeg skulle have kemo, og så gik der knap en uge, så var jeg indlagt og lå i 8-10 dage. Så kom jeg ud, og ligeså snart jeg var kommet hjem, så skulle jeg ind og have kemo igen, og så blev det sådan hele tiden. Så sagde vi, "Det stopper vi." "Det kan godt være, I kan forlænge mit liv med 14 dage eller et par år, men hvis jeg skal ligge på hospitalet i de 2 år, så kan det sgu være lige meget". Jeg måtte ikke drikke øl, jeg måtte ikke ditten, jeg måtte ikke daten. Jeg synes, så kan det sgu være lige meget." (Uddrag fra interview med en 75-årig mand)

For informanten var det en positiv oplevelse, at det lykkedes at få tilpasset forløbet efter hans ønsker – selvom det fra et lægefagligt synspunkt måske ikke ville blive karakteriseret som det optimale behandlingsforløb.

I et interview med to socialsygeplejersker fortæller de i tråd hermed om arbejdet med at få "*skruet et behandlingsforløb sammen*", som giver mening for socialt udsatte patienter. De beskriver, at det gode forløb er dét forløb, som er tilpasset patientens ønsker, behov og situation:

Informant 1: "Jeg synes også, at noget af formidlingen i forhold til personalet går lidt på det, man kalder skadesreduktion. Altså, fordi vi er jo så skolet i det her system

med, at hvis det er, at behandlingen er sådan her, så er det sådan, behandlingen er, ikke. Sådan ser den ud, ikke. Men netop det der med, men for denne her patient... de kan ikke, og så må man ændre på det. Og så er dét den bedste behandling for patienten. Altså, at man også hviler i at sige... at vi må undlade kemobehandlingen, fordi patienten kan ikke samarbejde om det eller har ikke ressourcer til det, eller det bliver for svært det her, ikke. Men så kan vi noget andet." [...]

Informant 2: "Nogle gange, så må man sammen med patienten finde ud af, at dét her, det er pakken normalt, ikke, og dét her, det er bivirkninger, og hvis man skal have kemo, så skal man være meget obs på de bivirkninger, man skal være obs på infektioner, og man skal måle sin temperatur, og man skal tusinde ting, ikke. Og det skal man kunne, for at man kan få denne her behandling. Og så er der nogle, der siger, "Det magter jeg simpelthen ikke, men jeg vil gerne komme til de der syv strålebehandlinger", som er, måske lindrende behandling, eller et eller andet. Og så er det så dét, vi gør-agtigt, ikke. Og jeg synes... når vi først er kommet dertil i forløbet i forhold til at få en ordentlig samtale omkring, hvad der giver mening for patienten, så tænker jeg også, at så giver det nogle bedre forløb, ikke." (Uddrag fra interview med to socialsygeplejersker)

Interviewene med den 75-årige mand og de to sygeplejersker viser, at et tilpasset – og ofte reduceret og mindre intensivt – forløb kan være et meningsfuldt forløb for patienter, der er svært socialt udsatte. Sygeplejerskerne oplever dog også sommetider det omvendte forløb, hvor en socialt udsat patient får mulighed for at modtage *"den helt store behandling"*, fordi det lykkes socialsygeplejerskerne at få gjort noget ved patientens sociale situation. En af sygeplejerskerne fortæller:

"Jeg synes, jeg har haft nogle forløb, hvor man som udgangspunkt har sagt, "Vi kan nok ikke tilbyde det her og det her, fordi han lever et kaotisk liv på gaden, så det tør vi simpelthen ikke". Det er jo ikke, fordi, at "den behandling skal du ikke have, fordi du er bare en hjemløs", men "fordi du lever dét liv, så tør vi ikke give dig den behandling". Hvor vi som socialsygeplejersker har haft held til at sige, "Okay, det skal i hvert fald ikke være det springende punkt. Det vil vi rigtig gerne arbejde på" – at denne her patient kommer under tag, kommer under nogle forhold i samarbejde med kommunen, som gør, at han så rent faktisk kan modtage den helt store behandling. Så det har været vigtigt at komme ind dér og sige, "Det skal ikke stoppe, så hvis vi nu løser denne her del, hvad siger I så?". "Jamen, så tænker vi, så giver det god mening". Og der synes jeg, vi har været inde over nogle gange, hvor patienten så faktisk har fået den relevante behandling, fordi vi også har fået løftet nogle sociale ting." (Uddrag fra interview med to socialsygeplejersker)

Negative oplevelser med det somatiske hospitalsvæsen

I det følgende belyser jeg de mere negative oplevelser i forhold til mødet med det somatiske hospitalsvæsen. De negative oplevelser omfatter følelsen af at blive ignoreret af hospitalet, ikke at blive undersøgt grundigt nok, ikke blive taget alvorligt og ikke blive lyttet til. Mere grundlæggende handler det om, at de interviewede socialt udsatte har følt sig stemplet, stereotypificeret og diskrimineret på baggrund af deres sociale udsathed, misbrug, udseende, væremåde og tilhørs-

sted. Interviewene illustrerer således nogle af de forskellige trin i stigmatiseringsprocessen, som blev beskrevet i starten af kapitlet.

Overordnet set indikerer interviewene med både socialt udsatte og sundhedsprofessionelle, at det især er mennesker med et stofmisbrug, der har negative oplevelser med hospitalsvæsnets. De oplever for eksempel, at smerter og misbrug ikke dækkes tilstrækkeligt, når de er indlagt. Den manglende smertedækning bekymrer også på forhånd inden en indlæggelse og kan betyde, at vedkommende undlader at lade sig indlægge. Det er dog vigtigt at understrege, at ikke alle informanter med et stofmisbrug føler sig diskrimineret på grund af deres misbrug.

At man *"som misbruger kommer bagerst i køen. Sådan er det bare"* eller *"bliver behandlet som en narkoman og sat bagerst i køen"* er andre måder, hvorpå de socialt udsatte giver udtryk for disse negative oplevelser med hospitalsvæsnets. Det lykkedes mig ikke at få svar på, hvilke konkrete oplevelser der lå bag disse statements, men de vidner om, at socialt udsatte med et stofmisbrug føler sig forskelsbehandlet, og at det kan have betydning for, om og hvornår de søger hjælp i sundhedsvæsnets til helbredsproblemer. En 47-årig kvinde fortæller i nedenstående citat, at hun, selvom hun var alvorligt syg med en betændt bugspytkirtel, ikke ville på hospitalet, fordi hun forventede, at hun ville komme bagerst i køen. Kvinden boede på det tidspunkt på gaden og havde et misbrug af både alkohol og stoffer. Hun fortæller, at hun var så syg, at hun ikke længere kunne drikke:

"Jeg havde haft det dårligt i noget tid. Og så havde jeg ikke drukket i 3 dage, fordi jeg simpelthen fik kvalme eller kastede op, eller jeg kunne simpelthen bare ikke drikke. Og jeg ville bare hele tiden ligge ned og... Jeg var helt færdig." (Uddrag fra interview med en 47-årig kvinde)

En medarbejder på et værested for hjemløse var chokeret over hendes tilstand og endte med at få hende overtalt til at tage på hospitalet:

"[Medarbejderen] så mig og sagde, "Jeg kan se, der er noget galt med dig. Du har ikke drukket i 2-3 dage i streg. Du lægger dig ned hele tiden, du er opgivende. Jeg har aldrig set dig være sådan her, og jeg har altså kendt dig i fem år". [...] Det var hende, der sendte mig afsted til skadestuen. Jeg sagde til hende, "Nej, jeg gider ikke tage af sted og blive behandlet som en narkoman og blive sat bagerst i køen. Og så er jeg måske den, der er mest syg, fordi jeg har det jo virkelig ad helvedes til. Jeg har ikke lyst til at sidde derude, når jeg har lyst til at ligge ned hele tiden". Så sagde hun, "Jamen, så ringer jeg og siger, du kommer, og hvis de ikke tager dig ind inden for en time, så kommer jeg derud". [...] Og det vidste jeg, hun ville gøre." (Uddrag fra interview med en 47-årig kvinde)

Det lykkes således medarbejderen at overtale kvinden til at tage på skadestuen, hvor hun senere fik konstateret betændelse i bugspytkirtlen.

I tråd hermed beskriver en læge, der arbejder frivilligt i en sygeplejeklinik på et herberg, en udbredt skepsis i forhold til at blive indlagt blandt de socialt udsatte med et misbrug, som hun møder. En skepsis, der ifølge lægen er relateret til en oplevelse af at blive dårligt behandlet og en opfattelse

af, at de *"bare bliver sendt hjem igen"*. En del af lægens arbejde i sygeplejeklinikken er således at forsøge at overtale og motivere borgerne til at tage på hospitalet.

Socialt udsattes oplevelse af, at de udsættes for længere ventetid på for eksempel skadestuen end andre, bekræftes også af de sundhedsprofessionelle. En sygeplejerske, der tidligere har arbejdet på en akutmodtagelse, fortæller, at det var velkendt hvilke reaktioner fra hospitalspersonalet, der kunne få socialt udsatte patienter til at gå igen:

"Da jeg var på modtagelsen, der vidste jeg jo godt, hvad jeg skulle trykke på for at få dem til at gå. Forstået på den måde, at det ligger jo i os alle sammen, at hvis det hele vælter, og der er super travlt, og der er nogen, der så står og råber midt på gangen. Når han så har råbt længe nok, og jeg ikke reagerer, så går han jo. Og min undskyldning vil jo altid være, at der er nogle, der er dårligere. "Du står jo og råber, og så længe du råber, så trækker du vejret". Så hvis der er andre, der ikke trækker vejret, så er dem, jeg hiver fat i først, ikke." (Uddrag fra interview med en sygeplejerske)

Ved at ignorere den socialt udsatte patient og lade vedkommende vente i længere tid, kunne sygeplejersken således få patienten til at forlade hospitalet.

Det er karakteristisk for socialt udsattes negative oplevelser med hospitalsvæsnets, at det handler om at føle sig ignoreret, ikke at blive taget alvorligt eller lyttet til og ikke blive undersøgt ordentligt, hvilket de tre følgende interviewuddrag illustrerer. En 65-årig stofmisbrugende kvinde, der jævnligt er på hospitalet på grund af skinnebessår og rosen, har meget stærke negative holdninger til ét bestemt hospital og har ikke lyst til at komme der, fordi hun føler sig ignoreret og talt ned til af hospitalspersonalet. Hun siger:

Informant: "Jeg er meget træt af [hospital], fordi der synes jeg, at man bliver rigtig, rigtig dårligt behandlet. [...] Jeg havde skrevet en... fordi de ignorerede mig bare... så skrev jeg en seddel, altså, sådan en A4, at jeg havde brug for at snakke med en læge og sådan noget. Og så kørte de mig bare ind på en stue og lukkede døren. [...] selvom jeg skrev en seddel om, at nu, synes jeg, at der skulle ske noget. Så kiggede de bare igennem mig, og så kørte mig ind på en stue og lukkede døren..."

Interviewer: "Ja, og hvad, altså, kom der ikke nogen ind og så til dig, eller hvad?"

Informant: "Nej. Og jeg havde ikke fået noget mad og ikke noget medicin eller noget."

Interviewer: "Nej, og hvad skete der så? Tog du så bare derfra?"

Informant: "Nej, altså, så... Det var næsten nat, så kom lægen, og så sagde han, at jeg godt kunne tage hjem." (Uddrag fra interview med en 65-årig kvinde)

En 47-årig kvinde fortæller, at hun i en årrække ofte besvime og faldt om, og at hun, når hun blev kørt på hospitalet, fik at vide, at det var *"narko- og drukepilepsi"*. Først omkring ti år senere konstaterer en læge, at hun har nervebetændelse (neuropati):

"Mange af mine evner var nedsat. Der vidste jeg ikke, hvad det drejede sig om, men... der besvimede jeg meget og røg på hospitaler. Så fik jeg at vide, det var narko- og drukepilepsi. Kunne ikke styre mine ben og sådan noget, faldt om og sådan nogle ting, ikke. Og kunne ikke sådan huske det. [...] Altså, jeg boede meget på gaden, da det startede, ikke. Og så vågnede jeg op i ambulancer, hvor sygehuset siger til mig, "Jamen, det er narko- og drukepilepsi." [...] Indtil man kommer op til lægen og fortæller symptomerne, så siger han, "Det er ikke narko- og drukepilepsi. For det første kan de ikke stille en diagnose, uden at have rørt ved dig eller testet dig og spurgt dig om noget. Det er nok nærmere neuropati, du har, fordi knæene knækker sammen. Man kan simpelthen falde."

[...]

Dér har jeg ikke følt, at jeg har fået en ordentlig behandling. Fordi jeg er også gået hjem fra hospitalet med sådan en følelse, "Hvad skete der lige dér? Hvordan kan I sige, at jeg har narko- og drukepilepsi?" For det første, hvis man har epilepsi, skal man have Rivotril'er. Og for det andet, jeg skal da behandles for det, hvis jeg har noget, der minder om epilepsi, altså [griner]. Og I kan da ikke bare sige det ved, at I kommer ud til et opkald, hvor jeg er besvimmel, og I får at vide, jeg er besvimmel, og jeg er narkoman... Det var sådan noget – tit på sedlerne, så stod der, "Kendt narkoman, besvimmel ved [en station]. Kan ikke huske noget, da vi vækkede hende" og sådan noget, ikke. Totalt nedværdigende, altså.

[...]

Jeg har følt, at de ikke tog mig alvorligt, når jeg faldt, og så 10 år senere finder man ud af, at det er noget helt andet end dét, man har fået at vide. Og jeg har heller ikke kunnet forstå det, når man ved, at epilepsi... jeg har haft en kæreste og en veninde, der havde epilepsi, som begge to fik piller mod det... så kan man jo heller ikke forstå... Så tænker man, "Epilepsi, jamen, er det ikke noget, man får piller imod?" (Uddrag fra interview med en 47-årig kvinde)

En 62-årig mand, som jeg møder i forbindelse med et besøg på en sygeplejeklinik målrettet socialt udsatte, fortæller straks om en negativ oplevelse, han har haft med hospitalsvæsnets, da jeg spørger ham, hvordan han føler sig taget imod, når han skal på hospitalet. Episoden foregik på en neurologisk afdeling, hvor han havde en samtale med en yngre læge. Den 62-årige havde en gadesygeplejerske med som bisidder ved samtalen. Hans oplevelse var, at lægen troede, han var alkoholiker, og at han følte sig talt ned til og stemplet som alkoholiker. Han fortæller, at *"det handlede om automatik"*, og at *"lægen havde et billede inde i sit hoved af, hvem hun skulle møde, og hvem jeg var, og så handlede hun ud fra dét"*. Det var hans opfattelse, at lægen blandt andet stemplede ham på grund af hans røde næse – han siger: *"det ligner en portvinstud, men det er det ikke. Det skyldes min hudsygdom"*. Han fortæller endvidere, at gadesygeplejersken, der ledsagede ham, blev meget vred og skældte lægen ud. Ved det efterfølgende besøg fik han en ny læge. Informanten fortæller, at episoden har fyldt meget for ham, og at han har brugt lang tid på at fortrænge den.

De tre interviewuddrag illustrerer de oplevelser af at blive ignoreret, ikke at blive taget alvorligt og ikke at blive undersøgt grundigt nok, som går igen i flere af interviewene med socialt udsatte, og som peger på, at socialt udsatte er i særlig risiko for at blive udsat for stigmatisering og diskrimination. Flere socialt udsatte informanter efterlades med et indtryk af, at hospitalspersonalet drager forhastede, forudindtagede beslutninger, stempler og stereotypificerer på baggrund af deres socia-

le udsathed, misbrug, udseende og væremåde. I mange tilfælde, som for den 47-årige kvinde ovenfor, har hospitalspersonalets stemping og fokusering på misbruget alvorlige konsekvenser for de socialt udsatte, for eksempel når det blænder for at stille den rigtige diagnose.

Nogle socialt udsatte føler sig stemplet og diskrimineret på grund af deres tilhørssted og konkrete adresse. En 65-årig kvindelig beboer på et botilbud for socialt udsatte med et aktivt misbrug fortæller, at hun oplever at blive mødt med nedsættende kommentarer fra hospitalspersonalet:

Informant: "Sidste gang, jeg var derinde [på hospitalet], der var der en sygeplejerske, der sagde: "Jamen, hende kender jeg godt... hun kommer i tide og utide, og hun er ikke til at hakke og stikke i". [...] "

Interviewer: "Og hvordan, tror du, kan det være, at du får sådan nogle kommentarer?"

Informant: "Ja, altså, det er, når man siger, at man bor her, ikke, så..." (Uddrag fra interview med en 65-årig kvinde)

En sundhedsprofessionel giver et tilsvarende eksempel, hvor en borger har følt sig forskelsbehandlet på grund af sin adresse. Den sundhedsprofessionelle, en leder af et herberg, fortæller, at der i umiddelbar nærhed af herberget ligger et socialpsykiatrisk botilbud, som på et tidspunkt havde massive problemer med væggelus. I forbindelse med et hospitalsbesøg oplevede en beboer på herberget, at personalet forvekslede hans tilhørssted på herberget med botilbuddet, og at beboeren af personalet fik at vide, at han først skulle i bad og afsprittes, før nogen ville hjælpe ham. Lederen af herberget beskriver episoden som "*enormt krænkende*" for beboeren, og fortæller, at beboeren følte sig "*stemplet*", eftersom han ikke boede på botilbuddet, og eftersom herberget har faste procedurer for forebyggelse af væggelus og derfor ikke har udbredte problemer hermed. Eksemplet viser et tilfælde, hvor hospitalspersonalets behandling af borgeren formes af bestemte forestillinger om en konkret adresse og dermed er en del af en stigmatiseringsproces, hvor disse forestillinger tenderer til at smitte af på en bredere målgruppe.

De negative oplevelser – set i bredere perspektiv

I det følgende vil jeg belyse socialt udsattes negative oplevelser med sundhedsvæsnet i et bredere perspektiv. Både sundhedsprofessionelle og socialt udsatte kommer i interviewene med deres bud på baggrunden for de negative oplevelser og for socialt udsattes oplevelser af diskrimination og stigmatisering, og hvad dette mere grundlæggende handler om.

De peger blandt andet på, at oplevelserne af diskrimination og stigmatisering beror på den socialt udsattes indstilling, attitude og væremåde. "*Der skal to til en tango*", som en sygeplejerske udtrykker det. Begge grupper af interviewede beskriver, hvordan socialt udsatte nogle gange opfører sig anderledes end andre borgere eller patienter på fx et hospital; de kan være "*højtråbende*", "*utålmodige*", "*besværlige*", og at de kan have svært ved at forstå og følge rutiner og arbejdsgange på et hospital. Nedenstående dialog mellem to sygeplejersker illustrerer denne 'anderledeshed':

Informant 1: "De er så også besværlige patienter. Det er de jo. Det kan vi jo ligeså godt indse. De er svære at rumme på en afdeling. De skal ryge hele tiden, de skal

finde deres stof, og de skal lige se, om der er et eller andet, de kan bruge til noget inde på nabostuen. Altså, "så skal vi lige snakke med nogen", så skal de lige drikke nogle bajere... Altså, sådan er det jo. Og meget af det er jo fordomme, men meget af det er også virkelighed. Altså, fordi de er sgu røvbesværlige, vi ved det jo godt, ikke. De er svære at rumme."

Informant 2: "Jeg kan huske... en af vores beboere [på et herberg], der kom tilbage... Han var blevet taget i at have været inde på stuen og stjålet ting fra gamle damer, ikke. Altså [griner]. Men det er jo dét, de lever af... Det er ikke okay, men det er det, de lever af. Altså, når de så kommer ind på en afdeling, hvor der ligger en telefon, hvor der ligger tre pengepunge, altså..." (Uddrag fra interview med to sygeplejersker)

Den socialt udsatte patients anderledes adfærd uddybes nærmere i kapitlet 'Sundhedskompetence og kulturel sundhedskapital'. Hensigten her er at bidrage til at forstå, hvorfor diskriminerende situationer kan opstå.

Socialt udsattes negative oplevelser med hospitalsvæsnets kan, som nogle sundhedsprofessionelle udtrykker det, også være et spørgsmål om, hvorvidt der er god kemi mellem patienten og sundhedspersonalet. En sygeplejerske siger:

"Der er jo noget stigmatisering i, at man kommer ind og ser anderledes ud, og man ikke har fine tasker med, at man kommer med sorte sække, eller har armbåndet på fra sidste indlæggelse. Altså, det syner jo langt væk af, at den ikke er heeelt god, ikke. Så på den led er der selvfølgelig... Men... jeg synes bare, jeg oplever... noget personale, som er bedre til at håndtere dem. Vi havde én, som... hun havde været her i weekenden, og det gik helt galt nede på akutmodtagelsen, og så ville hun ikke komme ind ugen efter. Så ringede de fra hendes herberg og sagde, "Du bliver simpelthen nødt til at gå med hende, når hun skal indlægges". "Jamen, det kan jeg ikke, for jeg laver noget andet". Og så gik jeg ned og fandt hende lidt efter, og så er hun bare... anderledes. Altså, hun er også selv kommet med en anden holdning til denne her indlæggelse. Hun kommer ned til en sygeplejerske, som går rundt og joker med hende og har en anden jargon, og så falder hun fuldstændig til patten og synes, det er fint at være der, ikke. Så det handler igen om noget kemi, og hvordan de håndterer dem." (Uddrag fra interview med en sygeplejerske)

Som sygeplejersken påpeger her, kan socialt udsatte patienters udseende og væremåde danne grobund for en stigmatisering, men samtidig afhænger oplevelsen af mødet mellem patienten og personalet også af begge parter indstilling og af relationen mellem dem. Nogle hospitalsansatte kan 'håndtere' målgruppen – andre kan ikke.

De interviewede socialt udsatte bekræfter denne anderledes opførsel. I et interview forklarer en tidligere hjemløs informant, at en eventuel anderledes adfærd blandt socialt udsatte ofte beror på tidligere oplevede svigt. Han fortæller:

Informant: "Hvis en hjemløs sidder på, for eksempel, skadestuen og går op efter tre timer og spørger, "Hvornår er det min tur?". Og får det samme kedelige svar, som alle vi andre gør, når vi kommer op til skranken. Så føler de det meget mere personligt, end vi andre måske gør. Fordi vi kan sidde og sige, "Det er fandeme også for dårligt", eller du ved nok, "Nu har jeg siddet her i tre timer", og andre siger, "Ej, men de har også travlt", og "Vi venter bare". En hjemløs føler bare, der bliver sagt til dem, "Ja, nu skal du bare sætte dig ned og vente til, det er din tur". De føler sig irttesat. De føler det meget personligt og ubehageligt, og det gør tit, at de rykker op og går."

Interviewer: "Men hvorfor føler man det?"

Informant: "Fordi man gentagne gange har oplevet en ubehagelig behandling eller at blive tilsidesat. [...] Altså, hvis du har prøvet... at blive behandlet forkert på gaden. [...] Jeg stod og snakkede med [en hjemløs], som var én af dem, som har prøvet at opleve at blive tisset på, mens han lå og sov, ikke. Og han sagde faktisk noget... han ramte faktisk hovedet på sømmet meget godt. Dét der med, når din personlige værdighed er blevet nedgjort på den måde, så skal der ikke meget af et skævt smil og et stift ansigt til, før du føler, at du bliver set sådan på én gang til, ikke? Og så er det, du giver meget op, personligt. [...] Og bliver tonen bare lidt hård, du ved nok, så sker der en misforståelse. For du føler simpelthen, at den der personlige værdighed du har, den er blevet taget så meget fra dig, så du misforstår tit og ofte en situation eller bliver ked af det og bange, fordi det minder dig om noget. Og det kan jeg godt forstå, hvad han mener med... at man er kommet så langt ned til sidst, og man føler sig så svigtet, så man tror bare ikke på, at der er nogle, der faktisk er der for dig, vel." (Uddrag fra interview med en tidligere hjemløs mand, ukendt alder)

Denne informant byder ind med en forklaring på, hvorfor nogle socialt udsatte kan opfatte situationer, som for eksempel ventetiden på et hospital, anderledes end andre mennesker, og hvorfor de kan tage personalets kommentarer personligt, føle sig irttesat og misforstå situationer.

På tilsvarende vis fortæller en hjemløs mand, at hans grundindstilling i mødet med andre mennesker er, at han ikke forventer en ordentlig behandling. Han siger:

Informant: "Den sidder dybt i mig, den der... at hvis jeg bliver behandlet, sådan som jeg forventer, så er det en tilfældighed, desværre."

Interviewer: "Vil du prøve at sætte lidt flere ord på det, eller give et eksempel? Hvad er det, der ligger bag?"

Informant: "Jamen, jeg tror jo på det bedre i alle mennesker. Men jeg tror jo også, vi alle sammen er forskellige. Når jeg kommer på hospitalet, for eksempel, så er det jo altid en overraskelse, hvem man møder, altså. Og hvordan de taler til én. Det er en tilfældighed, hvis det er én, som man klinger med på en eller anden måde, så man kan forstå hinanden. [...] Det er, fordi jeg har været alene hele mit liv i virkeligheden, og mine forældre, de havde ikke tid til at have børn i virkeligheden. Blev skilt, da jeg

var tre år gammel og sådan noget. Jeg har lært... det er en helt naturlig ting for mig, det der. Jeg bliver ikke skuffet.”

Interviewer: ”Som en slags forsvarsmekanisme?”

Informant: ”Ja, det tror jeg, det er blevet, ikke. Og jeg kan godt se, at hvis det havde været en anden person end mig, så var de eksploderet måske... eller havde bare givet op.” (Uddrag fra interview med en 56-årig mand)

Interviewuddragene illustrerer på stærkeste vis, at forventningen om ikke at blive behandlet ordentligt er opbygget gennem mange år som socialt udsat og trækker spor tilbage til barndommen. Samtidig viser de, at den måde, et menneske bliver behandlet på gennem livet, har stor betydning for vedkommendes måde at møde andre på. Nogle socialt udsatte har oplevet så mange eller store svigt, at de, som informanterne siger, i alle former for møder med andre mennesker regner med at blive svigtet – ”*man tror ikke på, at der faktisk er nogen, der er der for dig*”. Det er også bemærkelsesværdigt, at den ene informant tror på ”*det bedre*” i alle mennesker – og ikke ’det bedste’, som man plejer at udtrykke det. Det vidner om en hærdethed og en indlejret erfaring med ikke at have for høje forventninger i mødet med andre mennesker. En plausibel forklaring på, at nogle socialt udsatte sommetider opfører sig anderledes, har svært ved at vente, forlader hospitalet før tid eller taler i en hård tone, er således, at de gentagne gange har oplevet at blive svigtet og nedgjort – og at gentagne diskriminationer kan føre til stigmatisering.

Den amerikanske antropolog Tanya M. Luhrmanns (2007) perspektiver på social udsathed som gentagne, subjektive oplevelser af svigt er relevant i denne sammenhæng. Hun har gennemført etnografiske studier blandt hjemløse og psykisk syge kvinder, der lever på gaden i Chicago. Ifølge Luhrmann må socialt udsatte menneskers situation forstås som *social defeat*, hvilket hun definerer som ”*the experience of failure in social encounters*” (Luhrmann 2007: s. 162). Hermed menes mere konkret, at socialt udsatte konstant indgår i sociale interaktioner, hvor de fysisk eller symbolsk taber til et andet menneske, og hvor de således har en subjektiv oplevelse af svigt:

“...to be homeless—whether or not you are psychotic—is to confront social defeat daily and on many dimensions.” (Luhrmann 2007: s. 154)

Luhrmanns studie bidrager endvidere til at forstå, hvordan mange socialt udsatte hele tiden skal navigere i to forskellige verdener: på den ene side lever de et liv på gaden, som ofte er voldeligt, kaotisk og uforudsigeligt, og hvor de derfor lever efter og tilpasser sig ”*the code of the street*”. Samtidig bevæger de sig ind og ud af herberger, væresteder, hospitaler og andre steder, hvor der hersker nogle andre, mere middelklassebaserede værdier – værdier som repræsenterer en mere ’normal’ og stabil verden, som de gerne vil være en del af. Ifølge Luhrmann kæmper socialt udsatte på daglig basis med at navigere i disse to verdener, som på mange måder er inkompatible, og det er her, at udsatte mennesker oplever *social defeat* (Luhrmann 2006, 2007). De to interviewudrag ovenfor kan netop siges at illustrere sådanne oplevelser af *social defeat*.

Personbåret stigmatisering

Den generelle oplevelse blandt de sundhedsprofessionelle er, at der er sket en positiv udvikling i forhold til holdningen til socialt udsatte i hospitalsvæsnets. Flere sundhedsprofessionelle oplever en anden og forbedret holdning til målgruppen af socialt udsatte nu end tidligere, og de tilkendegiver, at hospitalspersonalet generelt har en større forståelse for målgruppen nu. *"Alle ved, at man skal gøre en ekstra indsats for socialt udsatte"*, som en sygeplejerske udtrykker det. Overordnet set oplever de sundhedsprofessionelle også, at hospitalspersonalet gerne vil hjælpe målgruppen, at de bekymrer sig om målgruppen og udviser stor velvilje og interesse for målgruppen.

Socialsygeplejerskerne har mærket den positive udvikling ved, at deres rolle har ændret sig gennem årene. De fortæller, at i starten (i begyndelsen af dette årti) bestod deres arbejde i at mægle i konflikter mellem personale og socialt udsatte patienter med henblik på at få patienten til at forblive indlagt. Men denne rolle som konfliktmægler fylder nu meget lidt i socialsygeplejerskernes arbejde. Nu består arbejdet i at koordinere udadtil i forbindelse med patientens udskrivelse. Denne koordinering beskrives nærmere i kapitlet *"Vi skal være betingelsesløse og blive ved: Særlige sundheds-tilbud til socialt udsatte"*.

En sygeplejerske beskriver dette holdningsskift hos hospitalspersonalet således:

"Jeg synes også, lægerne... I starten, da jeg startede, så var der en ortopædkirurg, der sagde til mig, "Hvad? Skal de socialt udsatte have deres egen sygeplejerske?", og så sagde han, "Hvad så med de rødhårede, skal de rødhårede så også have deres egen sygeplejerske?". Og så tænkte jeg, "Gud, det bliver godt nok op ad bakke, det her arbejde", ikke. Men han er jo vendt på en tallerken, og han elsker de her patienter, ikke. Og han synes, det er en hurra-oplevelse hver gang, han får opereret én, og det går godt og... Og han ser dem i efterforløbet og kan slet ikke stoppe med at snakke med dem, når de kommer, vel. Fordi han er så interesseret i at høre alt det, der skete inden. [...] Og der er også mange af lægerne, som sådan kommer løbende... jeg er her jo aldrig i weekenden...men så kommer de om mandagen og siger, "Prøv og hør, jeg skal lige spørge om noget. Vi havde ham der, der fik så og så meget metadon. Er det så rigtigt, at jeg gav ham så meget smertestillende?" og sådan noget. Som om det er blevet interessant, ikke. [...] Så er der jo noget kemi med noget personale, hvor man tænker, altså, "Du skal aldrig passe en stofmisbruger, du skal aldrig passe en hjemløs" eller på den led, vel. Men sådan noget som akutmodtagelsen, de vasker tøj for de hjemløse, når de kommer ind. Piller lige det der grimme tøj af, får det vasket, og så har de rent tøj. Eller vi finder noget andet tøj til dem. Jeg synes, der er en anden holdning, end der var dengang, jeg startede herude, ikke. Jeg går ikke ind i alle de der konflikter mere. Jeg synes faktisk, det kører. Og hvis der er en konflikt, så er de søde at ringe til mig i starten, og så får vi styr på det. Og så kører det. Så jeg er blevet mere sådan en koordinerende én, der sidder og ringer og prøver at sætte tingene op." (Uddrag fra interview med en sygeplejerske)

Denne, generelt set, større forståelse og interesse for socialt udsatte patienter blandt hospitalspersonalet går igen i flere interviews med sundhedsprofessionelle.

Interviewene med de sundhedsprofessionelle viser dog også, at socialt udsatte fortsat udsættes for personbåret diskrimination og stigmatisering på trods af en overordnet oplevelse af en forbedret holdning til socialt udsatte. Med 'personbåret diskrimination og stigmatisering' menes, at det er enkelte personer blandt hospitalspersonalet, som diskriminerer. Nogle hospitalsansatte har forståelse og empati for målgruppen – andre har ikke. Dette antydes også i interviewuddraget ovenfor, hvor sygeplejersken tænker om enkelte af hendes kolleger, at de aldrig skal passe mennesker, der er hjemløse eller har et stofmisbrug. Samme sygeplejerske fortæller:

"Jeg vil sige, jeg synes, at meget af personalet er blevet meget bedre. Og så er der dem, som aldrig kommer til at kunne begå sig med dem her, ikke. Og det er altid dem, der er problemet, ikke. Der er også nogle læger, som synes, at alkoholikere er... de er jo en skamplet. Altså, "Hvorfor skal de indlægges på et hospital". Og så skal man stå og have den der diskussion med dem hver gang og sige, "Fordi det er en akut indlæggelse, fordi alkoholforgiftning er faktisk også en diagnose", ikke [griner lidt]. Og der er bare nogle, som ikke synes, at det er spændende. Og der er ikke meget prestige i det. Men jeg synes altså også, jeg oplever nogle som, som går helhertet ind i det, ikke." (Uddrag fra interview med en sygeplejerske)

En anden sygeplejerske fortæller:

Informant: "Det største problem, som jeg ser det lige nu i vores organisation, det er faktisk alkoholikere. De bliver sendt alt for hurtigt hjem, ikke. Men det er meget personbåret igen. Hvem er det lige, der er 'in charge', ikke. Hvad er holdningen til det, altså. [...] Mange i vores målgruppe er jo rygere... Og det er jo fuldstændig, altså, det kan man jo ikke på et hospital, vel. Men vi bliver også bare nødt til at sige, jamen, det kan godt være, at de er indlagt med en lungebetændelse og en infektion, og at de har det dårligt og alt muligt andet, men hvis de har så meget trang til en smøg, og de ikke vil have det der plaster på, fordi det hjælper ikke for dem. Så må vi også bare acceptere, at de går udenfor og ryger. Så bare dét i sig selv, at få personalet til... "og så kommer vi [socialsygeplejerskerne] der med en pakke smøger", ikke. Men ellers, så går de jo herfra."

Interviewer: "Men oplever I modstand fra personalet på sådan nogle ting?"

Informant: "Ja, det gør vi stadigvæk. Og det er selvfølgelig meget personbåret. På nogle afdelinger er der nogle personer, der kan... hvad skal man sige... få det til at skinne lidt mere igennem end andre, ikke, men ja. Altså... "fordi så er der jo ingen grund til indlæggelse. Hvis man kan gå ud og ryge, hvorfor skal man så indlagt her?" Altså, hvad er det for noget, ikke?" (Uddrag fra interview med en sygeplejerske)

Interviewuddragene ovenfor, og sygeplejerskernes oplevelser, giver en indsigt i forskellige elementer af den stigmatiseringsproces, som socialt udsatte patienter risikerer at blive udsat for i hospitalsvæsnet, herunder stempling, stereotypificering og personbåret diskrimination, som er betinget af, om den enkelte medarbejder har forståelse for målgruppen eller ej.

Strukturel diskrimination

Som fremhævet indledningsvist i dette kapitel kan diskrimination finde sted som en mere indirekte og strukturel diskrimination, hvor procedurer, normer og rutiner i samfundets institutioner kan få en diskriminerende virkning. Nogle sundhedsprofessionelle peger netop på, at stigmatiseringen og diskriminationen af socialt udsatte i sundhedsvæsnets kan hænge sammen med strukturelle forhold som fx sundhedsvæsnets organisering og hospitalspersonalets arbejdsbetingelser. På trods af at disse strukturelle forhold gælder for alle patienter, risikerer de at ramme socialt udsatte patienter særligt hårdt. En sygeplejerske fortæller:

”Jeg synes, stigmatiseringen... jeg synes bare... når jeg enkeltvis hører på folk, så synes jeg ikke, der er meget stigmatisering. Altså, jeg synes, at der er rigtig, rigtig meget af nogle mennesker, der prøver at få verden til at hænge sammen, men som har nogle rammer, der er helt ad helvedes til for at sige det lige ud. Så kan du godt have masser af de der folk, som bare ikke kan finde ud af at opføre sig ordentligt. Men det er stadigvæk enkeltpersoner, altså, det er sådan nogle, der siger, ”Det virker ikke alligevel, det kommer han aldrig ud af”... eller ”sådan er de jo, når man er hjemløs”, altså, sådan nogle statements. Men jeg tror ikke på, de bliver dårligt behandlet, fordi de er hjemløse. Jeg tror, de bliver dårligt behandlet, fordi det system, de ryger ind i, det er så ulig i den måde, det selv eksisterer på. Jeg tror, det er samspillet, der skaber stigmatiseringen. [...] Der er noget firkantethed, altså. Der er noget systemtænkning og nogle sektorovergange... altså, måden, tingene hænger sammen på... som bliver umulige, ikke. Mange af vores patienter, som går mod et givet råd, og man kan jo stille sig selv spørgsmålet, om det var interessant at finde ud af, hvad der gør, at de går mod et givet råd. Og noget af det kunne sagtens være, at man ikke får nok smertestillende. At man er for abstinent, at man ikke får oplevelsen af at være velkommen. Men det kunne, men du kunne måske lige så godt ligge i sengen ved siden af og have samme oplevelse. Fordi der er meget travlt.” (Uddrag fra interview med en sygeplejerske)

Sygeplejerskens generelle oplevelse er således, at stigmatiseringen af socialt udsatte i sundhedsvæsnets primært er knyttet til enkeltpersoner og enkelte statements, men også er forbundet til en – for socialt udsatte – uhensigtsmæssig organisering af sundhedsvæsnets og uhensigtsmæssige arbejdsbetingelser for hospitalspersonalet. Disse mere strukturelle forhold kan ifølge sygeplejersken være årsag til socialt udsattes oplevelser med ikke at blive smertedækket og ikke at blive taget imod på en ordentlig måde. Hun peger dog også på, at socialt udsattes negative oplevelser med sundhedsvæsnets måske ikke er væsensforskellig fra den øvrige befolknings oplevelser. I et sådant perspektiv kan man sige, at socialt udsatte behandles lige så dårligt som alle andre, som en anden sygeplejerske udtrykker det:

”Nogle gange kan jeg blive sådan lidt irriteret, når jeg hører nogen sige, ”Ej, men de socialt udsatte får bare ikke nogen særlig god behandling på hospitalet”. Men det gør de andre heller ikke. Jeg synes, den står 1-1 dér. Altså, der er ikke nogen, der får suveræn god behandling. Hvis du går rundt og kigger, så ligger alle de gamle mennesker rundt på afdelingerne, ikke. Altså, der er jo ikke nogen, der nurser rundt om dem hele tiden. Og får dem op og kører rundt og ”nu skal du ud og sidde sammen med nogle andre, eller nu skal du spise din mad oprejst”, altså [...] Det var meget sjovt,

fordi jeg var inde hos én, ham der skal på [et herberg] i morgen, så var jeg inde at si-ge til ham, "Du, så er det vist ud af sengen, kammerat, for du skal til at kunne klare dig, ikke. Skal vi gå en tur?" Og så siger ham, der ligger ved siden af, "Ih, jeg ville alt-så også rigtigt gerne gå en tur med dig", og han er slet ikke min målgruppe [griner]. Så siger jeg til ham, "Det er simpelthen ærgerligt, fordi jeg er Peters VIP- sygeplejer-ske. Det er kun Peter, jeg kommer hos. Og dér steg Peter jo helt vildt i graderne, ik-ke. "VIP". Og så sagde ham i sengen ved siden af, "Nå, men hvordan får man sådan en VIP?", og så sagde jeg, "du skal bare bruge klokken og snakke med din egen sy-geplejerske, hun kommer og hjælper dig". Så vi gik videre, så sagde Peter, "Altså, er jeg VIP, fordi jeg har drukket for meget?". "Ja, det er du" [griner]." (Uddrag fra inter-view med en sygeplejerske)

Citatet illustrerer, på en humoristisk måde, opfattelsen blandt nogle sundhedsprofessionelle af, at arbejdsforholdene i sundhedsvæsnen er pressede i en sådan grad, at det går ud over alle patien-ters trivsel. Meget tyder dog på, at selvom disse strukturelle forhold gælder generelt, risikerer de at ramme socialt udsatte patienter særligt hårdt, fordi de i forvejen er sårbare, opfører sig anderledes, ofte er uden pårørende og ofte har svært ved at navigere i sundhedsvæsnen.

Nogle sundhedsprofessionelle fremhæver endvidere, at socialt udsattes oplevelser i sundheds-væsnen er farvet af et hospitalsvæsen, som er blevet *for* specialiseret, og som mangler blik for det hele menneske. De oplever en mangel på almindelig omsorg, som ikke kun handler om persona-lets arbejdsbetingelser og arbejdspress, men som også handler om en manglende evne til at se det hele menneske. Nedenstående, længere interviewuddrag illustrerer dette:

Informant: "Hvis vi kigger på vores eget system, altså hospitalssystemet, som vi jo er ansat i nu. Altså, der synes jeg også, altså... Det der med at se folk og se patienten som en helhed og ikke bare kigge specialiseret på, at nu er man på den slags afde-ling eller den slags eller den slags. Det synes jeg simpelthen [slår i bordet], at det skal der slås et slag for i vores sundhedssystem. [...] Der synes jeg altså nogle gan-ge, at så kommer jeg og skal fortælle de der, for mig at se, fuldstændig basale ting, altså hvor jeg tænker, "Prøv og kig", ikke. Men det forsvinder i alt det der specialise-ring. [...] Jeg ved ikke, om man kan lave en renæssance til at kigge på det hele men-neske. Fordi det er altså ikke raketvidenskab dét, vi går og laver. Jeg mener, at man skal have en lidt speciel baggrund til at være i denne her stilling, det vil jeg gerne si-ge, og man skal ikke være grøn. Man skal have noget erfaring, man skal have noget specialistviden. Men det er ikke raketvidenskab. Det er altså noget med at åbne øjne og ører og... Og også noget sund fornuft, ikke, som nogle gange forsvinder.

[...]

Altså der er jo nogle gange, så kommer man op, og så tænker man, "gudfader beva-res, de der negle på tæerne, de er så lange her, og de er helt sorte". Personalet siger bare, "nåh". Ej, det går da ikke, vi må da... altså, det er sådan noget, det må vi da gø-re noget ved. Vi må da gøre noget ved det, vi må da sørge for. Og vi må også sørge for, at hvis vi behandler folk med dyre behandlinger herinde, at de så også får den ernæring, når de kommer hjem, som der skal til for, at de kan hele op. Altså, og at de får den hvile og den ro, altså. Det er jo meget basalt i bund og grund." [...]

Interviewer: "Og det handler, altså, det handler vel ikke om ond vilje, eller hvad skal man sige? Handler det om, at de er pressede eller hvad, personalet, eller hvad tænker du?"

Informant: "Det handler både om pres, men det handler også om at se på det hele menneske. Altså, jeg er også blevet kaldt op til én, der ikke kunne tale med personalet. Og da jeg så kom derop, så var han så tør i munden og indtørret i blod, så jeg kan fandeme godt forstå, han ikke kunne snakke, for han var så indtørret. Altså, han havde jo ikke fået lavet mundpleje. Det var en hæmatologisk afdeling, hvor man gav kemo. Og så overser man sådan noget, og så tænker jeg, nej, der er ikke nogen, der gør det i ond vilje, men man gør det, fordi man er så fokuseret på, at det er dét her, der er min opgave, og så glemmer du at kigge på helheden, og så er vedkommende bare underlig, fordi han gider ikke at svare. Nej, for han kan ikke få ordene ud. Han er simpelthen så indtørret. Grrrrr [parodierer én, der ikke kan tale pga. indtørret mund]. Altså, hvor jeg bare tænker, "hjælp", og det tror jeg ikke er noget med ond vilje, men det er et udtryk for, at man er blevet så fokuseret på hver sin lille del, og hvad er det, vi skal producere her og have igennem, og så glemmer man at kigge på det der, ikke." (Uddrag fra interview med en sygeplejerske)

Sygeplejersken udtrykker her en kritik af sit eget system og af, hvordan sundhedsvæsnets specialisering har fordrevet en almenmenneskelig omsorg og evne til at se det hele menneske blandt hospitalspersonalet. Kritikken må især betegnes som relevant i forhold til socialt udsatte patienter med komplekse problemstillinger og behov, og som især har brug for at blive set som 'hele mennesker'. Den manglende omsorg, som sygeplejersken beskriver, kan også bidrage til at forklare nogle socialt udsattes negative oplevelser med sundhedsvæsnets.

Mødet og samarbejdet med psykiatrien

I det følgende belyses socialt udsattes møde med psykiatrien og de sundhedsprofessionelles oplevelser med at samarbejde med psykiatrien. Nedenstående interviewuddrag illustrerer nogle af de udfordringer og frustrationer i forhold til samarbejdet med psykiatrien, som de sundhedsprofessionelle giver udtryk for i interviewene, og som er omdrejningspunktet for dette afsnit.

"... Når man er svært forpint [af sin sindslidelse], så mener jeg altså, så er man på ingen måde velbehandlet, og så har psykiatrien altså stadigvæk en opgave med at hjælpe det menneske her. Og vi har særligt én beboer, en ung fyr på 25 år, som er svært forpint, som råber og skriger, og som bærer rundt på ting, som slår ud i luften, som hele tiden går rundt sådan her, ikke [laver sin stemme om, så den bliver dybere]. Og jeg vil sige, hvis han nogensinde finder på... han har ikke en dom til behandling... hvis han nogensinde skulle finde på at overfalde en medbeboer eller et personale, og der er nogen, der spørger mig, "Havde du set det komme?" Så må jeg bare sige, "Ja. Det havde jeg set komme". Han er indlagt... 3 til 4 gange om måneden, fordi han er så forpint, og han beder også selv om at blive indlagt. Og psykiatrien, og det, tror jeg, sådan set er rigtigt, når de siger. De siger, "Vi ved ikke, hvad vi skal gøre." "Nej [griner]. Det er muligt, men han er for dårlig til at gå rundt herude [på botilbuddet]." Så derfor sender de ham hjem. Det er jo helt vildt. [...] Så han er for dårlig til at være indlagt, og de ved ikke, hvad de skal gøre ved det. Ergo, kom-

mer han herud og er, ikke.” (Uddrag fra interview med en leder af et botilbud for socialt udsatte med psykiske lidelser og rusmiddelmisbrug)

Det er karakteristisk, at de sundhedsprofessionelle har den opfattelse, at socialt udsatte ikke får den hjælp, de burde og har krav på i det psykiatriske system. Samme udprægede negative erfaring med psykiatrien genfindes dog ikke i interviewene med socialt udsatte, hvilket belyses til sidst i afsnittet.

Jeg har valgt at skildre oplevelserne med det psykiatriske system i et særskilt afsnit, fordi de på afgørende punkter adskiller sig fra oplevelserne med det øvrige sundhedsvæsen og især det somatiske hospitalsvæsen. Fra de sundhedsprofessionelles perspektiv synes socialt udsattes møde med psykiatrien at være forbundet med en højere grad af utilfredshed, frustration, diskrimination og stigmatisering sammenlignet med mødet med det somatiske hospitalsvæsen.

Som foregrebet med citatet ovenfor, så afspejler interviewene med de sundhedsprofessionelle en række negative erfaringer med at *samarbejde* med psykiatrien omkring socialt udsatte borgere. Samtidig viser interviewene, at mange af de udsatte borgere, som de sundhedsprofessionelle møder i deres daglige arbejde, tillige oplever *mødet* med psykiatrien negativt. De negative oplevelser og den udbredte kritik af psykiatrien kommer ikke kun til udtryk i interviewene med sundhedsprofessionelle ansat *uden for* psykiatrien, men også blandt sundhedsprofessionelle, der er ansat *i* psykiatrien. Generelt oplever de sundhedsprofessionelle, at det er vanskeligt at få uret socialt udsatte patienter i psykiatrien, at de udskrives for hurtigt, og at de ofte ender i langstrakte 'systemforløb', hvor de rundsendes mellem psykiatri, somatik og misbrugsbehandling. Dette gælder især for socialt udsatte med et misbrug og med en dobbeltdiagnoseproblematik. Der er også en udbredt opfattelse blandt de sundhedsprofessionelle af, at nogle socialt udsatte patienter slet ingen hjælp får af psykiatrien, fordi de bliver afvist af den psykiatriske akutmodtagelse eller ikke bliver indlagt. Dette gælder især nogle af de allermost socialt udsatte, for eksempel udsatte med en dobbeltdiagnose eller socialt udsatte med psykoser. I det følgende vil jeg uddybe og eksemplificere ovenstående pointer.

”Det er faktisk lidt uhåndgribeligt, hvornår man er psykiatrisk patient”: Det vanskelige samarbejde med psykiatrien og konsekvenserne for socialt udsatte

Nedenfor følger en række interviewuddrag, hvor de sundhedsprofessionelle beskriver hvilke mærkbare konsekvenser, som det – i deres øjne – vanskelige samarbejde med psykiatrien, har for de implicerede socialt udsatte:

”Den er vanvittig svær. Den er rigtig, rigtig svær, fordi at man i psykiatrien jo har en oplevelse af, at man helst ikke skal være påvirket, eller man ikke skal misbruge. Men de to ting hænger jo meget sammen. Altså. Man er jo som regel misbrugende, fordi der er noget psykisk, eller man har som regel noget psykisk, fordi man er misbruger... Jeg synes også, at der er meget, meget lidt forståelse for, at de bliver hurtigt udskrevet. Altså, de ryger hurtigt ud igen. Og vi ved jo alle sammen, at der ikke er ret mange pladser i psykiatrien, men omvendt kan der være nogle, altså... hvor jeg nogle gange tænker, ”Det var da helt utroligt, at det ikke er en psykiatrisk patient”. Altså, mennesker hvor man står og kigger på dem og tænker, ”Jamen, ja, han er færdigbe-

handlet i psykiatrien, men han er stadig selvmordstruet og, og...". Men så er han ikke psykotisk. Så er dét vurderingen, "Jamen, han er ikke psykotisk", og i samme øjeblik han ikke er psykotisk, så er han ikke psykiatrisk patient. Hvor man kan sige... han bor dog stadigvæk på gaden, han har ikke noget arbejde, han spiser så og så meget medicin, som er psykofarmaka, han drikker... altså, hvor man sådan tænker... det er faktisk lidt uhåndgribeligt, hvornår man er psykiatrisk patient, ikke. [...] Vi kan jo simpelthen ikke få dem udredt, fordi du kan ikke blive udredt, når du er på gaden. Altså, vi kræver jo stadigvæk, at folk med kæmpe promiller, eller folk med et meget stort misbrug, skal tage første skridt selv. Altså. Det er jo en underlig ting, at vi faktisk kræver, at mennesker, som drikker to flasker vodka og en kasse øl om dagen, sætter sig ned og tager en relevant snak med mig om, hvorvidt det er det liv, de gerne vil leve. [...] Så psykiatrien er meget, meget svær, fordi... altså, de kan jo være super dårlige, synes jeg, hvor vi sådan oplever dem dårlige, og så får vi stadigvæk at vide, at det ikke er psykiatriske patienter, eller at de skal behandles i et andet regi." (Uddrag fra interview med en sygeplejerske)

"Jamen, vi er jo super ramt af, at det er misbrugere, der er i [det særlige tilbud til socialt udsatte], og psykiatrien siger, "Vi arbejder ikke med misbrugere". Og så har vi jo bare det clash, som gør det super vanskeligt. Fordi der er jo ikke nogen af vores borgere, som ikke ville have godt af et behandlingsforløb, og der er bestemt også borgere, som ville kunne følge det. Men om de så ryger et halvt gram hash om dagen, så er det ikke en mulighed. Hvor man bliver sådan lidt, "Kunne vi, igen, kunne vi kigge på mennesket? Kunne vi se, hvor det kunne rykke?" Frem for at det bliver fortællingen om, at der er et misbrug... [...] Hvis de for eksempel er på kokain, så får de måske 8 timers søvn i en seng, og så er det også rigtigt, at den akutte kokainpsykose er gået over. Men de har jo ikke kigget på det grundlæggende problem, og så bliver de skibet ud igen. [...] Jeg har da også set folk være, simpelthen, bragende vanvittige og ikke kunne blive indlagt. Ikke engang på røde papirer³, ikke. Altså. Så på den måde er jeg da klart lidt farvet af, at jeg synes, samarbejdet med psykiatrien er rigtigt svært." (Uddrag fra interview med en sygeplejerske i et særligt tilbud målrettet socialt udsatte)

Lederen af et herberg fortæller om en ung mand på 26 år, der beskrives som "*voldsomt psykotisk*". Han trak rundt med en container på gaden, som han sagde var hans far. Det socialfaglige personale forsøger gentagne gange at overtale ham til at tage

³ 'Røde papirer' refererer den blanket og lægeerklæring, der skal udfyldes i forbindelse med en tvangsindlæggelse som følge af, at en psykotisk patient "frembyder en nærliggende og væsentlig fare for sig selv eller andre" (Psykiatriloven § 5).

En patient kan indlægges mod sin vilje på en psykiatrisk afdeling, hvis følgende to forudsætninger er opfyldt:

1. Patienten er sindssyg (psykotisk) eller befinder sig i en tilstand, der ganske må ligestilles hermed, og det vil være uforvarsligt ikke at frihedsberøve den pågældende med henblik på behandling fordi:
 - 2a. Udsigten til helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring af tilstanden ellers vil blive væsentligt forringet. Her benyttes "gule papirer", eller
 - 2b. Den pågældende frembyder en nærliggende og væsentlig fare for sig selv eller andre. Her benyttes "røde papirer".

Formålet med tvangsansættelsen er således behandling for at redde en psykotisk patients liv eller helbred eller at afværge fare for andres liv eller helbred (sundhed.dk, Psykiatriloven).

på psykiatrisk skadestue. Da det endelig lykkes at overtale ham, afviser skadestuen ham med henvisning til, at han er for farlig. De ringer efter politiet, hvorefter manden vender tilbage til herberget. (Noter fra en samtale med en leder af et herberg)

En psykiatrisk sygeplejerske, ansat i et særligt tilbud til socialt udsatte, fortæller om en mandlig borger, hun har mødt i forbindelse med sit arbejde. Borgeren beskrives som *"dybt psykotisk"*. Hun fortæller, at han to gange frivilligt tog på psykiatrisk skadestue for at få hjælp, men at han blev afvist af personalet, fordi de var bange for ham. De ringede efter politiet, som så kom og fjernede ham. Sygeplejersken beskriver det som *"absurd"* og *"paradoksalt"* at tvangsfjerne en mand fra psykiatrisk skadestue, fordi han er for psykisk syg. (Egne noter efter interview)

"Jeg synes, vi oplever rigtig mange, som... Vi opfordrer jo vores patienter til, at [den psykiatriske] skadestue er et godt sted at komme, når man kan mærke, at man begynder at have det dårligt. Og der synes jeg tit, at de oplever ikke at blive mødt i skadestuerne. De kan ikke imødekommes på indlæggelser. De har måske svært ved at beskrive, hvorfor det er, de har det dårligt. Også selvom vi har skrevet vores psykiatriske vurderinger i deres journaler, jamen så, så kan man ikke tilbyde indlæggelser og, og det er jo nogle gange dem, vi ser, at de ender jo altså med at blive tvangsindlagt." (Uddrag fra interview med en psykiatrisk sygeplejerske i et særligt tilbud til socialt udsatte)

Interviewuddragene ovenfor eksemplificerer som nævnt forskellige mærkbare konsekvenser af et vanskeligt samarbejde med psykiatrien. De sundhedsprofessionelle har således oplevet, at nogle socialt udsatte slet ingen psykiatrisk hjælp får; nogle afvises af den psykiatriske akutmodtagelse med henvisning til, at de er for farlige; andre når inden for døren, men bliver ikke indlagt, selv om psykiatriske gadesygeplejersker har noteret deres vurderinger i journalen. Derudover er det generelt de sundhedsprofessionelles erfaring, at det er vanskeligt at få udredt socialt udsatte borgere psykiatrisk – og i særdeleshed udsatte, der har et misbrug – og at socialt udsatte udskrives for hurtigt og for tidligt fra psykiatrien. Disse erfaringer afstedkommer en undren og en uåndgribelighed hos de sundhedsprofessionelle over, hvad der kræves, for at man bliver psykiatrisk patient, fordi de oplever, at selv svært sindslidende socialt udsatte afvises eller udskrives efter få timer i psykiatrien. Interviewene indikerer dermed også, at nogle socialt udsatte diskrimineres i psykiatrien på baggrund af deres misbrug og generelle udsathed, når de for eksempel afvises eller ikke bliver udredt.

Flere af de sygeplejersker, som arbejder i de særlige sundhedsstilbud til socialt udsatte, fortæller, at dét at få henvist en socialt udsat borger til psykiatrien, og i særdeleshed dét at få tvangsindlagt udsatte borgere, er forbundet med meget grundige overvejelser og afvejninger af, om det er 'be-sværet værd'. Dette hænger ifølge sygeplejerskerne sammen med, at sandsynligheden for, at borgeren afvises eller udskrives hurtigt, er relativt stor, og at sygeplejerskerne risikerer at ødelægge relationen til borgeren i tilfælde af en tvangsindlæggelse eller i de tilfælde, hvor mødet med psykiatrien ikke fører til en udredning, behandling eller hjælp til borgeren. Interviewuddraget nedenfor med en sygeplejerske illustrerer karakteren af disse overvejelser og afvejninger:

”Altså, hvis jeg har en god relation til et menneske, som bliver meget dårlig, og jeg står i en situation, hvor jeg tænker, ”Gad vide, om han skal vurderes til en tvangsindlæggelse?”. Så tager jeg virkelig, virkelig en overvejelse om, om jeg skal ødelægge den relation, jeg har til ham, for at få ham tvangsindlagt på en psykiatrisk afdeling, som udskriver ham tre dage senere. [...] Men jeg vil sige, at hvis nu jeg vidste, at jeg tvangsindlagde ham, altså, det er jo ikke mig, der tvangsindlægger. Det er jo en læge, der gør det, ikke, men hvis jeg nu gjorde det, og jeg vidste, at der ligesom var et opfølgingsforløb bagefter, når man havde tvangsindlagt ham... så ville jeg jo stå et andet sted, men lige nu synes jeg, jeg står et sted, hvor, at hvis jeg skal ud og sætte vores relation på spil, så er det vigtigt for mig, at jeg gør det af en årsag, som jeg kan forsvare. [...] Jeg synes helt klart, at jeg har mange overvejelser om, hvornår jeg bringer psykiatrien på bane. Af den simple årsag, at jeg er godt klar over, at jeg kan ende med at sidde ude på en psykiatrisk skadestue og få en melding om, at jeg så bare skal tage ham med hjem igen og... så kan han komme tilbage, eller at han er ikke suicidal, eller at han er ikke psykotisk... altså.” (Uddrag fra interview med en sygeplejerske)

De sundhedsprofessionelles negative erfaringer med at samarbejde med psykiatrien kan således betyde, at de nogle gange bevidst undlader at inddrage og bruge psykiatrien som en samarbejdspartner i deres arbejde omkring en socialt udsat borger – også selvom de egentlig vurderer, at borgeren har behov for psykiatrisk hjælp. De gør det ud fra et hensyn om at bevare den gode relation til borgeren og ved grundigt at afveje sandsynligheden for, at borgeren reelt vil blive mødt og hjulpet af psykiatrien.

Det er dog også vigtigt at bemærke, at de sundhedsprofessionelle også oplever, at nogle socialt udsatte selv forlader psykiatrien ’før tid’ og dermed før, de måske er færdigudredt eller velbehandlet, for eksempel fordi rusmiddeltrangen bliver for stor, eller fordi de, som en informant udtrykker det, *”meget hellere vil hurtigt ud, fordi det ikke en rar oplevelse at være indlagt”*.

De sundhedsprofessionelle beskriver, at nogle af de socialt udsatte, som de møder til daglig, har en skeptisk og anspændt indstilling til psykiatrien, for eksempel fordi de har været indlagt mod deres vilje. Det sætter dybe spor og *”får alarmklokkerne til at ringe”* hver gang, borgeren møder det psykiatriske system, også selvom det for eksempel er i form af psykiatrisk sygepleje på gadeplan. En psykiatrisk sygeplejerske ansat i et særligt tilbud til socialt udsatte fortæller her om en borgers udbredte skepsis over for psykiatrien, og hvordan denne skepsis bevirker, at borgeren er tilbageholdende i forhold til at fortælle om sine psykiatriske symptomer:

”Vi havde én for to uger siden, som fortalte os, at han for 15 år siden var blevet indlagt i psykiatrien mod sin vilje. Og havde fået tvangsbehandling, og det havde været en frygtelig oplevelse, som faktisk har gjort, at han efterfølgende har været meget moderat i, hvad det er, han har udtalt sig omkring i forhold til sine psykiatriske symptomer. Og selvom han egentlig synes, at han får en god behandling af min makker og jeg, så er han stadigvæk skeptisk i forhold til, hvor meget han skal fortælle os. For han ved også godt, at vi repræsenterer et system, som han ikke har så gode erfaringer med. Og den der skepsis, synes jeg ofte, man kan møde hos mange af de borge-

re, vi ser. Og det er jo på grund af erfaringer fra tidligere, hvor de har været indlagt mod deres vilje og fået noget behandling.” (Uddrag fra interview med en psykiatrisk sygeplejerske i et særligt tilbud til socialt udsatte)

Det er endvidere de sundhedsprofessionelles erfaring, at især socialt udsatte, der har et misbrug, udskrives hurtigt eller får den besked, at der er en anden problematik, der skal tilses eller udredes først, fx misbrug, afrusning eller en somatisk problematik. Dette medfører ofte langstrakte forløb, hvor borgeren rundkastes mellem forskellige systemer med stor risiko for, at vedkommende opgiver undervejs. Det betyder, at udredningen eller behandlingen dermed også må opgives – med mindre en gadesygeplejerske eller anden særlig sundhedsprofessionel støtter borgeren og forestår kontakten til de involverede instanser. Sådanne langstrakte forløb beror ifølge de sundhedsprofessionelle på en udbredt mangel på koordination og samarbejde mellem psykiatrien og andre systemer som fx somatisk hospital, herberger og botilbud. I de følgende to interviewuddrag giver en sygeplejerske eksempler på henholdsvis den manglende koordination mellem psykiatri og somatik og på det langstrakte forløb, som ofte følger af den manglende koordination. Det langstrakte forløb vedrører her en beboer på et botilbud for socialt udsatte, der har et aktivt misbrug.

Informant: ”Vi oplever altså, at det er utroligt svært at få folk udredt i psykiatrien. Når vi får folk... det kan være nogen, der har en akut psykose, der har sat ild til sit værelse... så bliver han visiteret til psykiatrien. Men ligeså snart, der er noget somatisk af en eller anden art, hvor de vurderer, at det kan være noget somatisk, der gør, at han er psykotisk, så ryger de på [somatisk hospital]. Ligeså snart de ryger på [somatisk hospital], så gælder de gule eller de røde papirer, eller hvad de nu er indlagt med, så bliver de ophævet. Og det betyder så, at når de er færdige med at udrede på [somatisk hospital], så står de her [i et botilbud] igen. Og så kan man starte forfra...”

Interviewer: ”Uden at der er sket noget i psykiatrien?”

Informant: ”Uden at der er sket noget. Så det er lidt skruen uden ende nogle gange. [...] [Beboerne] er jo somatisk dårlige herude. Og jeg synes egentlig, at man på psykiatrisk afsnit burde kunne rumme bare lidt. Det er som om, ligeså snart der er bare en lille smule skævt, eller der skal tages en CT-scanning eller et eller andet, jamen, så bliver de udskrevet til [somatisk hospital]. Og de kommer jo ikke tilbage igen [i psykiatrien], medmindre at vi gør det. Eller medmindre vi ringer til [somatisk hospital] og siger, ”I skal lige huske... at koordinere med psykiatrien, om de skal tilbage igen”, ikke.” (Uddrag fra interview med en sygeplejerske tilknyttet et botilbud)

Informant: ”Altså, jeg har haft én, han havde klokkeklart frontallapdemens og havde ikke drukket i nogle måneder, så det var faktisk muligt for mig også at observere, at den var der stadigvæk, selvom han ikke drak.”

Interviewer: ”Og hvad betyder det, altså...?”

Informant: ”Jamen altså, det kan godt være forårsaget af alkohol. Selvfølgelig kan det det. Men det er... en skade på frontallapperne. Han var meget aggressiv, meget...”

apatisk og aggressiv og... Ja. Han blev også psykotisk, og han havde delir hele tiden. Hvor han sad og, jamen, han kunne finde på at sidde og, altså, grave i sin hud efter et eller andet, som han synes, der var der. Og han sad og ødelagde neglene og knækkede neglene, fordi der var en flænge i væggen, han kunne se. Og han var på vej til at hoppe ud ad vinduet flere gange, fordi han var beskidt. Det lignede nærmest en psykose, ikke også, men det var forårsaget af delir. [...] Vi havde fast vagt på ham herude [på botilbuddet]. Ja. Fordi han blev ved med at blive udskrevet fra hospitalet, ikke. Så fast vagt døgnet rundt herude. [...] Altså, han røg frem og tilbage i månedsvis mellem [psykiatri], [somatisk hospital] og os [botilbud for socialt udsatte med et aktivt misbrug]. Og der var ingen, der ville have ham. Og der var ingen, der ville tage ansvar og sige, "Okay, denne her mand, han er altså dement". Fordi der var hele tiden den her alkoholdiagnose i baggrunden, og det var den, der fyldte. Så der var ingen, der ville tage det valg. Der var ingen læger, der ligesom ville tage det ansvar."

Interviewer: "Selvom han faktisk ikke havde drukket?"

Informant: "Han havde ikke drukket i lang tid. Han havde ikke drukket i... i minimum 3 måneder. [...] Det endte faktisk med, at vi fik et godt samarbejde med en socialsygeplejerske og en læge, men ikke med [psykiatrien]. Og han fik faktisk en diagnose på sig med demens. En demensdiagnose. Og vi fik ham visiteret til et frontallapdemensafsnit. Det endte rigtigt lykkeligt, det gjorde det. Meget specialiseret afsnit at komme ud til, men det tog lang tid, og det var ikke godt for ham. Det var det ikke, sådan som han blev kastet rundt i systemet..."

Interviewer: "Og hvis det forløb skulle have gået, som du synes, var ideelt, hvad så?"

Informant: "Jeg ville ønske, at der ikke blev stillet så mange spørgsmålstegn ved vores observationer. Jeg ville ønske, at der var lidt mere tillid til dét, vi ser. I stedet for kun at kigge på alkohol, alkohol, alkohol. Det er det eneste, der fylder, når de bliver indlagt i psykiatrien... altså, det er bare den primære diagnose, de har. Det er alkoholforbruget. Alkoholoverforbrug, ikke. Ja. Så kommer alt andet i anden række." (Uddrag fra interview med en sygeplejerske tilknyttet et botilbud)

Uddragene eksemplificerer den manglende koordination mellem systemer og det langstrakte forløb, som socialt udsatte risikerer at ende i, hvor de bliver kastebolde mellem forskellige systemer, og hvor ingen tilsyneladende ønsker at tage ansvar for behandlingen af borgeren. Her spiller sygeplejerskerne i de særlige sundhedstilbud til socialt udsatte og på herberger og botilbud en afgørende rolle i forhold til at skabe et mere sammenhængende forløb for borgeren.

Derudover peger interviewuddragene også på nogle grundlæggende problematiske forhold i psykiatrien, som er centrale for forståelsen af socialt udsattes (negative) møde med psykiatrien, og som uddybes nærmere nedenfor. Det drejer sig om psykiatriens afstandtagen til socialt udsatte med et misbrug og fokusering på misbruget som årsag til ikke at ville udrede borgeren; og sygeplejerskernes oplevelse af ikke at få anerkendt deres kendskab og faglige viden om borgeren.

Strukturelle og kulturelle forhold i psykiatrien, der har betydning for socialt udsattes negative oplevelser

De sundhedsprofessionelle peger i interviewene på nogle strukturelle og kulturelle forhold i psykiatrien, som har betydning for socialt udsattes negative oplevelser med psykiatrien i form af manglende udredning, for tidlig udskrivning og langstrakte systemforløb:

1. Adskillelsen af psykiatri og misbrug. De sundhedsprofessionelle beskriver en generel afstandtagen til at udrede og behandle socialt udsatte med et misbrug i psykiatrien, som er relateret til adskillelsen af den psykiatriske behandling i regionalt regi og misbrugsbehandlingen i kommunalt regi. De sundhedsprofessionelle kritiserer denne adskillelse og den markante mangel på samarbejde mellem de to instanser. Psykiatriens afstandtagen til misbrug kommer til udtryk gennem en manglende interesse og forståelse for, samt viden om, målgruppen af socialt udsatte med et misbrug.
2. Fagprofessionelle spændinger. Medarbejderne i de særlige tilbud til socialt udsatte oplever desuden en manglende lydhørhed og anerkendelse af den viden og faglighed, som de besidder, fra personalet i psykiatrien.
3. Manglende muligheder for længerevarende hjælp. Endelig peger de sundhedsprofessionelle på psykiatriens pressede vilkår og de manglende muligheder for at få længerevarende hjælp som betydningsfulde faktorer for socialt udsattes negative oplevelser i psykiatrien.

Disse forskellige forhold komplicerer tilsammen og hver for sig de sundhedsprofessionelles samarbejde med psykiatrien omkring socialt udsatte borgere og har mærkbare konsekvenser for de implicerede udsatte borgere. I det følgende vil jeg uddybe og eksemplificere ovenstående pointer.

Adskillelsen af psykiatri og misbrug

Udfordringerne omkring udredning og for tidlig udskrivelse handler blandt andet om den organisatoriske adskillelse af psykiatri og misbrug, det manglende samarbejde mellem de to instanser og den ansvarsforskydning, det afstedkommer. De sundhedsprofessionelle beskriver det som en *"hønen eller ægget"* problematik, fordi socialt udsatte borgere med et misbrug, som de sundhedsprofessionelle ville karakterisere som havende behov for psykiatrisk udredning og hjælp, ikke kan blive udredt i psykiatrien, før der er taget hånd om deres misbrug, og ikke kan komme i misbrugsbehandling, før de er udredt psykiatrisk.

De følgende tre interviewuddrag med henholdsvis en afdelingssygeplejerske i psykiatrien, tre psykiatriske sygeplejersker og en sygeplejerske i et særligt tilbud målrettet socialt udsatte beskriver ansvarsforskydningen således:

"... Det kan godt være, det har nogle fordele, men det har altså også nogle bagdele, at man valgte at skille misbrug og psykiatri ad. Fordi, for det første, hvem kan sige, når det er mest kaotisk, hvad der er hvad? Altså, det tager altså tid at finde ud af. Og så er det jo også sådan, at alle synes jo lidt, at den anden har ansvaret. Altså her [i psykiatrien] skal du først være clean og ren. [...] Her skal du først være clean, så kan vi se, hvad du har af psykiatri, og i misbrugsenheden, så skal man først lige udredes,

om der er noget psykiatri. Og da det i forvejen måske ikke er en gruppe, der har alt for nemt ved at tage fat, så er det jo i hvert fald ikke mere befordrende for et forløb, at man bliver sendt sådan lidt frem og tilbage.” (Uddrag fra interview med en afdelings-sygeplejerske i psykiatrien)

Informant 1: ”I psykiatrien har vi det jo så på samme måde med misbrug, ikke også. [...] ”Det er misbrug. De må flyttes, det er ikke vores opgave”. Og det er jo igen, det der med, at regionen og kommunen, de deler jo ligesom behandlingsansvaret for at behandle misbruget. Og der er ikke rigtig nogen af instanserne, der behandler det, vel.”

Informant 2: [samtidig tale] ”Og der har vi også et problem.”

Informant 1: ”Så vi har jo nogle borgere, der er der i et limbo.”

Informant 3: [samtidig tale] ”Ja, sejler rundt, faktisk.” (Uddrag fra interview med tre psykiatriske sygeplejersker)

”Det er da frustrerende, der er lavet den her fortælling om, at psykiatri og misbrug, som jo bare i den grad hænger sammen, skal adskilles, altså. Og der er da heller ingen tvivl om, at den måde, man har valgt at organisere misbrugsbehandling i kommunerne og psykiatrien i regionerne, altså, gør jo bare, at det råber jo til himlen, fordi... du kan gå i misbrugscenteret, og så kan de sige, ”Nu har vi ligesom ordnet vores del”. Og vi siger, ”Jaaa [lyder skeptisk], men borgeren har det stadig ikke rigtigt godt”. ”Jamen, så skal de derover”, altså i psykiatrien. ”Jamen, vi vil ikke røre ham, fordi han er misbrugende”. I alt dét har vi jo et menneske, der lider.” (Uddrag fra interview med en sygeplejerske)

Den organisatoriske adskillelse af psykiatri og misbrug afstedkommer en generel afstandtagen i psykiatrien til misbrug og til at udrede og behandle socialt udsatte med et misbrug. En leder af et botilbud for socialt udsatte, der har et misbrug og en sindslidelse, beskriver grundholdningen i psykiatrien således:

”Når vi kommer til det her med psykiatrien, så ser psykiaterne jo med stor irritation og formålsløshed på dét at blive indlagt i henhold til, at lidelsen, altså sindslidelsen, forværres. Fordi de bliver svært irriteret over, at der er et rusmiddelforbrug, hvor de siger, ”Jamen, så længe du misbruger, så gør du din sindslidelse”, altså det kunne være stemmer eller hallucinationer, ikke, ”værre, og så kan jeg ikke hjælpe dig. Det skal du lade være med. Så kan du blive indlagt derefter, og så kan vi gøre noget ved det andet”, ikke. Men det er jo sådan lidt hønen og ægget hele tiden, ikke. Og jeg tænker, at der er noget svært i forhold til, at psykiatrien jo er svært presset på pladser, så det er jo hele tiden... jeg vil sige, i de mange, mange år jeg trods alt var i psykiatrien, at var der en snert af noget misbrug, alkohol eller hash var det primært, dengang, når vi opdagede det, i hvert fald, ikke. Så fik man ikke tilbud om psykologsamtaler. Fordi det

var... man kan sige, så var der sådan en forklaring på, at... ja, man er kognitivt forstyrret, og hvad hjælper det så? Så vi bruger ressourcerne, som jo også er afmålt, på den store gruppe af patienter, som hurtigere og nemmere profiterer af sådan et forløb, ikke.” (Uddrag fra interview med en leder af et botilbud for socialt udsatte med psykiske lidelser og rusmiddelmisbrug)

Ifølge de sundhedsprofessionelle synes der blandt psykiatriens personale at herske en grundforståelse af, at udredningen og behandlingen af socialt udsatte, der har et misbrug, er meningsløs. Som interviewuddraget ovenfor indikerer, udmønter psykiatriens afstandtagen til misbrug sig konkret og direkte og også på en diskriminerende og stigmatiserende måde, hvor personer med et misbrug risikerer at blive mødt med irritation, samtidig med, at der kan være behandlingstilbud, de ikke tilbydes på grund af misbruget.

Det er generelt de sundhedsprofessionelles betragtning, at psykiatriens personale mangler interesse og forståelse for, samt viden om, socialt udsatte og rusmiddelmisbrug, hvilket illustreres i nedenstående interviewuddrag:

”Altså, jeg synes, at der i psykiatrien er en arrogance og en uvidenhed, som er helt grotesk. [...] ”Vi kan fint selv.” Altså, ”hvad er det, du kan fortælle os, som vi ikke ved i forvejen? Vi har ikke brug for at vide, hvad det vil sige at være afhængig af stoffer eller have stoftrang så meget, at man går fra en indlæggelse, eller hvad stofferne gør ved sindet, psyken. Det har vi ikke brug for at vide. Vi har vores... kasse her og vores værktøjer, medicinske behandlinger og andre metoder, som man jo også bruger i psykiatrien, og det er fint”. [...] Og jeg tænker ikke, der er onde mennesker i psykiatrien. Men jeg tænker, de har en uvidenhed, og så de er ikke nysgerrige på det. [...] [En] manglende viden om målgruppen og om stofmisbrugsdelen. Hvem tager stoffer? Hvorfor gør man det, ikke? Og hvad er det med de stoffer der? Hvordan virker de? Hvordan kan vi prøve at forstå forbruget? Hvordan kan vi interessere os for de mennesker? De ved det ikke. De ved det ikke. [...] Hvad er det, der kan substituere forskellige stoffer? Hvad er det interaktionen er omkring sindslidelse, stoffer, psykofarmaka stoffer? De aner det ikke. De aner det simpelthen ikke. Så de kan sidde og ordinere med den ene hånd, og så tager beboeren nogle rusmidler, som øger virkningen eller øger udskillelsen af psykofarmaka, og så kan de ikke forstå, at beboeren bliver dårlig. Skal jeg være fræk, vil jeg sige, at de ikke interesserer sig for de stoffer, fordi... Én af dem, vi har to psykiatere herude, én, hun siger, ”Det er ikke mig, der skal det. Jeg er psykiater, jeg tager mig af sindslidelsen, og det, der sker oppe i hovedet. Dét der misbrug, det er der nogle andre, der må tage sig af. Det er ikke noget, jeg taler med beboeren om. Det er ikke derfor, jeg er her.”” (Uddrag fra interview med en leder af et botilbud for socialt udsatte med psykiske lidelser og rusmiddelmisbrug)

Psykiatriens manglende viden om socialt udsatte og rusmiddelmisbrug handler ifølge de sundhedsprofessionelle også om en manglende forståelse for, og anerkendelse af, at mange socialt udsatte bruger rusmidler som en slags selvmedicinering til at håndtere psykiske symptomer og problemer og for at kunne udholde livet som socialt udsat mere generelt. De to nedenstående interviewuddrag illustrerer dette. Netop derfor virker psykiatriens afstandtagen til misbrug som ”*galimatias*”, som en psykiatrisk sygeplejerske udtrykker det:

"Man ved jo efter x antal år, så udvikler 90 procent af misbrugerne psykiske problemer. Så igen, jeg vil kalde det en voldsomt underbehandlet gruppe. Og der taler jeg ikke nødvendigvis om, at folk udvikler skizofreni, men det handler jo også om at håndtere det i livet, der er svært. Det er jo meget af problemet omkring stofindtag. Det er dét, det går ud på. Det er at håndtere det i livet, der er svært. [...] De [psykiatrien] har måske heller ikke interessen i at prøve at lave et langt forløb. Altså det der med – hvis vi ikke kan tale om, at alkohol eller stoffer er selvmedicinering, jamen, hvad kan vi så tale om? Hvad er det, det kan blive til det her?" (Uddrag fra interview med en sygeplejerske i et særligt tilbud til socialt udsatte)

Informant 1: "Og vi ved jo også, og det er jo dét, der er sådan helt galimatias, det er, at vi ved jo, at når folk, de har det psykisk dårligt, jamen, så er der altså også bare noget misbrug, der kan give dem noget mere ro. Så det der med at tage så meget afstand fra misbruget i vores behandlingssystem, det... Personligt er jeg ikke så..."

Interviewer: "Tænker du, at man gør det i psykiatrien?"

Informant 1: "Det kan man godt sige."

Informant 3: "Du kan ikke blive udredt, hvis du har misbrug – så man kan sige, det i sig selv, det gør, at... Ja." [...]

Informant 1: "Så synes jeg også, at det her med, at man tager afstand fra misbruget på den måde, det gør bare, at der er nogle eksklusionskriterier for behandlingen, som gør, at vi bliver ved med at få genindlæggelser. Og jeg tror, at mange af de genindlæggelser, der er, jamen, det er formentlig de samme patienter, der bliver ved med at få de her genindlæggelser. Det er dem, som bliver mere og mere kronificeret, fordi de ikke bliver behandlet..."

Interviewer: "Men hvad kunne man gøre ved det, tænker I?"

Informant 1: "Jamen, altså, der skal jo i hvert fald være en åbenhed over for, at der kan være flere sider af det her med at have en psykisk lidelse, ikke." (Uddrag fra interview med tre psykiatriske sygeplejersker)

De sundhedsprofessionelle – i såvel som uden for psykiatrien – efterspørger således en større interesse, åbenhed og tolerance fra psykiatriens side over for socialt udsatte med et misbrug, hvilket måske kunne bidrage til færre genindlæggelser i psykiatrien af de dårligst stillede, som det pointeres af en psykiatrisk sygeplejerske ovenfor. Herudover efterspørger de også en form for kompetenceudvikling af psykiatriens personale i forhold til at opkvalificere deres viden om målgruppen af socialt udsatte og om rusmiddelmisbrug.

De ovenfor beskrevne forhold med psykiatriens afstandtagen til misbrug, problemerne med den organisatoriske adskillelse af psykiatri og misbrug samt psykiatriens manglende interesse for og

viden om socialt udsatte og rusmiddelmisbrug, bekræftes af andre undersøgelser (Mik-Meyer 2018, Johansen et al. 2018). Johansen et al. (2018) beskriver dobbeltdiagnosepatienters erfaringer med at blive afvist og behandlet dårligt i det psykiatriske behandlingssystem og peger blandt andet på psykiatriens fordømmelse af misbrug som en mulig forklaring herpå. Derudover fremhæver forfatterne en anden mulig forklaring, som også er relevant for nærværende undersøgelse – nemlig det forhold, at psykiatrien arbejder ud fra en forståelse af psykisk sygdom som klart afgrænsede og 'rene' diagnoser, der vanskeliggør behandlingen af komplekse lidelser som dobbeltdiagnose (Johansen et al. 2018). Socialt udsatte med komplicerede problemstillinger som for eksempel samtidigt misbrug og psykisk sygdom passer således ikke ind i psykiatriens sygdomsforståelse og behandlingsmodel, hvilket bidrager til at forklare socialt udsattes negative oplevelser med psykiatrien og psykiatriens afstandtagen til misbrug.

Fagprofessionelle spændinger

De følgende to interviewuddrag illustrerer de interviewede sygeplejerskers oplevelser af ikke at blive lyttet til og ikke få anerkendt deres faglige vurderinger og deres viden om borgeren af det psykiatriske personale:

”Jeg synes, samarbejdet med psykiatrien er rigtig svært. Jeg synes, de mangler at anerkende den faglige viden og den viden omkring borgeren, vi kommer med, og at der faktisk bliver taget hånd om det, vi fremlægger for dem. Det bliver et øjebliksbillede for dem. De er ikke interesserede i historikken.” (Uddrag fra interview med en sygeplejerske i et særligt tilbud til socialt udsatte)

”Problemet er, synes jeg, ret ofte faktisk, at vores vurdering, som sygeplejersker, der ikke er psykiatrisygeplejersker – den bliver, altså, så bliver det ikke vendt. [...] Vores basale, længerevarende observationer... om sindssyg adfærd, hallucinationer, folk som har udadreagerende adfærd mod imaginære personer. Vores observationer bliver ikke modtaget som valide, altså, fordi vi er jo ikke psykiatrisygeplejersker. [...] Men fordi [patienten] ikke er sådan her og nu, så er det deres vurdering, der tæller. Og det kan godt være, at det billede, de ser her og nu på afdelingen, er sådan, men det øjebliksbillede bliver åbenbart altdominerende for, hvordan personen nok er. Og så bliver personen meget kort vurderet. De har jo personen i meget kort tid. Hvis bare de tog kontakt til os og tog vores notater seriøse, tog vores observationer seriøse, ikke?” (Uddrag fra interview med en sygeplejerske tilknyttet en sygeplejeklinik for socialt udsatte)

Sygeplejerskerne oplever i psykiatrien således en manglende lydhørhed og anerkendelse af deres faglige viden om socialt udsatte. Dette henviser mere generelt til de spændinger og konflikter, der kan opstå, når forskellige fagprofessioner skal samarbejde. Sådanne spændinger kan ses som en måde, hvorpå den enkelte forsøger at afgrænse og skabe værdi omkring sit eget professionelle domæne og sin egen professionelle identitet (Pedersen et al. 2017).

Den manglende lydhørhed og faglige anerkendelse forvandles til negative erfaringer med psykiatrien, ikke kun for de sundhedsprofessionelle, der ikke føler sig hørt og anerkendt, men også for

de involverede socialt udsatte, som ikke mødes og vurderes som hele mennesker med en historik, der kunne bidrage til at forklare deres tilstand. I de sundhedsprofessionelles optik mangler det psykiatriske personale hermed indlevelse i borgernes komplekse situation. Personalet er primært interesseret i et øjebliksbillede af den socialt udsatte borgers situation og ikke i borgerens historik, hvilket igen, som beskrevet tidligere, vidner om en grundlæggende mangel på interesse og forståelse for målgruppen af socialt udsatte.

Sygeplejerskerne efterspørger i denne forbindelse, at der ansættes socialsygeplejersker i psykiatrien ligesom i somatikken⁴. En socialsygeplejerske i psykiatrien ville være en vigtig samarbejdspartner for de særlige tilbud målrettet socialt udsatte og et vigtigt bindeled ind i psykiatrien, som ikke eksisterer i dag. Det ville ydermere være en måde, hvorpå sygeplejerskernes indgående viden om borgeren kunne videreformidles til det psykiatriske system, sådan som en sygeplejerske forklarer her:

”Der ligger simpelthen en opgave i også at få socialsygeplejersker i psykiatrien. [...] Vi ville da have brug for den samarbejdspartner, som socialsygeplejersker i psykiatrien ville være. Fordi så er det, vi når frem med det der med, at vi faktisk kan få lov til at fremlægge vores borgere og få lov til at sige, ”Det er dét her, der er”, i stedet for at man laver alt det her brandslukning, ”Ja, 8 timers kokainpsykose, du har sovet, det er overstået. Videre”.” (Uddrag fra interview med en sygeplejerske ansat i særligt tilbud til socialt udsatte)

Nogle sygeplejersker i de særlige tilbud til socialt udsatte savner og efterspørger også bedre muligheder for at kunne sparre og rådgive sig med psykiatrien omkring håndteringen af borgernes baggrund og behov for hjælp til at mestre for eksempel tidligere traumatiserende oplevelser. Sygeplejerskerne savner således en højere grad af faglig sparring med det psykiatriske personale – sparring, der kunne opnås, hvis samarbejdet med psykiatrien fungerede. Nedenstående uddrag fra et interview med to sygeplejersker illustrerer denne efterspørgsel efter psykiatrisk sparring og efter kompetencer, som sygeplejerskerne og deres kolleger i det særlige tilbud til socialt udsatte ikke umiddelbart besidder:

”Men ligesom at få hjælp til det... jamen, finde ud af at få snakket om noget af det, der har været, og få værktøjer til at lære at håndtere livet og finde en anden vej. [...] Det kunne måske være rart med nogle, som har en større faglighed omkring lige præcis den del. Og dermed for eksempel kunne lære os, altså, psykoedukation og undervise i mestringsstrategier. Alle de her ting, som jeg ikke tænker, hverken du eller jeg er specielt klædt på til og heller ikke ret mange af vores kollegaer. Altså det kunne være noget, der kunne være rart at trække ind i tilbuddet til vores borgere, men hvor de bliver afvist på baggrund af misbrug. [...] Fordi der er jo også den her bekymring for, jamen, hvad går man ind og piller ved? Så har vi en borger, hvor hans

⁴ Fra 2010 til 2013 gennemførte KABS VIDEN 'Projekt Socialsygepleje – det gode patientforløb' som et udviklingsprojekt i Region Hovedstaden, hvor man ansatte socialsygeplejersker i såvel somatisk som psykiatrisk regi. Hvor projektet i somatikken førte til en implementering og fastansættelse af en række socialsygeplejersker og en faglig konsulent i Region Hovedstaden, førte projektet ikke til ansættelser af socialsygeplejersker eller andre tiltag i psykiatrien. Dette på trods af, at projektet i psykiatrien bidrog med vigtig viden om blandt andet målgruppen af socialt udsatte med et stofmisbrug, substitutionsbehandling og abstinenssymptomer og håndtering af disse (Ludvigsen og Brünés 2013).

mor er død af en overdosis, og det gjorde hun lige efter, han blev tvangsfjernet, og indtil da havde han faktisk passet på hende og sørget for, at hun ikke var død af en overdosis. Hans far hænger sig selv ved siden af ham. Han bliver seksuelt misbrugt af en bekendt i omgangskredsen. Altså, man kan bare se, det er jo alt for heftigt for os at sidde med. Og hvad tør man? Og hvordan tør man spørge? Og gør man noget forkert? Og hvad findes der af muligheder, ikke? Og hvad piller man ved? Og hvad så, hvis vi går ind og prikker på den der knap, og det hele falder fra hinanden? [...] Og det er jo bare vildt svært, ikke. Og der er det for eksempel... kunne man have psykiatrien med ind over, kunne man få nogen at sparre med dér og sige, skal man nogle gange prøve at lukke folk lidt mere sammen og sige, "Det kan vi ikke tale om"? Altså, han truede på et tidspunkt med, at han ville slå ham der, der havde gjort det, ihjel, og så blev vi sådan lidt, jamen skal man så ringe til politiet nu? Hvad søren gør man ved det? "Det synes jeg ikke, du skal. Og det er da en dårlig idé, og du vil gå i stykker af det som menneske, og...", du ved, man prøver sådan lidt, ikke. Man var sådan lidt... hvordan vil man i en anden faglighed prøve at håndtere det her, fordi det er ikke dét, vi kan. [...] Det kunne være, hvis der var en psykiatrisk sygeplejerske, at det kunne blive en anden fortælling." (Uddrag fra interview med to sygeplejersker ansat i et særligt tilbud til socialt udsatte)

Manglende muligheder for længerevarende hjælp

De sundhedsprofessionelle anerkender, hvordan de hurtige udskrivelser af socialt udsatte også kan være relateret til nogle mere overordnede, pressede vilkår i psykiatrien og en deraf afledt mangel på længerevarende hjælp og behandling i psykiatrien. Beskrivelserne af, at "*psykiatrien er presset på pladser*"; at der sker flere udskrivelser til gaden end tidligere; og at de accelererede patientforløb harmonerer dårligt med socialt udsattes komplekse problemstillinger (som det også er tilfældet i det somatiske hospitalsvæsen), går igen i flere interviews:

"I dag synes vi, at et langt forløb er tre måneder, ikke. Det synes jeg ikke var et langt forløb, da jeg startede i psykiatrien." (Uddrag fra interview med en afdelingspsygeplejerske i psykiatrien)

"Jeg kan da godt se, at når hende den retspsykiatriske overlæge, hun fortæller mig, hvor mange CPR-numre, som hun siger, hun har ansvaret for. Jeg tænker, "Hvordan skal hun nå det?" (Uddrag fra interview med en leder af et botilbud for socialt udsatte med psykiske lidelser og rusmiddelmisbrug)

Informant 1: "Problemet er jo tit, at mange af dem, som vi jo har med at gøre, er super komplekse, fordi de jo både har misbrug, psykiske lidelser, og de har ikke lige en lejlighed, man kan udskrive til. De har måske ikke noget kontanthjælp... Der er heller ikke overdrevet mange pårørende tilbage... De er slidt op. Vennerne er mange gange også væk. Så det er jo utroligt komplekse problemstillinger, og det er noget, der tager tid, og den tid er der måske ikke altid i sengepsykiatrien. [...] Det hele bliver jo lagt meget op til, at man ligesom skal komme sig, og det skal ske i en lineær, hurtig pro-

ces. Man behøver ikke at være helt færdigbehandlet, når man bliver udskrevet. Men vi ser bare rigtig ofte, at de her hjemløse mennesker, når de så bliver udskrevet, så fordi man ikke udskriver til noget, der er særligt stabilt, jamen så får de et kæmpe tilbagefald. Mange mister også deres medicin og mister deres ejendele.” [...]

Informant 2: ”Det er jo politik det hele, det skal man huske. Det er jo ikke, fordi der sidder nogle dårlige læger eller dårlige mennesker. Men der er de ressourcer, der nu engang er. Og det mærker man rigtig meget af nu. Jeg vil sige, bare for måske 12 år siden i lukkede regi, der udskrev man ikke til gaden. Det måtte man ikke [med høj stemme]. Altså, da jeg var i lukket regi. Det gjorde man ikke. Men det gør man jo i dag.” (Uddrag fra interview med tre psykiatriske sygeplejersker i et særligt tilbud til socialt udsatte)

De sundhedsprofessionelle udtrykker især stor bekymring over, hvad de pressede vilkår i psykiatrien betyder for socialt udsatte med en psykisk sygdom eller med en dobbeltdiagnose, hvis udtalte behov for langtidsbehandling i psykiatrien i mange tilfælde ikke imødekommes. Dette kommer til udtryk gennem udsagn som: *”Man skal jo nærmest have en dom til behandling, for at man får noget, der varer lang tid”*, og *”man er heldig, hvis man får en dom til behandling”*. Hermed peger de sundhedsprofessionelle på, at en dom til behandling giver adgang til længerevarende og mere omfattende behandling i psykiatrien og en højere grad af forpligtelse fra psykiatriens side i forhold til at kunne garantere, at patienten ikke begår ny kriminalitet. En dom til behandling bliver på den måde også *”et gyldent vindue”* til at iværksætte en udredning og længerevarende hjælp og behandling til borgeren. Denne problemstilling og de sundhedsprofessionelles bekymring illustreres i nedenstående tre interviewuddrag:

Informant 1: ”Man kan også sige, det er jo også en kendt ting, at der sker en øget kriminalisering af denne her gruppe. Ikke af hjemløse kun, men af psykisk syge. Så et eller andet er der jo galt, og man kan sige; er det rimeligt, at man ender med at blive kriminaliseret, fordi man i dagens Danmark ikke får den behandling, man rent faktisk har brug for? Politiet bruger uanede ressourcer efterhånden, også på de psykiatriske patienter. Det er jo meget oppe nu, og sådan noget. Også omkring, hvor mange ressourcer, de bruger på de psykisk syge. [...] Og hele den her med, at nogle får lov i dagens Danmark at komme så langt ud, at de begår noget kriminalitet i psykotisk tilstand for eksempel. [IP2: [samtidig tale] Og så er de kriminaliseret]. Og så kan vi handle [taler højt]. Det er jo absurd...”

Informant 2: ”Så kan vi give en dom til behandling.”

Informant 1: ”Så kan vi... Så har vi hjælpen til at kunne behandle, men der er jo noget, der er helt skævt...”

Informant 2: ”Der er noget, der er helt galt, at der ikke er gjort noget, inden de kommer dertil.” (Uddrag fra interview med psykiatriske sygeplejersker)

"Men på lidt over 3 år, der er vi [på botilbuddet] altså gået fra 16 beboere til 23 beboere, der har en dom til behandling. Og det kan man jo begynde at tænke lidt over, hvorfor det? Altså, og hvad er det for en udvikling, vi ser her, ikke? Sådan i sine dystre øjeblikke, så kan man jo godt tænke, uden at have noget evidens eller belæg for det, jamen, dét, at man ikke kan blive indlagt. Dét, at man ikke kan få hjælp til sit rusmiddelforbrug. Dét, at man ikke i tilstrækkeligt omfang får den psykiatriske bistand til at kunne få sin sindslidelse stabiliseret, gør, at man kommer til at begå noget kriminalitet, som udløser en retslig foranstaltning. [...] Og man tænker, det er jo helt vildt, at en beboer skal helt derud." (Uddrag fra interview med en leder af et botilbud for socialt udsatte med psykiske lidelser og rusmiddelmisbrug)

"... Men også i forhold til de psykisk syge, fordi det er jo et svigt, ikke. Det er systemsvigt. [...] Der var også [navn på kvinde], som du snakkede om tidligere. Som nu er her igen efter at have været væk i en lang periode, ikke. Det endte med, at jeg lavede en case, hvor hun havde haft... jeg tror, det var 27 kontakter til politiet. Hun havde været inde og runde psykiatrisk, måske 5 gange på 2 måneder, tror jeg... Prostituerede sig for en 50'er. Ikke engang, altså. Hun kunne give 28 blowjobs om dagen. Kom flyvende ind i bar røv lige pludselig og havde plukket al håret ud af hovedet. Og det var sådan, vi havde prøvet alt. Alt havde vi prøvet. Det ender med, at vi har en frivillig læge inde. Det har vi hver mandag. Og jeg får ham til at lave nogle røde papirer på hende, fordi hun er udadreagerende, ikke. Jeg sagde, "Vi bliver nødt til at gøre noget, kan du være behjælpelig?". "Jamen, det kan jeg, jeg skal lige snakke med hende". Jamen, det kunne han da hurtigt se, "Åh ja, den er da helt gal, hun skal da have noget hjælp". Laver nogle røde papirer, og hun ender med at blive indlagt og får faktisk et rigtig langt forløb. [...] Mens hun er indlagt, får hun en dom. Hun får en behandlingsdom, og det er dét, der gør, at hun skal blive, altså, at hun bliver der, ikke. [...] Det er tit dét, det ender med. Det ender med, at de ender med at få en dom for et eller andet. Og det er jo også et svigt, fordi kunne vi ikke have sat ind noget før? Det er både et svigt af borgeren, men det er også et systemsvigt. Og det er spild af ressourcer et eller andet sted. Fordi vi kunne måske have fundet ud af noget andet inden, ikke." (Uddrag fra interview med to sygeplejersker, der arbejder i en sygeplejeklinik målrettet socialt udsatte).

Som uddragene peger på, er det generelt de sundhedsprofessionelles opfattelse, at der sker et systemsvigt af nogle af de borgere, som er allermest socialt udsatte. Systemsvigtet er ifølge de sundhedsprofessionelle blandt andet relateret til pressede vilkår i psykiatrien og manglende muligheder for at få længerevarende hjælp i psykiatrien.

I et interview med en leder af et botilbud for socialt udsatte med dobbeltdiagnoseproblematikker giver hun konkrete eksempler på den forskelligartede psykiatriske behandling af borgere, der har en dom til behandling versus borgere, der ikke har en dom til behandling. Selvom eksemplet selvfølgelig er unikt for det pågældende botilbud og således ikke nødvendigvis kan generaliseres ud til andre lignende botilbud, illustrerer eksemplet mødet med psykiatrien for en gruppe af særligt socialt udsatte med en dobbeltdiagnoseproblematik – og tillige nogle af de vanskelige vilkår og de ringe muligheder for hjælp, som de tilbydes af psykiatrien.

Lederen fortæller, at der kommer to psykiatere på botilbuddet, hvor én tilser beboerne med en dom til behandling, og den anden tilser de øvrige beboere. Beboere, der har en dom til behandling, tilses ugentligt af tre retspsykiatriske sygeplejersker med udgående funktion, som så melder tilbage til en behandlingsansvarlig overlæge. Beboere, der ikke har en dom til behandling, tilses af en psykiater hver 14. dag, men ifølge lederen opholder psykiateren sig på botilbuddet i væsentligt kortere tid, end vedkommende er skemasat til. Derudover er der ingen vikar, når vedkommende holder ferie. Lederen beskriver denne psykiaters arbejde og indsats i meget negative vendinger, der blandt andet knytter sig til psykiaterens afstandtagen til at beskæftige sig med misbrug. Lederen fortæller:

Hun [psykiateren, der tilser beboere uden en dom til behandling] nægter, modsat den retspsykiatriske overlæge, at vi overhovedet er i nærheden af, at det er hendes ansvar også at kigge på misbruget. Det vil hun ikke. Hun siger, at det er ikke hendes opgave. Hun er psykiater. Hvad jeg ikke har haft af diskussioner og møder også med hendes leder og hende, altså. Det er jo et kæmpe problem. [...] Hun er helt vildt vred over, at vi tillader os at udlevere rene sprøjter og kanyler. Hun synes, det inviterer til, at beboerne misbruger, og når vi gør det, så kan vi også bare sejle vores egen sø. Så er hun i hvert fald ikke en del af det, som hun siger. [...] Hun skal, psykiateren skal se beboerne med jævne mellemrum og sikre sig, at der er en lægefaglig, altså en behandlingsplan på den psykiatriske del. Hun skal sikre sig, at hun har styr på deres medicinske behandling, og hun skal sikre sig, at der bliver saneret i, hvad de får af ekstramedicin ved siden af den faste ordination, og så skal hun sikre sig, at dér hvor beboeren både får substitutionsbehandling og antipsykotisk behandling. Det kræver dels, at man tager hjerte, altså EKG. At man måler livvidde. Er der noget med vægten... og, for nogle præparaters vedkommende, også noget med nogle blodprøver. Hvor man kan sige, når vi giver de to stoffer sammen, altså substitutionsbehandling og sindssyge-medicin, så kan det give nogle forstyrrelser på hjerterytmen, og det kan give andre forstyrrelser. Og det ser vi ikke, det foregår der ingenting af. Så hun har et problem. (Uddrag fra interview med en leder af et botilbud for socialt udsatte med psykiske lidelser og rusmiddelmisbrug)

Lederens frustrationer over samarbejdet med den pågældende psykiater fremgår med al tydelighed i ovenstående interviewuddrag. Psykiaterens indstilling og behandling af beboerne er ifølge lederen stærkt kritisabel og mangelfuld, og i dét perspektiv synes det forståeligt, at 'de heldige' er dem med en dom til behandling. Det er vigtigt igen at understrege, at dette konkrete tilfælde ikke nødvendigvis kan generaliseres ud og siges at være gældende for alle dobbeltdiagnosticerede beboere på botilbud. Men eksemplet illustrerer under alle omstændigheder et svigt af en gruppe svært udsatte mennesker – et svigt, der knytter sig til nogle mere generelle og problematiske forhold i psykiatrien som belyst tidligere i dette afsnit, eksempelvis i forhold til psykiatriens afstandtagen til misbrug og psykiatriens manglende interesse og forståelse for målgruppen af socialt udsatte.

Erfaringer med psykiatrien blandt de interviewede socialt udsatte

I det følgende vil jeg belyse oplevelserne med psykiatrien blandt de interviewede socialt udsatte, som har været i kontakt med psykiatrien. I alt fire af de 17 informanter fortæller, at de på et tidspunkt i deres liv har haft kontakt til psykiatrien. Generelt må de fire informanters erfaringer med psykiatrien dog betegnes som forholdsvist begrænsede – det er typisk enkeltstående eller få episoder, der for de flestes vedkommende har været positive oplevelser, og fortællingerne herom fylder da heller ikke ret meget i interviewene. Det er således ikke muligt at genfinde de ovenfor beskrevne udfordringer og de sundhedsprofessionelles negative erfaringer med psykiatrien i interviewene med socialt udsatte.

Nedenfor følger tre eksempler på informanternes mere positive oplevelser med psykiatrien. En 38-årig stofmisbrugende mand, der har angst og har haft depression, fortæller kortfattet, at han har gode erfaringer med psykiatrien, hvor han tidligere (men ikke på interviewtidspunktet) fik medicin for sin angst og desuden deltog i gruppeterapi, hvilket fungerede godt for ham.

En 49-årig kvinde fortæller, at hun to gange har haft en depression og er blevet indlagt frivilligt i psykiatrien. Begge indlæggelser er forbundet med positive oplevelser for hende – hun fik medicin, fik *"fred i sindet"* og blev mere *"klarsynet"*:

Informant: "Jeg har været... hvad hedder det... sindssyg..."

Sygeplejerske [som sad med under interviewet efter informantens ønske]: "Det hedder depression."

Informant: "Ja, ja. Depression. Psykisk depression. Det har jeg haft to gange, tror jeg. Så har jeg været på psykiatrisk afdeling. [...] Jeg indlagde mig selv, fordi jeg var meget psykisk træt... måske på grund af stress eller sådan noget. Det må være fra min fars side, for min far har også haft det. [...] Så blev man lidt klogere... eller fik fred i sindet. Blev klarsynet, mere klarsynet. [...] Jeg fik medicin. Jeg ved ikke, hvad det var, men måske vitaminer eller noget beroligende, tror jeg nok. Og så var jeg i gang med det der puslespil... 1.000 stykker."

Interviewer: "Altså, da du var indlagt?"

Informant: "Ja, da jeg var inde på [psykiatrisk]. Det giver også sådan... lidt mere fred."

Interviewer: "Lidt mere ro på?"

Informant: "Ro på. Ja." (Uddrag fra interview med en 49-årig kvinde)

Som interviewuddraget viser, har kvinden positive erfaringer med at være indlagt i psykiatrien. Hun forbinder det med en opnåelse af klarsynethed, ro og fred i sindet; hun fik medicin og kunne lave puslespil. Interviewuddraget eksemplificerer samtidig nogle socialt udsatte informanters vanskeligheder ved at skulle artikulere deres oplevelser og deres historie i en interviewsituation. Som man kan fornemme, har kvinden til tider svært ved at finde ordene og de rigtige ord, og hun taler gene-

relt i relativt korte, abrupte sætninger. I dette tilfælde forstærkes artikulationsvanskelighederne dog også af, at dansk ikke er hendes modersmål.

En positiv oplevelse med psykiatrien ses endvidere i et interview med en 33-årig somalisk mand, der bor og overnatter på gaden. Han fortæller, at han *"ikke har det godt"*, at han har PTSD, fordi han har været børnesoldat, og at han hører stemmer. Han får ingen medicin og *"ingen hjælp"*. *"Jeg drikker det væk og tager stoffer"*, siger han. Han fortæller også, at han savner struktur i sit liv og noget at stå op til: *"Jeg sidder bare her. Der er ingen struktur"*. Den 33-årige ser forhutlet og nedslidt ud; han er iført lange bukser og jakke i sommervarmen og sidder med en øl på en bænk midt i solen. Sveden pibler frem på hans pande. Hans tøj er beskidt, og det lader til at være længe siden, han har fået et bad. Han virker fjern, nedtrykt og opgivende. Han fortæller, at han har været indlagt på psykiatrisk afdeling engang, og at det var en god oplevelse for ham, fordi *"der var struktur, og der fik jeg medicin"*. Da jeg senere spørger ham, om det kunne hjælpe ham at blive indlagt igen, svarer han: *"Jeg ved ikke, hvordan man gør. Hvor tager jeg hen? Jeg kender ikke systemet"*.

De positive beskrivelser af mødet med psykiatrien i de to ovenstående interviewuddrag synes at stå i skærende kontrast til informanternes livssituation i øvrigt – præget af massivt misbrug, dårligt fysisk helbred, smerter og ingen medicin – og efterlader indtryk af, at de positive erfaringer med psykiatrien handler mere om, at informanterne fik noget hjælp i det hele taget – i form af medicin, et sted at være, struktur på dagen – snarere end, at en bestemt form for psykiatrisk behandling gjorde en afgørende forskel for dem.

En 50-årig mand, der på interviewtidspunktet bor på et herberg, har en anden og mindre positiv oplevelse af mødet med psykiatrien end de tre informanter ovenfor. Han er krigsveteran og har fået konstateret svær PTSD på grund af voldsomme og traumatiske oplevelser i forbindelse med sine udsendelser som soldat. Han fortæller, at diagnosen PTSD bevirker, at han får kaostanker, panikangst, bliver grådlabil og stresset. Han forklarer, at det er uhensigtsmæssigt og utrygt for ham at bo på et herberg, hvor der bliver *"råbt og skreget"*, hvor slåskampe er hverdagskost, og hvor der med jævne mellemrum finder voldelige episoder sted. Sådanne forhold gør ham utryg og fremkalder samtidig nogle af de ekstremt voldelige og traumatiserende oplevelser, han har haft som udsendt soldat. På et tidspunkt – som dog var før, han flyttede på herberg – havde han det så dårligt, at han forsøgte at begå selvmord, og det var i denne forbindelse, at han blev indlagt på psykiatrisk afdeling. Han fortæller:

Informant: *"Jeg var engang ved at begå selvmord. Jeg havde bundet sådan et reb igennem de her bæltehuller og så ned om min cykel, og så ville jeg køre ned i havnen. Og så kom der sgu en politibil, der lyste på mig med den der oppe på taget. Det var så to kvinder. Så kom de hen til mig og spurgte mig, hvad jeg havde... hvad mit forehavende var der. Men der blev jeg ikke indlagt. Jeg sagde til dem, 'Jeg vil ikke ind i det psykiatriske system'. Og det ved jeg ikke, hvorfor jeg ikke ville, det var sådan noget, 'Jeg vil ikke være syg'-agtigt. 'Så hvis jeg skal med jer, så skal jeg få lov til at komme ned i detentionen'. Det kom jeg så ikke, men jeg fik lov til at ligge inde på et af deres kontorer, og så slukkede de lyset. Så talte vi sammen dagen efter, da hun fik fri hende den ene, og så kørte vi sammen over på psykiatrisk. Så kom jeg så ind i det der, begyndte at få noget forskelligt medicin, og det er jo også derfra, jeg stadig har en ordination, som jeg går og spiser."*

Interviewer: "Ja. Og hvordan, synes du, den oplevelse var? Altså mødet med dét system?"

Informant: [sukker]

Interviewer: "Synes du, du blev taget alvorligt?"

Informant: "Nej. Altså, jeg havde det jo lidt sådan at... Ham, jeg talte med, synes jeg, han sad sådan nærmest og tog det som om, det var en film, jeg snakkede om. Sad og spurgte mig om, hvor mange meter sådan et gevær rækker. Det, synes jeg, var fuldstændig ligegyldigt for ham at vide. Men så snakkede jeg så med nogle sygeplejersker, som så til gengæld var enormt søde. Men det var sådan mere bare på et empati- og omsorgsplan. Det var ikke til PTSD som sådan." (Uddrag fra interview med en 50-årig mand)

Mødet med det psykiatriske system var for den 50-årige mand en mere negativ oplevelse end for de socialt udsatte informanter beskrevet ovenfor. Han følte sig ikke taget alvorligt, blev stillet irrelevante spørgsmål, og selvom sygeplejerskerne udviste empati, og han fik ordineret medicin, er det hans overordnede oplevelse, at psykiatrien ikke formåede at hjælpe ham med hans PTSD. Han fortæller senere i interviewet, at han ikke synes, medicinen hjælper ham tilstrækkeligt, og at lægerne har prøvet "de første 15 præparater" på ham uden succes. Det, der hjælper ham bedst, er at snakke, og derfor går han hos en psykolog tre gange om ugen.

Opsamling: Socialt udsattes møder med sundhedsvæsnets

Dette tema har fokuseret på socialt udsattes forskellige møder med sundhedsvæsnets og på socialt udsattes oplevelser af diskrimination og stigmatisering i disse møder. Overordnet set viser undersøgelsen ikke tegn på, at der foregår en *systematisk, intentionel* diskrimination og stigmatisering af socialt udsatte i sundhedsvæsnets. Men undersøgelsen dokumenterer dog, hvordan nogle socialt udsatte i deres møde med sundhedsvæsnets oplever situationer, hvor de udsættes for stemping, stereotypificering, stigmatisering og diskrimination.

Det er et vigtigt fund i undersøgelsen, at nogle socialt udsatte kun meget sjældent og i akutte situationer, eller måske slet ikke, bruger eller møder det etablerede sundhedsvæsnets. De bruger i stedet primært de særlige sundhedstilbud til socialt udsatte.

Analysen af socialt udsattes kontakt til egen læge viser, at for socialt udsatte har den praktiserende læge ikke har samme vigtige rolle som indgang til det etablerede sundhedsvæsnets som i den øvrige befolkning. De interviewede socialt udsatte har generelt en meget sporadisk eller slet ingen kontakt til egen læge. Nogle fravælger at bruge den praktiserende læge af økonomiske og praktiske grunde, fordi de her selv skal bestille tid og selv skal betale for eventuel medicin. I stedet bruger nogle de særlige sygeplejeklinikker målrettet socialt udsatte, hvor der ikke er krav om tidsbestilling, og hvor der udleveres gratis medicin (i et vist omfang). En stabil relation til egen læge vanskeliggøres yderligere af socialt udsattes til tider kaotiske og omskiftelige tilværelse, hvor nogle flytter ofte og derfor er nødsaget til at skifte læge ofte.

De socialt udsatte informanter oplever generelt egen læge som en fremmed, der mangler forståelse for, og indlevelse i, de levevilkår og den sociale udsathed, der kendetegner deres liv. Flere beretter om situationer, hvor den praktiserende læge ikke har taget deres interesse og bekymring for eget helbred alvorlig og har udskrevet medicin uden at undersøge borgeren nærmere. Nogle savner en mere forståelig kommunikation fra lægens side og efterspørger endvidere mere konkret og opsøgende hjælp fra den praktiserende læge, eksempelvis til at forstå breve fra hospitalet. Den generelle erfaring blandt de interviewede socialt udsatte og sundhedsprofessionelle er, at tilstedeværelsen af en bisidder – som fx en gadesygeplejerske – bidrager til at styrke relationen mellem den socialt udsatte og den praktiserende læge og til at skabe en mere stabil kontakt til den praktiserende læge. Undersøgelsen viser imidlertid også, at stabiliteten i høj grad synes at være oppebåret af sygeplejerskernes vedholdende fod- og forhandlingsarbejde, hvor de varetager al kontakt med lægen, mægler mellem lægen og borgeren og får skabt en realistisk plan for fx behandling og medicin.

Undersøgelsen viser desuden, at omkostninger til medicin udgør en stor udfordring for socialt udsatte. Nogle socialt udsatte prioriterer således medicinen fra til fordel for øvrige udgifter som fx mad, husleje, alkohol og stoffer – og bruger rusmidlerne som selvmedicinering til at dulme fysiske og psykiske smerter.

I forhold til mødet med det somatiske hospitalsvæsen viser undersøgelsen, at nogle socialt udsatte har positive oplevelser og udtrykker stor tilfredshed og taknemmelig i forhold til den behandling, de har fået i det somatiske hospitalsvæsen. Det er karakteristisk for den positive opfattelse af hospitalsvæsnets, at enkeltstående 'fejl og mangler' i personalets information og behandling, og enkeltstående, negative situationer, ikke har påvirket eller overskygget informanternes generelle, positive opfattelse af hospitalsvæsnets. De positive oplevelser er endvidere forbundet med stor forståelse for hospitalets personalets arbejdsvilkår og travlhed. Derudover er det karakteristisk for de informanter, der har positive oplevelser med hospitalsvæsnets, at de ikke har følt sig stigmatiseret eller diskrimineret på grund af deres misbrug og sociale udsathed. Endelig viser undersøgelsen, at de positive oplevelser med hospitalsvæsnets typisk fordrer, at hospitalets personale udviser en høj grad af fleksibilitet og kreativitet og tilpasser forløbet til den socialt udsatte patients særlige situation. En vigtig pointe i forhold til hospitalsvæsnets fleksibilitet og tilpasning af forløbene til socialt udsatte patienter er, at dette ofte sker med hjælp fra eksempelvis socialsygeplejersker, gadesygeplejersker eller lignende. Som det er tilfældet med forhandlingerne med praktiserende læge, spiller sygeplejerskerne i de særlige sundhedstilbud til socialt udsatte således også en central rolle i forbindelse med forløb i hospitalsregi.

Socialt udsattes negative oplevelser med det somatiske hospitalsvæsen dækker over følelsen af at blive ignoreret, ikke at blive undersøgt grundigt nok, ikke blive taget alvorligt og ikke blive lyttet til af hospitalets personale. Mere grundlæggende handler det om, at de interviewede socialt udsatte har følt sig stempet, stereotypificeret og diskrimineret på baggrund af deres sociale udsathed, misbrug, udseende, væremåde og tilhørssted. Undersøgelsen viser en overordnet tendens til, at det især er mennesker med et stofmisbrug, der har negative oplevelser med hospitalsvæsnets og føler sig forskelsbehandlet.

Både de interviewede socialt udsatte og de sundhedsprofessionelle kommer med mulige forklaringer på baggrunden for socialt udsattes negative oplevelser. Begge grupper fremhæver, at oplevelserne af diskrimination og stigmatisering kan hænge sammen med den socialt udsattes indstilling og deres ofte anderledes attitude og væremåde. Derudover har relationen til hospitalspersonalet, hvorvidt der er god kemi mellem patienten og personalet, og hvorvidt hospitalspersonalet formår at håndtere målgruppen, stor betydning for mødet med hospitalsvæsnet. Nogle socialt udsatte informanter påpeger, at udsatte menneskers anderledes adfærd ofte beror på tidligere oplevede svigt. Gentagne oplevelser af at blive svigtet og nedgjort gennem livet (oplevelser af *social defeat*) har således påvirket socialt udsattes måde at møde andre på og troen på, at nogen vil dem det godt, og derfor opfører de sig nogle gange anderledes, har svært ved at vente, forlader hospitalet før tid eller taler i en hård tone.

Undersøgelsen viser endvidere, at der ifølge flere sundhedsprofessionelle er sket en positiv udvikling i forhold til holdningen til socialt udsatte i hospitalsvæsnet. Flere sundhedsprofessionelle oplever en anden og forbedret holdning til, og forståelse for, gruppen af socialt udsatte nu end tidligere. De sundhedsprofessionelle påpeger dog også, at socialt udsatte fortsat udsættes for personbåret diskrimination og stigmatisering på trods af en overordnet oplevelse af en forbedret holdning til socialt udsatte. Nogle hospitalsansatte kan således lide målgruppen af socialt udsatte og kan håndtere dem – andre kan ikke.

Endelig viser analysen af socialt udsattes negative oplevelser med det somatiske hospitalsvæsen, at der også synes at finde en mere indirekte og strukturel diskrimination sted, hvor strukturelle forhold som sundhedsvæsnets organisering, hospitalsvæsnets specialisering, fragmentering og manglende omsorg og blik for det hele menneske samt hospitalspersonalets pressede arbejdsbetingelser bidrager til en øget diskrimination og stigmatisering af socialt udsatte. Selvom disse strukturelle forhold gælder for hele befolkningen, rammer de den socialt udsatte patient særligt hårdt.

Undersøgelsen af mødet og samarbejdet med psykiatrien viser, at de sundhedsprofessionelle generelt har den opfattelse, at socialt udsatte ikke får den hjælp, de burde og har krav på i det psykiatriske system. De sundhedsprofessionelle har mange negative erfaringer med at samarbejde med psykiatrien omkring socialt udsatte borgere. De oplever således, at det er vanskeligt at få uret socialt udsatte patienter i psykiatrien, at socialt udsatte udskrives for hurtigt, og at de ofte ender i langstrakte systemforløb, hvor de rundsendes mellem psykiatri, somatik og misbrugsbehandling. Dette gælder især for socialt udsatte med et misbrug og med en dobbeltdiagnoseproblematik. Det er endvidere de sundhedsprofessionelles erfaring, at nogle socialt udsatte patienter slet ingen hjælp får af psykiatrien, fordi de bliver afvist af den psykiatriske akutmodtagelse eller ikke bliver indlagt. Dette gælder især nogle af de allermest socialt udsatte, fx udsatte med en dobbeltdiagnose eller socialt udsatte med psykoser. Sådanne oplevelser, hvor selv meget syge borgere afvises af psykiatrien, gør det u håndgribeligt for de sundhedsprofessionelle at forstå, hvad der kræves for, at man bliver psykiatrisk patient.

De sundhedsprofessionelle beskriver endvidere en række strukturelle og kulturelle forhold, som har betydning for socialt udsattes negative oplevelser med psykiatrien:

1. Adskillelsen af psykiatri og misbrug. De sundhedsprofessionelle beskriver en generel afstandtagen til at udrede og behandle socialt udsatte med et misbrug i psykiatrien, som er

relateret til adskillelsen af den psykiatriske behandling i regionalt regi og misbrugsbehandlingen i kommunalt regi. De sundhedsprofessionelle kritiserer denne adskillelse og den markante mangel på samarbejde mellem de to instanser. Psykiatriens afstandtagen til misbrug kommer til udtryk gennem en manglende interesse og forståelse for, samt viden om, dels målgruppen af socialt udsatte med et misbrug, dels rusmiddelmisbrug og dels brugen af rusmidler som en slags selvmedicinering.

2. Fagprofessionelle spændinger. Medarbejderne i de særlige tilbud til socialt udsatte oplever desuden en manglende lydhørhed og anerkendelse af den viden og faglighed, som de besidder, fra personalet i psykiatrien.
3. Psykiatriens pressede, strukturelle vilkår og manglen på længevarende hjælp og behandlingstilbud til svært syge og udsatte mennesker.

Disse forhold komplicerer tilsammen og hver for sig de sundhedsprofessionelles samarbejde med psykiatrien omkring socialt udsatte borgere og har mærkbare konsekvenser for de implicerede udsatte borgere.

Samme udprægede negative erfaring med psykiatrien genfindes ikke i interviewene med socialt udsatte. I alt fire af de 17 socialt udsatte informanter fortæller, at de på et tidspunkt i deres liv har haft kontakt til psykiatrien, og tre af disse informanter beskriver mødet med psykiatrien som positivt. For dem var den psykiatriske indlæggelse forbundet med ro, struktur og stabil medicinsk behandling – i modsætning til deres livssituation i øvrigt.

Det svære efterforløb

I det følgende vil jeg belyse de udfordringer, som nogle af de interviewede socialt udsatte oplever i efterforløbet – og hermed i tiden efter en indlæggelse eller efter en alvorlig sygdom – og de bekymringer om et fremtidigt svært efterforløb, som fylder tankerne hos andre socialt udsatte. Det er karakteristisk, at dette efterforløb er skrøbeligt og vanskeligt. Egenomsorgen i efterforløbet er svær på grund af den socialt udsattes manglende overskud og ressourcer, og mulighederne for at restituere og komme sig vanskeliggøres ydermere af, at mange er overladt til sig selv, til pårørende eller til venner, som også er socialt udsatte, og hvis liv også er præget af kaos og misbrug.

Et eksempel på det svære efterforløb ses i interviewet med en 59-årig mand, der igennem mange år følte sig syg og blev indlagt gentagne gange, uden at lægerne kunne stille en diagnose. For cirka fem år siden fik han konstateret tuberkulose. Han fortæller, at han fik at vide af lægerne, at tuberkulosen var indkapslet, men at de ville *”sætte den i gang”* med medicin, fordi de mente, den havde betydning for de helbredsmæssige problemer, som han gennem en årrække havde oplevet. Herefter blev han meget syg og var sengeliggende i otte måneder:

”... det var en barsk affære, det der TB, da jeg fik den. Nej, hvor blev jeg syg. Jeg lå jo otte måneder i sengen, jeg kunne bare ingenting. Jeg tabte 16 kilo på tre uger. Jeg vejede 48 kilo til sidst.” (Uddrag fra interview med en 59-årig mand)

På det tidspunkt boede han sammen med sin kæreste, der ligesom han selv havde et massivt alkoholmisbrug. Da tuberkulosen kom i udbrud, skulle han egentlig have været indlagt, men besluttede sammen med kæresten, at hun skulle passe ham i deres hjem. Dette var imod hospitalets anbefaling, og han skulle derfor underskrive *”alle mulige papirer”*. Han fortæller, at kæresten var den eneste pårørende, han havde, men at hun blev voldelig, når hun drak:

”Lige så snart hun fik alkohol indenbords, så var det bare øretæver og råben og skrigen og smiden rundt med tingene og sådan noget, ikke. Og det var fandeme ikke til at holde ud, når du så ligger der og ikke kan gøre noget. [...] Hun har slået mig oven i hovedet med pander og gryder, og jeg ved fandeme ikke hvad, og slået mig oven i hovedet med ølflasker, så jeg måtte køre med kæmpe huller i hovedet op til skadestuen og blive syet sammen og sådan noget. [...] Det var livsfarligt. Og til sidst så begyndte hun jo også at skære i mig, altså. Det har hun gjort flere steder. Den dér [peger på et ar], det er én, hun har lavet. Og også den dér, hvor hun stak en kniv i mig. Den dér har hun også lavet.” (Uddrag fra interview med en 59-årig mand)

Den 59-årige var sengeliggende i otte måneder, og i nedenstående interviewuddrag fortæller han om denne periode:

”Jeg lå sådan her i otte måneder, hvor jeg jo ikke kunne gøre en skid, og så tog det mig halvandet år at bare blive nogenlunde... få så mange kræfter, så jeg kunne be-

gynde at overveje at flytte. For hun [kæresten] behandlede mig ikke pænere af, at jeg lå i sengen og var syg, nej. [...] I lange perioder var [gadesygeplejersken] den eneste kontakt, jeg egentlig havde til offentligheden og omverdenen, fordi jeg lå i min seng. Og der er ikke ret mange mennesker, der lige kan komme ud og besøge en dødssyg mand, vel altså. Det gider man sgu ikke rigtigt, altså. Så kom vennerne ud og besøgte [kæresten], og så sad de og drak som nogle svin inde ved siden af, ikke, og så lå jeg bare inde i min seng og ikke kunne røre mig eller noget. Og den eneste kontakt, det var alle de her fulde folk, når de kom ind. Og de havde mere brug for at snakke om deres egne problemer end at høre, hvordan jeg havde det, ikke. Altså, når man ligger med sådan en følelse der, ikke... det er jo helt utroligt, at jeg har overlevet det så længe, men... [...] Jeg skulle jo følges, hvis jeg skulle pisse ude på toilettet, ellers så havde jeg en spand stående lige ved siden af sengen, hvor jeg lige kunne kravle ned på, hvis der ikke var nogen i huset. Og jeg kunne ikke lave min egen mad. Og det var altid mig, der lavede mad førhen. [...] Det var forfærdeligt, fordi jeg lå inde i stuen, og der sad de jo der og drak og sådan noget, ikke altså. Jeg drak jo også selv under sygdomsforløbet, og det gjorde det jo altså heller ikke bedre, nej. Altså okay, jeg trappede det jo godt ned, men jeg drak stadigvæk bajere. Og så høre på alle dem der, det kunne jeg slet ikke holde ud. Så fik jeg så, så lavede vi et værelse inde bagved, så kom jeg derind. Og så endte det med, at jeg simpelthen måtte pille et håndtag af og få en dør med lås i, så jeg kunne låse døren. Fordi når hun kom hjem, når hun var fuld... hun har stået med en økse udenfor og bare prøvet at hamre igennem døren og sådan noget, ikke, og store lægtehammere og... you name it, mand. [...] Og når jeg så ikke havde flere kræfter tilbage, så kunne jeg jo ikke gøre noget. Så kunne hun jo bare... og hun har jo præsteret at komme klokken 3 om natten, hvor jeg lå og sov og begyndte at tæve løs på mig, hvor jeg var rigtig syg." (Uddrag fra interview med en 59-årig mand)

Interviewuddraget illustrerer den skrøbelighed, der kendetegner såvel sygdomsforløbet som efterforløbet for mange socialt udsatte og de vanskelige betingelser, de må komme sig under.

For en anden informant, en 47-årig kvinde, er efterforløbet efter en tre måneders indlæggelse på grund af en betændt bugspytkirtel tilsvarende udfordrende og skrøbeligt. Hun har i lange perioder af sit liv levet på gaden og haft et alkohol- og stofmisbrug. Hun fortæller, at en læge efter indlæggelsen skrev en erklæring til kommunen om, at det ikke var hensigtsmæssigt for hende at bo på gaden, og at det var vigtigt, at hun havde et sted at sove, lave mad og komme på toilettet, da sygdommen bevirkede, at hun nemt fik forstoppelse. Kort tid herefter fik hun og hendes kæreste en lejlighed. Men hun beskriver perioden efter indlæggelsen som svær; hun var syg og havde derudover svært ved at fungere i en lejlighed, fordi hun havde *"boet for mange år på gaden og var blevet syg med for mange ting"*. Hun fortæller, at kæresten, der også havde et stofmisbrug, passede hende og tog sig af hjemmet, men at han døde i samme periode. Hun siger herefter:

"Da han døde, der kunne jeg godt se, hvor stor en hjælp, han havde været for mig... det hele krakelerede om ørerne på mig, da han døde." (Uddrag fra interview med en 47-årig kvinde)

Selvom det lykkedes den 47-årige kvinde at få egen bolig, og selvom hun – i modsætning til andre socialt udsatte – havde en kæreste, der formåede at passe hende på trods af eget misbrug, var de vilkår, under hvilke hun skulle komme sig efter sin sygdom, alligevel særdeles skrøbelige. Efter mange år på gaden var det svært for hende at vænne sig til at have egen bolig, og kærestens død betød derfor, at *"det hele krakelerede"*.

For andre informanter med helbredsmæssige problemer er det tankerne og bekymringerne om et fremtidigt svært efterløb, der fylder. Det gælder for eksempel for dem, som nærmer sig en indlæggelse, lige er blevet udskrevet efter en alvorlig sygdom eller er i risiko for at blive sat ud af et herberg. De følgende tre eksempler illustrerer dette.

For en 56-årig, hjemløs mand, der har hjerte problemer, fylder bekymringen om, hvor og hvordan han skal komme sig efter en operation, på forhånd. Han fortæller, at han går til kontrol hver tredje måned og snart står over for at skulle have en hjerteroperation. Men det bekymrer ham, hvad der skal ske efter operationen:

Interviewer: "Nu siger du, at du har nogle hjerte problemer, og at du går jævnlige til kontrol?"

Informant 1: "Ja, hver tredje måned, hvor de monitorerer mig. Det er noget med min kranspulsåre, den er lige på bristepunktet. Så for hver gang, jeg kommer, er det med risiko for, at de siger, "Nå, nu skal du under kniven" [lille grin]. Og så er jeg jo hjemløs, så hvor skal jeg ligge og komme mig? Det ligger sådan lidt hen i det uvisse. Men de siger, "Jamen, vi har et sted, du kan komme ind bagefter"."

Interviewer: "Okay, ja. Men det er selvfølgelig en bekymring for dig?"

Informant 1: "Det er et stressmoment, ikke. [...] Det er lidt skræmmende at vide, at de opererer mig, men de ved ikke, hvor de skal sende mig hen bagefter. [...]"

Interviewer: "Men har du den der snak, når du er inde om, "Hvad sker der, hvis jeg nu pludselig bliver indlagt?" Og hvem har du den snak med?"

Informant 1: "Jamen, det havde jeg ude på hospitalet, derude hvor jeg går til undersøgelse. Hvor han, for et halvt år siden, sagde til mig, "Hov. Den må være 5 cm. Jeg skal lige ringe ned på kirurgisk, om vi skal lave det med det samme". Og så begyndte det jo at bevæge sig oppe i hovedet på mig, ikke. "Ja okay, det er fint nok, at I opererer mig, men hvad så?". Og så var det så, han sagde, "Jamen, der findes muligheder for, at man kan komme et eller andet sted hen og komme op og stå igen", ikke."

Informant 2: "Det er jo så de [plejeophold] der, ikke."

Informant 1: "Jeg ved ikke, om det fungerer. 14 dage...det er jo ikke nok for en hjerterpatient, kunne jeg forstille mig." (Uddrag fra interview med tre nuværende og tidligere hjemløse mænd)

Bekymringerne for efterforløbet fylder også hos en 75-årig mand, der bor på herberg. Han har haft fire blodpropper og er på interviewtidspunktet i behandling for kræft. På interviewtidspunktet har han lige været til møde med kommunen, der gerne vil have ham overflyttet til egen bolig, da han – i deres øjne – kan klare sig selv. Han fortæller, at kræftsygdommen i dette tilfælde er blevet hans redning:

Informant: "... på grund af kræft og alt det der, så har jeg fået lov at blive boende lidt endnu. [...] Det giver jo ligesom mere ro, fordi jeg går jo og spekulerer, "Skal jeg ud af huset, og jeg har kræft, og jeg har dit og dat". Så er det, jeg bliver stresset, og så får man en blodprop."

Interviewer: "Det kan jeg da godt forstå. Er det også sådan i forhold til, at der måske ikke er nogen til at passe dig, hvis du kom ud i din egen bolig, eller hvordan?"

Informant: "Næ, det er der ikke. Så er det igen...jeg kender ikke et menneske. Her [på herberget] kender jeg jo alle. [...] Jeg skal sgu ikke ud i [egen bolig]... jeg vil sgu godt blive boende her. Nu har jeg boet her i 20 år næsten, hvorfor fa'en kan de ikke bare lade mig være i fred?" (Uddrag fra interview med en 75-årig mand)

Disse to interviewuddrag illustrerer de fremtidsbekymringer, som går igen i flere interviews. Der er således en udbredt usikkerhed og utryghed relateret til, hvor den socialt udsatte kan restituere og komme sig efter en operation og indlæggelse – både for dem, der er hjemløse, og dem, der bor på herberg, men som risikerer at blive sat ud. Interviewene peger generelt på, at der fra hospitalets side skal gøres en ekstra indsats for at informere om, hvad der skal ske efter indlæggelsen, for derved at mindske usikkerhed og stress. Som det første interviewuddrag viser, kan nogle socialt udsatte efter en indlæggelse blive henvist til et korterevarende plejeophold (som regel 14 dage) målrettet syge og svækkede socialt udsatte, der har behov for pleje og støtte, men ikke alle modtager mere indgående information herom fra hospitalet, og nogle stiller tillige spørgsmålstejn ved, om 14 dages restitution er tilstrækkeligt. Flere socialt udsattes bekymringer for efterforløbet forstærkes yderligere af, at de ofte er alene og uden pårørende til at hjælpe sig og har været hjemløse i en årrække. Netop derfor bekymrer og stresser det også, hvis den socialt udsatte risikerer at blive sat ud af et herberg og derved mister fællesskabet med de øvrige beboere.

For en 38-årig mandlig informant, der har haft en hjerneblødning, handler bekymringerne om efterforløbet om, at han dels har mange smerter, han ikke får dækket, og dels, at han ikke længere er "*stærk nok*" til at kunne begå sig på gaden og til at skaffe de stoffer, der kan lindre hans smerter. Undervejs i interviewet siger han gentagne gange, at han har mange smerter, og at han føler sig glemt og efterladt, efter han blev udskrevet fra et genoptræningscenter. Han føler ikke, at han får lindret sine smerter og sin stoftrang i tilstrækkelig grad:

"Det er bare, det der metadon, man giver mig, det dækker jo kun lige mine smerter, og det dækker kun lidt, og så render jeg rundt med smerterne alligevel. Jeg kan altså godt mærke smerterne igennem. For man glemmer jo at tænke på, at jeg er altså narkoman. Så jeg skal have både til mit stof og så til smerterne. [...] Man har glemt mig lidt, efter jeg er kommet hjem. For man har bare tænkt, "Nå, fint nok, nu er vi af

med ham". Sådan virker det lidt. Man skider på, at jeg har smerter." (Uddrag fra interview med en 38-årig mand)

For denne mand er smerterne taget til, efter han er blevet udskrevet, både fordi han har ADHD og har svært ved at sidde stille, og fordi han er, som han fortæller det, ved at komme "*tilbage til livet*" og derfor bevæger sig mere rundt, end da han var indlagt. Han fortæller, at han er "*meget bekymret*" for, hvad der skal ske fremover, fordi han ikke længere "*er sig selv*". Han forklarer, at efterforløbet for ham er vanskeligt, fordi den manglende smertedækning driver ham i én retning – nemlig stofferne – men at han ikke længere er stærk nok og ikke længere har det, der kræves for at skaffe stoffer og begå sig på gaden. På interviewtidspunktet bor han på et botilbud for socialt udsatte med et aktivt misbrug, der har brug for somatisk pleje, og sygeplejersken, der er tilknyttet botilbuddet, er i gang med at afklare, om han kan blive visiteret til at få lægeordineret heroin. Han fortæller:

Informant: "Det er svært for mig at komme tilbage, det kan jeg godt mærke, fordi jeg tror, jeg er den samme. Men det er jeg ikke. Så det er hårdt for mig. [...] Smerterne, dem vil jeg gerne af med, fordi jeg har ikke planer om at gå tilbage til et misbrug. Så man må kunne give mig noget mod smerterne. Altså, jeg kan ikke holde det ud. Ellers så går jeg jo tilbage [til et misbrug] på grund af smerterne. Det ville også være svært. Fordi jeg er ikke stærk nok på gaden mere, nej. [...] Ej, jeg duer ikke til at løbe rundt og skulle skaffe heroin og kokain og..."

Interviewer: "Nej, ikke som du har det i dag?"

Informant: "Nej. Jeg er for let et offer, og folk er nogle svin i det miljø der. Så det... nej, jeg er ikke stærk nok. [...] Så kommer jeg nok igennem alt muligt lort, ikke. Folk kan jo slå mig ned og pis og lort, ikke. Så nej, det kan jeg ikke rigtig." (Uddrag fra interview med en 38-årig mand)

Interviewuddraget illustrerer de fremtidsbekymringer, som nogle informanter med et misbrug har i forhold til manglende smertedækning i efterforløbet. Dette peger mere generelt på nødvendigheden af, at behandlingen og smertelindringen af de fysiske helbredsproblemer, som socialt udsatte med et misbrug oplever, i højere grad bør medtænke misbruget – også i efterforløbet. Behovet for smertelindring i efterforløbet forstærkes yderligere i de tilfælde, hvor den socialt udsatte ikke længere fysisk er i stand til at skaffe sine egne stoffer og ikke længere besidder de nødvendige kompetencer og den nødvendige styrke for at kunne leve på gaden.

Opsamling: Det svære efterforløb

I dette tema har jeg belyst, hvordan efterforløbet efter en indlæggelse eller alvorlig sygdom for nogle socialt udsatte bærer præg af at være skrøbeligt og vanskeligt, fordi den socialt udsatte ofte stadig er meget syg, og fordi det netværk, som man almindeligvis vil ty til i forbindelse med sygdom, for den socialt udsatte ofte er stærkt begrænset og sårbart. De, i efterforløbet, få tilstedeværende pårørende og venner er således ofte selv socialt udsatte, hvis tilværelse også er præget af misbrug og kaos. Dette vanskeliggør og forlænger den syge socialt udsattes restitution og mulighed for at komme sig.

Andre socialt udsatte udtrykker stærke bekymringer for fremtidige svære efterforløb. Her er der tale om, at de socialt udsatte på forhånd er bekymrede og stressede over den uvisse fremtid, for eksempel i forhold til, hvor de kan komme sig efter en operation; hvad der skal blive af dem, og hvem der skal passe på dem, hvis de bliver sat ud af det herberg, hvor de bor. Eller hvordan de skal klare sig, når sygdommen har forårsaget et øget behov for smertelindring samtidig med, at de ikke længere er i stand til at begå sig og skaffe stoffer på gaden. Undersøgelsen peger dermed på vigtigheden af at sikre en bedre og mere grundig information fra hospitalets side om den udsatte patients muligheder i efterforløbet – eksempelvis om muligheden for at blive henvist til et plejehold for socialt udsatte. Undersøgelsen peger også på nødvendigheden af at sikre en tilstrækkelig smertelindring i efterforløbet for socialt udsatte med et misbrug.

Sundhedskompetence og kulturel sundhedskapital

Dette kapitel belyser, hvordan nogle socialt udsatte oplever dét at skulle tage hånd om eget helbred, dét at skulle navigere i sundhedsvæsnets samt de udfordringer, det bringer med sig. Kapitlet fokuserer dermed på socialt udsattes *sundhedskompetence* (Maindal og Vinther-Jensen 2016) – deres evne til at tage vare på eget helbred – eller rettere deres vanskeligheder ved at udøve sundhedskompetence i en socialt udsat position. For nogle betyder det, at store dele af ansvaret for eget helbred overlades til den tilknyttede gadesygeplejerske (eller lignende sygeplejerske i et særligt tilbud til socialt udsatte), og at denne således får en afgørende rolle i forhold til kontakten til sundhedsvæsnets.

Dernæst belyser jeg mødet mellem den socialt udsatte patient og den sundhedsprofessionelle ved brug af et andet teoretisk perspektiv, *kulturel sundhedskapital* (Shim 2010). Dette begreb kan bidrage til en øget forståelse af, hvordan og hvorfor socialt udsattes møde med sundhedsvæsnets nogle gange udfolder sig negativt og ulige – og hvorfor dette møde nogle gange opleves som ”*to verdener, der crasher*”, som en sundhedsprofessionel udtrykker det.

Begrebet sundhedskompetence

Sundhedskompetence er den danske oversættelse af det engelske begreb *health literacy*. Der findes en række definitioner af begrebet – én af de mere fremtrædende er WHO's definition. Ifølge WHO er sundhedskompetence:

de kognitive og sociale kompetencer, der bestemmer den enkeltes motivation og mulighed for at få adgang til, forstå og bruge oplysninger på en måde, der kan fremme og opretholde et godt helbred. (Kickbusch et al. 2013)

Sundhedskompetence handler således om individers evne til at tilegne sig og forstå viden om sundhed, til at vurdere den tilegnede viden og til at handle på viden om sundhed.

Det moderne sundhedsvæsen har fokus på patientcentreret behandling, brugerinddragelse og på borgerens/patientens egenhåndtering og eget ansvar for sundhed. Hermed stiller sundhedsvæsnets krav til borgeren om at kunne varetage en selvstændig og ansvarlig rolle for eget helbred og tillige for både forebyggelsen og behandlingen af sygdomme (Maindal og Vinther-Jensen 2016). Sundhedskompetence er derfor blevet en nødvendig kompetence for at kunne navigere i sundhedsvæsnets og for at kunne foretage informerede valg i relation til helbred og sundhed i en stadigt stigende og mere kompleks mængde sundhedsinformation i samfundet generelt.

Sundhedskompetence er en determinant for sundhed, som kan bidrage til at forklare social ulighed i sundhed. Undersøgelser viser, at særlige befolkningsgrupper med ingen eller lav uddannelse, lav

socioøkonomisk position og ældre over 75 år har lav sundhedskompetence (Maindal og Vinther-Jensen 2016, Sundhedsstyrelsen 2009). Derudover viser studier, at der er en sammenhæng mellem lav sundhedskompetence og lavt selv vurderet helbred, uhensigtsmæssig sundhedsadfærd, risiko for udvikling af sygdom, håndtering af kronisk sygdom samt dødelighed (ibid.)

Sundhedskompetence handler dog om mere og andet end individets evne til at tage vare på eget helbred – det handler mere generelt om individets mulighed for at ændre på de levevilkår og livsbetingelser, der har betydning for sundhed:

Adequate health literacy not only supports personal health management but also increases the chances of changing health-relevant living conditions. Most generally speaking, [...] health literacy means to understand the conditions that determine health and to know how to change them. (Abel 2007)

En lav grad af sundhedskompetence gør det således ikke kun vanskeligt at forstå sundhedsinformation – fx lægens besked på hospitalet – men vanskeliggør og forringer også individets mulighed for at gøre noget ved sin livssituation og sine levevilkår mere generelt. En sådan bred forståelse af begrebet sundhedskompetence er vigtig i forhold til socialt udsatte, der typisk vil have en lav grad af sundhedskompetence og derved risikerer en yderligere marginalisering og fastholdelse i ulige livsbetingelser.

Begrebet sundhedskompetence er relevant til at belyse og forstå socialt udsattes vanskeligheder ved at tage hånd om eget helbred og ved at navigere i sundhedsvæsnets net.

Begrebet kulturel sundhedskapital

Den amerikanske forsker Janet K. Shim har udviklet begrebet *kulturel sundhedskapital* (cultural health capital) som en teoretisk ramme til at forstå, hvordan mødet og interaktionen mellem patient og personale i sundhedsvæsnets net kan udfolde sig på socialt ulige måder med ulige behandling til følge. Kulturel sundhedskapital defineres som et repertoire af kulturelle færdigheder, verbale og nonverbale kompetencer, og en indstilling, væremåde og kommunikativ stil, som mobiliseres af både patienter og sundhedspersonalet i sundhedsvæsnets net, og som kan påvirke interaktionen positivt eller negativt (Shim 2010).⁵

Kulturel sundhedskapital er en måde, hvorpå man kan begrebssætte og forstå, hvordan nogle patienters egenskaber og ressourcer er mere værdiskabende og værdifulde end andres i mødet med sundhedsvæsnets net, og hvordan bestemte patientkarakteristika og bestemte måder at handle og være på giver nogle patienter et forspring i mødet med sundhedsprofessionelle. I et moderne, vestligt sundhedsvæsen synes bestemte karakteristika at blive belønnet fremfor andre. Det drejer sig for eksempel om:

⁵ Shims begreb om kulturel sundhedskapital tager sit afsæt i den franske sociolog Pierre Bourdieus begreb om kulturel kapital. Bourdieu beskriver, hvordan fire forskellige former for kapital (økonomisk, kulturel, social og symbolsk) kan ses som udtryk for ressourcer, som individet er i besiddelse af, og som giver magt og indflydelse og hermed mulighed for dominans på de forskellige felter eller områder, individet handler og deltager i. Kulturel kapital skal forstås som menneskers kulturelle kompetencer i form af fx sprogbrug og mundtlige færdigheder, viden, spisevaner, sportsvaner; interesse for og besiddelse af kulturelle genstande, som fx bøger; og desuden ens uddannelsesmæssige kvalifikationer og titler (Bourdieu 1986).

- Viden om medicinske emner og medicinsk sprogbrug
- Viden om hvilken type af information, der er relevant at formidle til sundhedspersonalet
- Færdigheder ud i at kommunikere informationer vedrørende sit helbred til sundhedsprofessionelle på en forståelig og effektiv måde
- At være proaktiv og have en proaktiv holdning i forhold til éns helbred og sundhed
- Troen på det værdifulde i, og besiddelse af ressourcerne til, at udøve selvdisciplin
- Kompetencer til at kunne indgå i interaktion med andre og til at tilpasse éns kommunikative stil til situationen (Shim 2010).

Ifølge Shim fungerer disse forskellige kognitive, adfærdsmæssige, sociale og kulturelle ressourcer tilsammen som en slags 'værktøjskasse' for patienterne, som muliggør bestemte måder at præsentere og fremføre sig selv på i sundhedsvæsnet med henblik på at optimere relationen til de sundhedsprofessionelle og den behandling og pleje, de modtager.

Shim argumenterer desuden for, at begrebet kulturel sundhedskapital kan bruges til at forstå, hvordan forskellige elementer i mødet mellem patient og eksempelvis hospitalspersonale – elementer som fx opnåelsen af en god relation, informationsudveksling, empati og tillid – enten bliver opfyldt eller forbliver ugjorte og uløste, alt afhængig af patientens særlige, kulturelle kompetencer og ressourcer, og af personalets modtagelighed og understøttelse af disse kompetencer og ressourcer.

Centralt for forståelsen af kulturel sundhedskapital er således også, at opnåelsen af et optimalt behandlingsforløb og en optimal relation mellem patient og personale ikke kun beror på patientens ressourcer, kompetencer, væremåde m.m., men også på den sundhedsprofessionelles kompetencer og væremåde – det er således samspillet mellem de to, der skaber værdi i form af en ordentlig og lige behandling.

Begrebet er relevant i denne sammenhæng for at forstå, hvorfor mødet mellem den socialt udsatte patient og personalet i sundhedsvæsnet nogle gange går skævt og ender som en negativ oplevelse. Det handler således om; 1) at nogle socialt udsatte patienters kulturelle sundhedskapital – deres verbale og nonverbale kompetencer, indstilling, væremåde og kommunikative stil – på mange måder er forskellig fra personalets; 2) at nogle socialt udsatte ikke synes at besidde de fornødne og 'rette' kompetencer til at opnå optimal behandling og pleje i sundhedsvæsnet – 'rette' her forstået som de ressourcer og karakteristika, som belønnes og skaber værdi i sundhedsvæsnet; og 3) at sundhedspersonalet i nogle tilfælde heller ikke er i stand til at tilpasse sig til den socialt udsatte patients kompetencer og behov.

Hvor begrebet sundhedskompetence stiller skarpt på socialt udsattes egne kompetencer, accentuerer begrebet sundhedskapital i højere grad interaktionen mellem den socialt udsatte og sundhedspersonalet og disses respektive indstillinger og tilpasninger til situationen.

Sundhedskompetence og social udsathed

I forbindelse med interviewene og observationerne blandt socialt udsatte blev det tydeligt, at flere informanter havde svært ved at svare detaljeret og præcist på spørgsmål vedrørende fx indlæggel-

ser, medicin, svar fra lægen og lignende. Nogle pegede for eksempel op på deres opslagstavle, hvor der hang en medicinliste eller en seddel fra gadesygeplejersken med tidspunkt for næste aftale på hospitalet; andre fandt deres medicinkasse frem og begyndte at lede i den. Det var tydeligt, at gadesygeplejersker og sygeplejersker ansat i særlige tilbud til socialt udsatte spiller en helt central og afgørende rolle for de fleste socialt udsatte informanter i forhold til kontakten med det etablerede sundhedsvæsen, i forhold til at holde styr på aftaler, som bisidder ved samtaler og undersøgelser i sundhedsvæsnets, som 'oversætter' mellem borgeren og personalet og som ansvarlig for den udsatte borgers generelle sundhed og helbred. Nogle socialt udsatte informanter syntes således at have overladt store dele af ansvaret for eget helbred til sygeplejerskerne i de særlige tilbud.

En 75-årig mand, der bor på et herberg, fortæller, at sygeplejersken på herberget spiller en sådan afgørende rolle for ham. Hun holder styr på hans aftaler hos lægen og på hospitalet og sørger for, at han får sin medicin. Han siger, at han tager sin hjertemedicin, fordi sygeplejersken siger, at han skal – *"hun holder øje med mig"*, og hvis ikke han tager medicinen, bliver han *"uvenner"* med hende og kontaktpersonen, og *"så vil jeg hellere spise pillen"*, fortæller han og griner. En sygeplejerske ansat i et særligt tilbud til socialt udsatte fortæller tilsvarende, at hun af og til oplever, at nogle socialt udsatte tager med hende ind på for eksempel hospitalet for hendes skyld – ikke for deres eget helbreds skyld, men fordi hun siger, at det ville være en god idé. Som hun siger, kan det godt være, at *"årsagen er lidt fjollet, men hvis det er dét, der virker, så er det fint nok"*.

Nedenstående uddrag fra interviewet med den 75-årige eksemplificerer, hvad man kan betegne som en lav grad af sundhedskompetence – og dermed en mangel på kompetencer til at forstå, vurdere og handle på viden om sundhed – som er karakteristisk for flere af de interviewede socialt udsatte. Det belyser således oplevelsen af at have svært ved at magte eller overskue at tage hånd om og ansvar for eget helbred; at have svært ved at navigere i sundhedsvæsnets; at have svært ved at forstå lægens beskeder; og af at have fuld tiltro til gade- og herbergssygeplejersker og lignende sygeplejersker i særlige tilbud til socialt udsatte. Uddraget tydeliggør således sygeplejerskernes helt centrale rolle som ansvarlige for alle oplysninger og alle beslutninger vedrørende informanternes helbred. Uddraget starter, hvor informanten er i gang med at fortælle, at han snart skal ophøre med at tage én af sine hjertepiller:

Informant: "Nu får jeg tre hjertepiller, og den ene skal jeg holde op med her i august. Så er jeg nede på to."

Interviewer: "Okay, og hvem bestemmer så, at du kan skære den væk?"

Informant: "Det er doktoren ude på [hospital]. [...] Det er derude fra, at det hele kører, jo. Og der var jeg ude i maj måned...nej... januar måned, må det være, jeg kan ikke huske det. Jeg har været så meget rundt, jeg kan ikke finde rundt i det. Og han sagde, at "der fra august, skal du ikke spise dem der mere". Men hvad [medicinen] hed, det kan jeg ikke huske, men det ved [herbergs-]sygeplejersken. Håber jeg da i hvert fald."

Interviewer: "Ja, det holder hun styr på?"

Informant: "Hun har styr på alt. Ellers så må hun ringe ind og undersøge det."

Interviewer: "Ja. Ja. Det er hende, der holder styr på det."

Informant: "Ja. Jeg har også fået en masse papirer, men jeg kan ikke finde rundt i det. Jeg har ikke forstand på det. De snakker sgu så mange mærkelige sprog. Det er latin det halve af det jo, og det forstår jeg ikke, men det gør hun."

Interviewer: "Det er også derfor, hun tager med?"

Informant: "Ja, ja. Så kan de sgu snakke latin lige så længe, de vil. Og så kan hun sige noget til dem [banker hårdt i bordet], og så gør vi dét."

Interviewer: "Ja. Hvordan gør du egentligt med, altså, når du bliver indkaldt til undersøgelser og sådan noget? Får du brev eller?"

Informant: "Ja, ja. Ja."

Interviewer: "Ja. Du har ikke e-boks?"

Informant: "Nej, nej. Jeg får brev. Jeg får næste gang at vide inde på hospitalet, mange gange i hvert fald, ellers så kommer der et brev. Jeg skal derind igen den 31. august."

Interviewer: "Nå. Og hvad er det så til?"

Informant: "Jeg skal ind og snakke med doktormanden derinde."

Interviewer: "Om altså...?"

Informant: "[afbryder] To dage før skal jeg have taget en blodprøve."

Interviewer: "Er det i forhold til din kræft?"

Informant: "Ja, ja."

Interviewer: "Til kontrol?"

Informant: "Så skal jeg lige have taget en blodprøve, og så kan de kigge på den, og så får jeg at vide, hvordan og hvorledes. Så er der én, så nævner hun en masse tal, som jeg ikke forstår noget af, men som bliver skrevet ned, og så giver jeg den til sygeplejersken, når jeg kommer hjem. Så får [herbergssygeplejerskens navn] den og kigger... hun ved, hvad det er for noget. Hvorfor begynde at blande sig ind i noget, man ikke har forstand på?"

Interviewer: "Nej. Så du snakker ikke med lægen om, om det ser godt ud eller ej?"

Informant: "Ja, og hvis han siger sådan, "Nu kan du se her, nu er den lidt højere, end den skulle være, men det er ikke noget, der er farligt." Nå, nå. Så skriver jeg bare det, eller hvad nummer det var, eller hvad tal det var, ikke. Så fik hun [herbergssygeplejersken] det der. "Jamen, det ser jo meget pænt ud," sagde hun så. Fordi det er 1,8 eller hvad fa'en... Jeg havde jo, var det 60, da jeg blev indlagt. "Det er jo ingenting", siger jeg så. Så siger hun, at, jamen, jeg skal have 0. Jamen, når jeg havde 60, og jeg lever, så er 1,8 jo lige meget. Det er ikke noget, jeg sådan..."

Interviewer: "Ja [griner], det skulle man synes."

Informant: "Nej så... det styrer de, og jeg giver bare de tal, og hvad de ellers siger, og: vil I snakke med hende, så må I ringe til min sygeplejerske, ellers kan hun ringe til jer". Bingo."

Interviewer: "Ja. Og det er sådan, det kører?"

Informant: "Ja. Jeg har fuld tiltro til [herbergssygeplejersken]. Og ja, til min kontaktperson også, men hun har jo ikke forstand på alle de der lægelige ting. Men hvis [herbergssygeplejersken] siger, at det er godt nok, så gør vi det. Og hvis hun siger, at jeg skal gøre sådan, som de siger dér, nå ja, jamen, så gør vi sådan." (Uddrag fra interview med en 75-årig mand)

På tilsvarende vis fortæller en 59-årig mand, at hans kontakt til en gadesygeplejerske er og har været afgørende for ham. De har kendt hinanden i mange år, og han fortæller, at hun i lange perioder har været hans eneste kontakt til omverdenen. På interviewtidspunktet ser han hende to gange ugentligt:

Informant: "... Og hun kommer så og giver mig min antabus og så hører og kigger på, om der er nogle aftaler og sådan noget, ikke. For det har hun mere styr på, end jeg har, hvornår de er. Også hvis der er nogle, der skal laves om, så er det som regel også hende, der [gør det]. [...] Hun sørger for at holde mine aftaler med kommunen og med hospitaler og... det har hun styr på. Hun har også adgang til min e-boks. Det er hende, der i stor udstrækning har taget mig derud [på hospitalet] og kørt mig derud, når jeg skulle ud, fordi jeg er dårligt gående og sådan. [...]"

Interviewer: "Og hvad betyder det for dig, at [sygeplejersken] tager med ud på hospitalet?"

Informant: "Amen, det betyder jo utrolig meget. Også fordi at jeg jo, altså, jeg har jo drukket min hjerne væk. Så jeg har svært, jeg har rigtigt svært ved at huske ting. Navne og aftaler og, altså, jeg skal skrive alt ned simpelthen. Eller også går der fuldstændig kuk i det. Der har det været guld værd at have [sygeplejersken]. Guld værd." (Uddrag fra interview med en 59-årig mand)

Interviewuddragene afspejler sygeplejerskens centrale rolle som tovholder i informanternes liv samt en manglende evne til, og mulighed for, at kunne holde styr på aftaler og beskeder vedrørende helbredet uden hjælp og at kunne navigere i sundhedsvæsnet uden hjælp.

Flere socialt udsatte informanter fortæller, at de har svært ved at forstå beskeder og forklaringer fra de læger, de er i kontakt med, og at det derfor er afgørende for dem, at de får følgeskab af en sygeplejerske, når de skal på hospitalet, som så efterfølgende kan oversætte lægens besked for dem. Samme oplevelse har de sundhedsprofessionelle, hvilket fremgår af følgende citat fra et interview med en sygeplejerske ansat i et særligt tilbud til socialt udsatte:

”Jeg oplever jo sådan... hvor lægen kommer med lange, fine forklaringer til borgerne og grundigt prøver at forklare, hvad der skal ske... hvor borgeren måske ikke helt forstår, og når man så kommer ud, så spørger borgeren, ”Jamen, hvad sagde han egentlig?”, eller ”kan jeg stole på det, han sagde?”, eller ”er det rigtigt, dét, han sagde?”. ”Skal jeg købe det medicin”, altså hvor de sådan lige skal bekræftes af mig i, at ”ja, det var faktisk fint nok, dét, han sagde”. Og så sætter man sig ned og bruger en halv til en hel time på at prøve at forklare det hele én gang til... Som i virkelig nede på jorden, ikke. Og det er bare godt givet ud i forhold til, hvis man skal have en behandling til at lykkes. [...] Det er rigtigt meget en oversætterrolle.” (Uddrag fra interview med en sygeplejerske)

Interviewene peger endvidere på, at mange socialt udsatte synes at mangle digitale kompetencer og være ’digitalt bagud’ i forhold til deres forudsætninger for at kunne bruge og navigere i sundhedsvæsnet. Mange har eksempelvis ikke e-boks og nemID og modtager derfor informationer fra sundhedsvæsnet og andre instanser i brevform. Andre har lavet administrationsaftaler med sygeplejerskerne i de særlige tilbud til socialt udsatte eller med personalet på herberger og givet dem adgang til deres e-boks og nemID – eller til at åbne deres post. En sygeplejerske på botilbud for socialt udsatte med et aktivt misbrug påpeger, hvordan et manglende nemID og manglende e-boks risikerer at blive en barriere for at bruge og navigere i sundhedsvæsnet, for eksempel fordi brevet fra hospitalet – om eksempelvis næste tidspunkt for undersøgelse eller kontrol af en sygdom – enten ikke når frem, ikke bliver åbnet eller ikke bliver åbnet sammen med en sygeplejerske. Derved øges risikoen for, at aftalen på hospitalet overses. Hun fortæller:

Informant: ”Altså, jeg tror, der er tre af [beboerne på botilbuddet] herude, måske, der har nemID. Og e-boks. Så alt, hvad der hedder kontroltid, kommer på post og... der skal vi jo også snakke med beboeren. Når vi ser, der kommer et brev fra et hospital, så er det virkelig noget med lige sådan at sige til beboeren, ”Er det okay, jeg lige er med dig, når du åbner det her?”, eller ”er du sød at komme ud til mig, når du har åbnet det, hvis det er en tid på hospitalet?”.”

Interviewer: ”Ja, så I holder lidt hånd i hanke med det?”

Informant: ”Ja. Så overblikket over, hvornår de skal til kontrol og sådan noget... det er jo også svært at holde. Netop fordi... Altså. De smutter jo i posten. Det er heller ikke altid, de får brevene. Ja.”

Interviewer: "Nej, og det er vel heller ikke altid, at de lige ser, at de får brevet?"

Informant: "Nej, nej. Der er jo nogle få, som har bedt om, at vi simpelthen åbner deres post, når de har skrevet, at det er en del af en administrationsaftale, simpelthen. Og så er der jo også nogle, som på ingen måde ønsker det. Der har vi jo svært ved at holde overblik." (Uddrag fra interview med en sygeplejerske tilknyttet et botilbud for socialt udsatte med et aktivt misbrug)

Som nævnt brugte flere informanter en opslagstavle til at forsøge at holde styr på vigtige papirer og aftaler. Opslagstavlen var som regel fyldt med forskellige papirer, fx medicinlister og breve fra hospitalet med aftaletidspunkter, gule post-its og gadesygeplejerskers og kontaktpersoners visitkort. Hos en enkelt informant lagde jeg mærke til en gul post-it med mit navn på, datoen for mit besøg og kommentaren "om sundhedsvæsnat". Idet mange socialt udsatte ikke har nemID og e-boks, og fordi mange har hukommelsesproblemer, for eksempel som følge af et mangeårigt misbrug, bliver en opslagstavle et simpelt, men vigtigt og håndgribeligt redskab til at forsøge at skabe orden i tilværelsen, og for nogle også et forsøg på rent faktisk at følge med i beslutninger og aftaler vedrørende eget helbred.

Som beskrevet tidligere handler sundhedskompetence ifølge WHO om individets evne til at tage vare på eget helbred og deriblandt at kunne omsætte og bruge viden til handlinger, der fremmer et godt helbred. Men muligheden herfor er i høj grad kontekstafhængig og betinget af individets omgivelser og levevilkår. Et eksempel herpå ses i et interview med en 59-årig mand, der på interviewtidspunktet bor på et herberg. Han har KOL og har desuden haft gentagne lungekollaps. Han har fået klar besked af lægerne på, at en bedring af helbredet forudsætter, at han ophører med sit alkohol- og cigaretforbrug. Han fortæller, at han derfor er i gang med at reducere sit indtag af øl og cigaretter, men at dette er meget vanskeligt for ham. Nedenstående interviewuddrag eksemplificerer, hvor svært det kan være for nogle socialt udsatte at foretage en sådan ændring – ikke nødvendigvis fordi de mangler viden om hvordan eller hvorfor, men fordi omstændighederne og livsbetingelserne, som for eksempel at bo på et herberg, vanskeliggør en ændring:

Informant: "Jeg har jo haft et alkoholmisbrug, ikke. Fordi jeg har jo været hjemløs i lang tid... Men det er jeg ved at trække ud af. Det er nok derfor, jeg murer mig sådan lidt inde. [...] Det sidste år har jeg kæmpet for at komme ned, ikke, fra 25-30 øl til 8-9. 7, 8, 9 om dagen, ikke. [...] Men jeg har fandanfise også været syg [griner]. Fordi så har de jo taget mine piller fra mig. Jeg fik jo nogle mod abstinenser. Fordi så slapper du for meget af, ikke. Og det er ikke godt for lungerne. Og slet ikke, når jeg har en lungesygdom. Så dem må jeg undvære. Og så må jeg jo så trække stille og roligt ned. [...] Så jeg har mange rysteture..."

Interviewer: "Ja, det kan jeg godt forstå, det er svært."

Informant: "Det er sgu halvsvalt."

Interviewer: "Ja. Hvad med cigaretterne?"

Informant: "Der har jeg... ja, det ved jeg ikke. Hvor mange ryger man, når man sidder på et værtshus? Det har jeg sgu ikke tal på [griner]. Der kan ryge 20, der kan ryge 40, ikke. Og hvor mange af dem ryger sig selv op? [...] Så der har været for meget røg."

Interviewer: "Ja. Og så siger du, at du egentlig prøver at holde dig for dig selv...?"

Informant: "Jeg holder mig for mig selv. Fordi mange af dem her [på herberget], de er jo meget yngre, end jeg er."

Interviewer: "Ja, så der kan hurtigt komme gang i den, eller?"

Informant: "Ja, jeg kan falde i." (Uddrag fra interview med en 59-årig mand)

Den 59-årige mand demonstrerer her en vis grad af (WHO's forståelse af) sundhedskompetence. Han har forstået og har taget lægernes budskab til sig og forsøger at skære ned på alkohol- og cigaretindtaget – også selvom han må undvære medicin mod abstinenser. Men betingelserne for adfærdsændringen er svære; han bor på et herberg, hvor risikoen for at falde i er stor. Derfor isolerer han sig på sit værelse – væk fra herbergets øvrige beboere og væk fra det værtshusmiljø, han tidligere var en del af. Interviewuddraget illustrerer desuden, hvordan sundhedskompetencen mere generelt har betydning for at kunne ændre på sin livssituation og sine levevilkår. Den 59-årige informant ved, at hvis ikke han ophører med, eller får reduceret kraftigt i, sit alkohol- og cigaretforbrug, forværres hans sygdom og dermed også hans kampdygtighed og mulighed for at flytte sig ud af udsatheden og ud i egen bolig, som han ønsker. Fastholdelsen i en marginaliseret position er således til dels betinget af hans sundhedskompetence.

"To verdener, der crasher": Kulturel sundhedskapital og social udsathed

I det følgende vil jeg – primært ud fra de sundhedsprofessionelle informanternes fortællinger – beskrive mødet mellem den socialt udsatte patient og sundhedspersonalet i sundhedsvæsnets i det perspektiv, som begrebet kulturel sundhedskapital bidrager med. En sygeplejerskes beskrivelse af mødet mellem socialt udsatte patienter og hospitalspersonalet som *"to verdener, der crasher"* er sigende for, hvordan de interviewede sundhedsprofessionelle mere generelt oplever mange socialt udsattes møde med praktiserende læge og hospitalspersonale. Som beskrevet kort i afsnittet om socialt udsattes negative oplevelser med det somatiske hospitalsvæsen bruger de sundhedsprofessionelle ord som anderledes, besværlig, udadreagerende, højtråbende, aggressiv og manglende tålmodighed, når de beskriver deres erfaringer med den socialt udsatte patients væremåde og opførsel, fx i venteværelset eller under en indlæggelse på et hospital eller hos den praktiserende læge. De beskriver også den udsatte patients udseende som anderledes. De to nedenstående længere interviewuddrag viser denne oplevelse af 'anderledeshed':

"Der sker måske oftest det, at den her gruppe bliver sådan en gruppe, som man tænker... så må de ud og ligge på hospitalsgangen. Hvor man måske snarere skal tænke denne her gruppe som den svage gruppe. Altså, måske er det smartere at give ham et eneværelse end at give så mange andre et eneværelse. Altså, netop fordi, at de har meget svært ved at holde orden. [...] Hvis ikke du har en styr på, hvad man gør,

når man er på hospitalet... og det kræver meget at være på hospitalet. Det kræver virkelig, at du er lært op i, hvordan du opfører dig. Du skal jo både holde dig væk fra de andre patienters ting, og vi skal have det samme tøj på, og når der er et gardin imellem, så snakker man ikke til hinanden, fordi så ligger vi jo på hver sit rum. Altså, der er simpelthen så mange ting, du skal vide, når du er på hospitalet, som vi andre ikke tænker over, at man skal vide. Hvis Fru Hansen, hun ligger og ringer eller siger, "Hjælp, hjælp, jeg skal på toilettet", altså, så er det jo okay, at du går ud og henter en sygeplejerske. Men du skal ikke begynde at hjælpe Fru Hansen på toilettet selv, vel. Men mange socialt udsatte gør det jo, fordi de tænker, "Men hun ligger jo der, og det er jo synd, og hun har brug for noget hjælp, og jeg ligger jo her alligevel. Så kan jeg da ligeså godt hjælpe Fru Hansen op, ikke". Og pludselig kommer der en sygeplejerske ind, og det eneste hun ser, det er den der gut, der sådan halvt slæber Fru Hansen tværs over mod toilettet og en dropstang, der sådan hænger, ikke. Og inden han får set sig om, så er han jo smidt ud. Og så står han udenfor og tænker, at, "de vil ikke have mig". (Uddrag fra interview med en sygeplejerske)

Sygeplejerske 1: "... så kommer man til at ligge og vente, ikke. Det gør vi andre jo selvfølgelig også, men tålmodigheden er bare mindre. Så bliver man lidt abstinent af enten det ene eller det andet. Så er det sgu nemmere at tænke, "Nå, men så skrider jeg sgu. Der er alligevel ikke nogen, der tager sig af mig," ikke."

Sygeplejerske 2: "Det er jo virkelig to verdener, der crasher dér, kan man sige, ikke. Fordi... de kan jo være... det skal helst være sket i går, ikke. Når det endelig passer dem, så skal det helst være gjort i går. Og så er det ikke deres skyld i hvert fald, vel. De kan godt være pænt belastende at arbejde med, ikke. Og de kan være pissekrævende og pissebelastende. Men når det er sagt, så er det to verdener, der crasher også, ikke. Fordi... men det kan måske også være, fordi vi [sygeplejersker i en sygeplejeklinik målrettet socialt udsatte] er vant til at se en kanyle ligge og flyde. Altså, man hører jo gentagne historier om, at de er indlagt på akutmodtagelsen, og så flegner de fuldstændig ud over, at der er nogen, der sidder og fixer. De er jo ikke vant til at se det. Altså, du får jo ikke HIV og AIDS af, at jeg sidder her med en kanyle og skyder noget kokain ind. I stedet for at sætte nogle regler op og sige, "Ved du hvad, dér er en kanylespand. Jeg vil simpelthen ikke se, at du... Du kan gøre det ude på lokummet, toilettet, hvor du kan tørre af. Og den kanyle skal i spanden bagefter, kammerat. Jeg vil ikke se, at du sidder og fixer... Og der skal ikke være blod. Du skal i hvert fald sørge for, at der er ryddet op, og du skal gøre det på toilettet". Det kunne man jo sagtens gøre. Men bare dét, at der er en almindelig sygeplejerske, der ser, de sidder og fixer... det overskrider deres [sygeplejerskernes] grænser sindssygt. Og så er det tit dér, at samarbejdet bare slutter. Fordi dét jeg så også tit hører, det er, at så har der været en sød sygeplejerske i aftenvagten, der..."

Sygeplejerske 1: "Ja, "så fik jeg lov"."

Sygeplejerske 2: ""Så fik jeg lov, og hun havde det fint med det, ikke." Og så sidder personen og fixer dagen efter, og så kommer dagvagten ind, og så er fanden løs, ikke. Og så er det bare "duf"..."

Sygeplejerske 1: "Jeg kan også godt forstå, når man er indlagt på et hospital, så skal man måske ikke sidde og fixe. Det forstår jeg jo også godt. Det er jo heller ikke normalt. Men det er... [...] altså, stofferne trækker så meget..." (Uddrag fra interview med to sygeplejersker ansat i en sygeplejeklinik målrettet socialt udsatte)

Interviewuddragene illustrerer netop den ulighed i mødet mellem sundhedspersonalet og patienten, som begrebet kulturel sundhedskapital sigter mod at forstå og forklare. På den ene side påvirkes mødet negativt af den socialt udsatte patients anderledes og afvigende væremåde på hospitalet; dennes manglende kulturelle og sociale kompetencer til at tilpasse sig hospitalsverdenen og til at mobilisere de 'rette' (fra et medicinsk, sundhedsprofessionelt perspektiv) ressourcer. På den anden side påvirkes mødet negativt af hospitalets manglende evne til at imødekomme, forme og fremme den socialt udsatte patients kulturelle sundhedskapital. Som eksemplet ovenfor med patienten med et stofmisbrug viser, udfolder samspillet og relationen mellem den udsatte patient og sundhedspersonalet sig således på en måde, der skaber ulighed og ulige behandling, idet patienten ofte ender med at blive smidt ud af hospitalet ("så er det bare "duf") eller at gå selv.

Interviewene med de socialt udsatte rummer også eksempler på møder med sundhedsvæsnets, hvor det opleves som to verdener, der støder sammen. Nedenstående interviewuddrag med en 59-årig informant illustrerer dette. Informanten fortæller, at han bliver vred, når han med jævne mellemrum er på hospitalet, fordi han af personalet hver gang får besked om at ophøre med sit alkohol- og cigaretforbrug på grund af KOL og gentagne lungekollaps – men vreden er primært rettet mod ham selv:

Interviewer: "Synes du nogle gange, det kan være svært at forstå, hvad de siger, altså, lægerne, når du snakker med dem, eller?"

Informant: "Nej, der har de været flinke derude [på hospitalet]."

Interviewer: "Okay. Til at forklare, hvad der foregår og...?"

Informant: "Ja, ja... Det kommer ikke ind med en ske. Det er med en skovl, ikke [griner]. Altså: "Nu skal du altså til at tage dig sammen, ikke, fordi ellers bliver du ikke så gammel som din mor." Og den er feset ind."

Interviewer: "Det siger de til dig?"

Informant: "Ja, ja."

Interviewer: "Bliver der talt med store bogstaver eller hvad?"

Informant: "Ja, temmelig store. Og så begynder jeg at snakke med store bogstaver også, og det... det skider de på..."

Interviewer: "Nå, hvad tænker du på, når du siger det? Altså, bliver du vred derude eller?"

Informant: "Ja, på mig selv, ikke? Eller det gjorde jeg, det gør jeg så ikke nu. Fordi jeg kan jo godt se, hvad vej det går. [...] Jeg bliver sgu sur over at høre det samme hver gang, ikke. De kunne sgu da i det mindste finde på noget nyt at sige, ikke. Men jeg kan da godt se, det er den måde der... at det skal gøres på jo, ikke. Fordi jeg har jo heller ikke hørt efter min mor og far og... vel?"

Interviewer: "Nej..."

Informant: "Og de er her jo så ikke mere. Så nu er de [lægerne] begyndt, ikke. Og så snakker jeg jo også, som de gør."

Interviewer: "Mmm. Fordi du er træt af at få at vide, at du..."

Informant: "Ja, men jeg skulle have hørt efter for mange år siden, ikke. Det er jo ligesom for sent at lære mig noget nu [griner]. Ja, det er det sgu da, ikke... Men man tager jo ved lære, ikke."

Interviewer: "Jo. Så du bliver sur derude, fordi du egentlig bliver sur på dig selv?"

Informant: "Ja, jeg bliver pisse forbandet, ikke." (Uddrag fra interview med en 59-årig mand)

Interviewuddraget illustrerer baggrunden for den vrede, som nogle socialt udsatte kan udvise i mødet med sundhedsvæsnets. I dette tilfælde handler vreden om, at informanten er sur på sig selv over ikke at have lyttet til råd fra sine forældre og fra lægerne tidligere, at han er bekymret for sit helbred, og at han frygter at ende med at dø tidligt af sygdommen som sin mor. Uddraget er et eksempel på en socialt udsat patients mobilisering af sin kulturelle sundhedskapital – af en særlig væremåde, indstilling og kommunikativ stil – i mødet med et hospitalspersonale, der tilsyneladende ikke formår og ikke lykkes med at tilpasse deres væremåde og kommunikative stil til patienten på en måde, der giver et mere optimalt og tilfredsstillende møde. Der synes her at opstå et mismatch mellem de karakteristika, som hospitalspersonalet ser som hensigtsmæssige og værdifulde – for eksempel evnen til at kunne udøve selvdisciplin og evnen til at være proaktiv i forhold til eget helbred – og den 59-åriges ressourcer og kompetencer. Man kunne forestille sig, at en højere grad af anerkendelse fra hospitalspersonalets side af den indsats, som den 59-årige faktisk allerede har ydet, ville gavne deres interaktion, og det ville samtidig være en måde, hvorpå hospitalspersonalet kunne bidrage til at udvikle og forme den 59-åriges kulturelle sundhedskapital henimod de, i et medicinsk perspektiv, 'rette' ressourcer.

I de mest ekstreme tilfælde kommer socialt udsattes 'anderledeshed', som nævnt, også til udtryk i form af aggressivitet og vold, der kan ende med, at de bliver forment adgang til hospitalet og dermed, som en sundhedsprofessionel udtrykker det, "*ender med at brænde sine broer*".

"... Otto, som havde et forløb på [en hospitalsafdeling], som så havde en afsindig dårlig dag, som endte med at true både læge og sygeplejersker meget voldsomt og smadre afdelingen. Så han er blevet forment adgang til [hospitalet]. Altså, de formår også at ødelægge det for sig selv på mange måder og brænde deres broer, ikke." (Uddrag fra interview med en sygeplejerske)

"Vi har nogle, som bliver en lille smule aggressive og voldelige, og altså, det er jo... nogle gange det eneste sprog, der er. Hvis man bliver misforstået eller... Altså, så kan det godt være, der bliver kastet med en stol, ikke." (Uddrag fra interview med en sygeplejerske tilknyttet et botilbud for socialt udsatte med et aktivt misbrug)

Socialt udsattes vanskeligheder ved at mobilisere en brugbar og værdi- og lighedsskabende sundhedskapital ses også i de sundhedsprofessionelles beskrivelser af målgruppen som nogle, der ikke kræver ret meget i og af sundhedsvæsnets, fordi de ikke ved, hvad de kan kræve:

"Jeg ser ved vores beboere, at der er mange, der har svært ved at sige dét, de ønsker. Altså, jeg synes ikke, der er ret mange, der kræver ret meget. Fordi de ved ikke, hvad de kan kræve." (Uddrag fra interview med en sygeplejerske tilknyttet et botilbud for socialt udsatte med et aktivt misbrug)

"Man tænker, hvordan pokker kan vi hjælpe de her mennesker, fordi de klager jo ikke over noget. Og de kræver jo heller ikke noget. Altså, så længe man bliver behandlet ordentligt, ikke, men de kræver ikke noget. Og hovedparten af dem har ikke nogen pårørende, som gør det for dem. [...] Så de har ikke nogen, der slås for dem. Og derfor tror jeg også, at det kan jo også være et lille lod til vægtskålen, ikke... Hvorfor sker der ikke noget? De råber ikke op om det, beboerne. Altså... De tænker, "Nå, men det er dét, jeg får. Det er sådan, det må være. Det kan nok ikke blive bedre." Og det er jeg sikker på, det kan. Det kan det. Fordi der er en ulighed, der er et skel, og der er en hel del services, som de her mennesker ikke får. Som er lovbestemt, ikke." (Uddrag fra interview med en leder af et botilbud for socialt udsatte med psykiske lidelser og rusmiddelmisbrug)

Ifølge de sundhedsprofessionelle er mange socialt udsatte fuldt ud bevidste om deres egen 'anderledeshed' og deres manglende mulighed for at kunne mobilisere de rette kompetencer, og dette kan være afgørende for bevidst at undlade at bruge sundhedsvæsnets. De magter ikke at blive konfronteret med deres sårbare situation, anderledes adfærd og udseende, og magter eksempelvis heller ikke at møde et hospitalspersonale, som ikke har kendskab til, og forståelse for, smertelindring i forbindelse med et misbrug:

"I mange år har det handlet om, at hele forløbet har ligget hos sygeplejerskerne [i de særlige tilbud til socialt udsatte]. Alt det, du selv gør, når du går til undersøgelse, det vil jeg gøre for dig. Altså, om det er helt ned til at bestille tid hos din egen læge til at sørge for, at du kommer afsted. Alt efter hvor godt fungerende du er, ikke. Altså, men der er jo nogle, altså, jeg har præsteret at sidde på [torv i en by], og hende, som jeg

skulle hente, hun kiggede på mig og vendte sig om og gik. Altså. På trods af at vi skulle afsted, og vi havde en tid, og nu havde vi fundet hinanden og... men så magter hun det ikke, vel. Og det er jo nok meget vigtigt at sige, at kodeordet er at magte. Det er ikke altid, de magter at komme ind i de der settings, altså. Det er svært at skulle ind, altså, vi kan jo selv mærke, når vi skal på hospitalet. Hvor meget det kræver. Og hvis du så også skal ind og sidde der og måske være... ikke være ren, og ikke være den bedste version af dig selv, eller du har abstinenser, eller du er fuld. Så er det bare et svært system at skulle ind i. Og det er et svært system at skulle ind i, fordi det jo er et system, der på en eller anden måde trigger din egen sårbarhed. [...] Hvis ikke du har overskud til at være i den sårbarhed, så er det næsten umuligt, altså... Så jeg tænker, at det er rigtigt meget det, det handler om, ikke. Altså, det handler ikke om ikke at gide, det handler ikke om ikke at tage det alvorligt. Tværtimod, tror jeg, der rigtig mange af dem, der tager det alvorligt. De er rigtig bange, for de ved jo godt, de lever nogle, undskyld mit sprog, men nogle lorteliv, ikke. Altså. De ved det godt, de ved jo godt, hvad det kræver at leve sundt. De er jo ikke på den måde dårligere fungerende end alle os andre. Så de ved det godt, ikke. Altså, de ved godt, at når man drikker mellem tre og fem liter vodka om dagen, så har ens lever det ikke godt, vel. Altså, og vi er oppe i de mængder. Vi er oppe i mængder, der hedder 2, 3, 4, 5 flasker vodka eller... to flasker vodka og en kasse øl. Vi er oppe i nogle mængder af alkohol, som får resten af os til at ryste, og som jo også gør, at når du bliver indlagt på hospitalet, og der så står sådan en ung læge, som er utryk ved situationen og siger, "Du kan få 50 mg risolid", ikke. Så kan du dybest set ligeså godt give ham et Altheabolsje og bede ham om at lægge sig ned og sove, ikke. Fordi det er jo som vand på en gås, det fungerer jo ikke, altså. Og mange af dem er jo slet ikke begyndt at fortælle om, at de også tager benzodiazepiner ved siden af. Så de der sådan 50 mg risolid, de får, ikke, altså, det fungerer bare ikke, vel." (Uddrag fra interview med en sygeplejerske)

Det er vigtigt at understrege, at nogle sundhedsprofessionelle oplever, at hospitalspersonalet med tiden er blevet bedre til at håndtere målgruppen af socialt udsatte, og at de er blevet mere rummelige over for socialt udsattes anderledes væremåde, hvilket citatet med nedenstående socialsygeplejerske viser. Socialt udsattes 'anderledeshed' opfattes og omtales nu snarere som humoristiske oplevelser end som irritationsmomenter af hospitalspersonalet:

"Jeg synes faktisk, at mange af dem [hospitalsansatte] er blevet smadder gode til at håndtere dem. Altså, når der kommer én ind fra gaden, sådan lidt socialt udsat, som er blevet indlagt på Akutmodtagelsen, så kan man nogle gange godt se... der er bare lagt sådan nogle sorte plasticposer over det hele og tøj på gulvet og... Det hele flyder, ikke. Men de er i det der kaos, og der er heller ikke nogen af sygeplejerskerne, der står og rydder op for dem og... Altså, jeg synes virkelig, de får lov. Dem, som jeg synes... hvor de også rummer dem, men hvor jeg synes, det er sværest... det er jo det der, når de ligger nede på vores akutmodtagelse, sådan tre-fire patienter ad gangen på samme stue. Og det kan måske være lidt svært for gamle Hr. Jensen at se på, at Dan ved siden af, han roder rundt og ligger sådan med benene... eller ligger henover sengen. På den led kan man se nogle gange, at der er mange pårørende, som får en oplevelse, nærmest, af at komme i Zoologisk Have eller et eller andet, når

de ser det der, ikke [begge griner lidt]. Men afdelingerne er sgu meget gode til at rumme dem. Det er mere det der med, at de ligger i det der store... Altså, hvor alle... det er pårørende, og det er akut indlagte, og så ligger de der og fylder op midt i det hele, ikke. Men er lige så syge som alle de andre og har lov til at være der. Men de er bare anderledes, ikke. Og de lugter grimt nogle gange, og de er... De fylder på en anden måde. Og de kan også finde på at gå ud og tage af madvognen selv eller... gå ud og sige, "Jeg vil gerne ha' syv proteindrikke NU", ikke. Og så siger en sygeplejerske, "Nej, men start lige med én, ikke". Vi har én, han skal kun have økologisk yoghurt, når han kommer, og han tømmer jo altså... Vi kan ikke lade være med at grine. Han tager jo... Jeg ved simpelthen ikke, hvor meget yoghurt, han tager på sådan et døgn, ikke. De ringede ned i køkkenet: "Vi skal have mere yoghurt". "I har lige fået". "Ja-eh, de er også spist". [...] Men de er så forskellige alle sammen, ikke. Så er der nogle, som man... Altså, hvis de bliver deciderede... grimme i munden eller kaster ting efter os. Det kan vi selvfølgelig ikke have, og de skal heller ikke være til gene for andre patienter, vel. Men jeg synes godt nok, det er længe siden, at jeg har oplevet det. Så må de ud.

[...]

Og så er der nogle [socialt udsatte], som er gode til at gøre opmærksomme på sig selv, ikke. [...] Altså, der var en pige, som jeg kender fra en tidligere indlæggelse. Så stod jeg og snakkede med en patient oppe på en lungemedicinsk afdeling. Så kommer hun væltende ind ad døren og siger, "Jeg skal bare snakke med nogle, der kan håndtere min sygdom" [sagt med prustende stemme]. Jeg tænker, "Gud, nej, altså. Jamen, sig mig, er du indlagt eller hvad?" Så siger hun, "Nej, men det bliver jeg nu". Så siger jeg, "Men du går jo helt forkert ind i systemet [griner lidt], du kan jo ikke bare gå ind i en afdeling". Så siger hun, "Det da ved gud, jeg kan". Så trak jeg hende sådan med ud udenfor, og så sad vi udenfor og snakkede sammen. Og så siger hun, "Sidder du og forhindrer mig i at gå ind på en afdeling og blive indlagt?" Så siger jeg, "Nej, men du går forkert. Altså, hvis du skal noget, skal du jo snakke med din læge eller gå ned på Akutmodtagelsen". "Ved du hvad, du spilder min tid, jeg går på Akutten", siger hun så, ikke. Og hun havde så også fundet ud af at blive indlagt, altså. Men det var mere måden... at hun troede, man bare kunne gå ind på en afdeling. Altså, det er jo så malplaceret [griner]. Og vi kunne ikke lade være med at grine af det bagefter. [...] Hun kommer bare ind, "Hallo! Der er ingen, der forstår min sygdom. Jeg har KOL. Kan I ikke forstå, at jeg er indlæggelseskrævende?". Det er jo simpelthen så sjovt, ikke." (Uddrag fra interview med en socialsygeplejerske)

Opsamling: Sundhedskompetence og kulturel sundhedskapital

I dette kapitel har jeg belyst og nuanceret forståelsen af socialt udsattes møde med sundhedsvæsnets ved brug af to teoretiske begreber; sundhedskompetence og kulturel sundhedskapital. Begrebet sundhedskompetence refererer til menneskers evne til at tilegne sig og forstå viden om sundhed, at vurdere den tilegnede viden og til at handle på viden om sundhed – hermed menneskers evne til at tage vare på eget helbred. Kulturel sundhedskapital defineres som et sæt af kulturelle færdigheder, verbale og nonverbale kompetencer, og en indstilling, væremåde og kommunikativ stil, som mobiliseres af både patienter og sundhedspersonalet i sundhedsvæsnets, og som kan påvirke interaktionen positivt eller negativt. I analysen bidrager begrebet sundhedskompetence

til at forstå socialt udsattes vanskeligheder ved at tage hånd om eget helbred og ved at navigere i sundhedsvæsnets, mens kulturel sundhedskapital nuancerer forståelsen af, hvorfor mødet mellem den socialt udsatte patient og personalet i sundhedsvæsnets nogle gange ender som en negativ oplevelse.

Analysen viser, at nogle socialt udsatte informanter besidder en forholdsvis lav grad af sundhedskompetence, hvilket kommer til udtryk ved, at de ikke magter at tage hånd om og ansvar for eget helbred; at de har svært ved at navigere i sundhedsvæsnets og svært ved at forstå lægens beske-der, samt at de har overladt store dele af ansvaret for eget helbred til sygeplejerskerne i de særlige sundhedstilbud målrettet socialt udsatte. Disse sygeplejersker er således af afgørende betydning for informanternes kontakt til det etablerede sundhedsvæsen – de står for al kontakt med sundhedsvæsnets, holder styr på alle aftaler, agerer bisidder ved samtaler og undersøgelser og fungerer som oversætter mellem den socialt udsatte patient og sundhedspersonalet.

Derudover viser analysen af socialt udsattes sundhedskompetence, at mange socialt udsatte ikke har eller ikke aktivt bruger e-boks og nemID og derved kan siges at mangle digitale kompetencer. De er således digitalt bagud i forhold til deres forudsætninger for at kunne bruge og navigere i sundhedsvæsnets. Nogle informanter modtager informationer fra sundhedsvæsnets i brevform, mens andre har indgået administrationsaftaler med sygeplejerskerne i de særlige tilbud eller med herbergspersonalet og givet dem adgang til deres e-boks og nemID. Interviewene og deltagerobservationerne giver desuden indsigt i, hvordan flere informanter bruger en opslagstavle som et konkret redskab til at holde styr på vigtige papirer og aftaler.

Ved brug af det teoretiske begreb om kulturel sundhedskapital bliver det tydeligt, hvorfor mødet mellem den socialt udsatte patient og sundhedspersonalet i sundhedsvæsnets nogle gange går skævt og i stedet skaber ulighed og ulige behandling. På den ene side kan mødet blive påvirket negativt af den socialt udsatte patients anderledes og afvigende væremåde på hospitalet; dennes manglende kulturelle og sociale kompetencer til at tilpasse sig hospitalsverdenen og til at mobilisere de rette (fra et medicinsk, sundhedsprofessionelt perspektiv) ressourcer. På den anden side kan mødet blive påvirket negativt af hospitalets manglende evne til at imødekomme, forme og fremme den socialt udsatte patients kulturelle sundhedskapital. Den sociale ulighed i adgangen til, og tilfredsheden med, sundhedsvæsnets behandling og pleje, som mødet mellem patienten og sundhedspersonalet kan afstedkomme, handler således om *”to verdener, der crasher”*, som en sygeplejerske udtrykker det. Analysen peger desuden på, at nogle socialt udsatte mangler viden om, hvad de kan kræve i og af sundhedsvæsnets, hvilket bidrager til at øge den sociale ulighed i adgangen til sundhedsvæsnets ydelser – og på et analytisk plan bidrager til at illustrere deres vanskeligheder ved at mobilisere en brugbar kulturel sundhedskapital. Endelig nuancerer analysen også forståelsen af, hvorfor socialt udsatte nogle gange bevidst undlader at bruge det etablerede sundhedsvæsen. Én mulig forklaring kan være, at mange socialt udsatte fuldt ud er klar over deres anderledeshed og manglende mulighed for at mobilisere de rette kompetencer, men at de ikke (altid) magter at blive konfronteret med denne sårbarhed og anderledeshed, som det er tilfældet, når de møder sundhedsvæsnets. Som en sygeplejerske udtrykker det, så har socialt udsatte således ikke altid overskud til at være i deres egen sårbarhed.

”Vi skal være betingelsesløse og blive ved”: Særlige sundhedstilbud til socialt udsatte

I det følgende beskriver jeg, hvad der mere præcist karakteriserer de særlige sundhedstilbud til socialt udsatte og dermed det arbejde, som gadesygeplejersker, socialsygeplejersker, herbergs- og botilbudssygeplejersker og andre sundhedsprofessionelle udfører for og med socialt udsatte borgere. Kapitlet beskriver således, hvordan disse sygeplejersker spiller en helt central rolle for socialt udsatte og peger dermed både på omfanget og karakteren af de problemstillinger, der skal håndteres, og på, hvad der skal til for at hjælpe og støtte socialt udsatte i forhold til deres helbredsproblemer og kontakt med sundhedsvæsnets.

Temaet er struktureret omkring tre centrale træk ved sygeplejerskernes arbejde, som gennemgås i det følgende: 1) omsorgs- og relationsarbejde, 2) følgeskab og formidling af borgerens livsfortælling, og 3) koordinerings- og detektivarbejde.

Omsorgs- og relationsarbejde

Dette afsnit fokuserer på sygeplejerskernes omsorgs- og relationsarbejde. Nedenstående uddrag fra et interview med en 59-årig mand illustrerer den centrale betydning, som sygeplejerskerne i de særlige tilbud har for socialt udsatte. Uddraget viser desuden, hvordan sygeplejerskernes arbejde ikke kun retter sig mod konkrete sygeplejefaglige opgaver men i høj grad også omfatter et omsorgs- og relationsarbejde:

”... Der har det været guld værd at have [gadesygeplejersken]. Guld værd. Og det ærgrer mig, at jeg ikke har fortalt hende det noget før. Det var faktisk først her for ganske nyligt, fordi hver gang jeg ligesom har gjort antræk til at ville rose hende, så siger hun, ”Nej, nej, nej, det er ikke mig, det er dig,” og sådan noget. Og... hvor det irriterer mig, at jeg ikke ligesom kan få lov til at give udtryk for, hvor meget det betyder. Så en dag her for ganske nyligt, et par måneder siden, så skar jeg igennem og sagde, ”Nu er det fandeme nok. Nu vil jeg kraftedme have lov til... Nu hører du efter, hvad jeg siger, for jeg mener fanden-banke-mig, at jeg kunne aldrig nogensinde have gjort det her uden dig.” Så tog hun den så også til sig. [...] Altså, uden [gadesygeplejersken], så havde jeg stadigvæk siddet med en flaske i hånden, ja. Det er ikke mig. Og det var én af dem, som jeg flippede meget ud over i starten, ikke, fordi en af grundene til... jeg har tit haft lyst til at sætte mig ned og drikke, hvor jeg så simpelt-hen rent mentalt har sagt, ”Men det skal du ikke gøre, fordi så bliver [gadesygeplejer-

skan] bare så skuffet." Og det sagde jeg så også til hende i den her sammenhæng her, ikke, hvor jeg sagde, "Jamen, jeg vil simpelthen ikke skuffe dig," og sådan noget der. Så sagde hun, "Det skal du da ikke tænke på. Det er da ikke mig, du skuffer, det kan da kun være dig selv." Så sagde jeg, "Jamen, bliver du ikke skuffet over, hvis jeg begynder at drikke igen?". "Nææh," sagde hun, "altså, det er jo dig selv, det går udover, altså." Og så sagde jeg, "Det kan jeg simpelthen bare ikke forstå." Og det fatter jeg stadigvæk ikke [griner]. Ej, den er vi ikke færdige med endnu. Så sagde jeg, "Jamen, hvis ikke jeg skuffer dig, så fanden stå i det, mand." Så kunne jeg sgu da godt have drukket en bajer den eftermiddag dér [griner]."

Interviewer: "Ja [griner]. Det lyder som om, I har et meget godt forhold?"

Informant: "Uh, vi har kendt hinanden i mange år. Også meget, ikke intimt, men altså meget tæt. Altså, hun har jo ligesom været... Hun har både været mit talerør udadtil, og samtidig været den skulder, jeg kunne græde ud på, når jeg ville." (Uddrag fra interview med en 59-årig mand)

Relationsarbejde handler overordnet set om at skabe en positivt støttende relation mellem medarbejderen og borgeren, blandt andet baseret på principper som kontinuitet, fleksibilitet og opmærksom tilstedeværelse (Mosher og Burti 1994). De sundhedsprofessionelle beskriver omsorgs- og relationsarbejdet som afgørende i forhold til overhovedet at opnå kontakt med den socialt udsatte borger og for at opbygge og vedligeholde en god relation til borgeren. Omsorgs- og relationsarbejdet er endvidere afgørende for at kunne arbejde med borgerens sundhed og helbred og for at forsøge at løse, hvad flere sundhedsprofessionelle beskriver som deres fornemmeste opgave: at få borgeren hjulpet ind i det etablerede system (sundheds- og socialvæsen). Ifølge de sundhedsprofessionelle handler omsorgs- og relationsarbejdet om at bruge den fornødne tid – *"tid er vores største ressource"*, som en sygeplejerske udtrykker det. Arbejdet består blandt andet i at lytte til borgeren, sørge for borgeren føler sig set og hørt, tage borgeren alvorligt, tage udgangspunkt i borgerens ønsker, være tilgængelig, yde generel omsorg og støtte og at være betingelsesløs, vedholdende og *"dem, der ikke giver op"*. Det handler således om at arbejde ud fra, hvad sygeplejerskerne betegner som en anerkendende tilgang, og respektere, at relationsarbejdet tager tid og ressourcer. Som de sundhedsprofessionelle beskriver, så er relationsarbejdet en forudsætning for arbejdet med socialt udsatte, fordi den trygge, velkendte, tillidsfulde kontakt er essentiel for socialt udsatte. En central pointe her er også, at omsorgs- og relationsarbejde netop er dét, som de særlige tilbud, i modsætning til det etablerede sundhedsvæsen, kan levere. De følgende to interviewuddrag afspejler de sundhedsprofessionelles beskrivelser af omsorgs- og relationsarbejdet, der også omfatter helt basale, lavpraktiske gerninger som at give udsatte borgere et fodbad:

Interviewer: "Så du starter simpelthen med en helt basic udredning [første gang du møder en ny beboer i botilbuddet]?"

Informant: "Ja, meget stille og roligt, ikke. Fordi det er jo ikke bare sådan, at jeg kan komme ind og sætte en hel masse i værk. Altså, det kræver også, at jeg lige sætter mig ned og lærer dem at kende, ikke. Tit så starter jeg med et fodbad. Det er dejligt udramatisk. Der er ikke noget farligt ved et fodbad – medmindre det er en beboer, der ikke er glad for at se sine fødder. Det er der jo mange af dem, der ikke er. Men sam-

tidig er det også bare så skønt for dem at sidde med fødderne i sådan et fodbad og blive grundet. Et varmt bad og... få klippet negle og få smurt fødderne og underbenene ind i creme. Og når man sidder med dem, og de skal jo gerne sidde i 20 minutter, så får man bare utroligt meget information, altså. Både ved samtalen, men også ved at kigge på huden og slimhinderne. Så det er tit sådan, man starter – det er indgangsporten.” (Uddrag fra interview med en sygeplejerske tilknyttet et botilbud for socialt udsatte med et aktivt misbrug)

Informant 1: ”Altså, alt vores arbejde er jo baseret på relationer. Vi får ikke lov til noget, hvis folk ikke ved, hvem vi er [...] Men det handler om at være tilgængelig, til rådighed og tage dem alvorligt. Og så kan det godt være, at jeg synes, du skal den, den og den vej, men du kommer så med en anden problematik, og så er det dén, vi starter med. Så er der måske fire andre, der var mere alvorlige, og som jeg hellere ville snakke om, men nu starter vi med det, og så kommer du forhåbentlig igen og igen...”

Informant 2: ”Og så kan vi tage... salamimetoden, ikke. Forhåbentligt kan vi nå at rykke noget et eller andet sted, ikke. [...] Og jeg tænker, nu kommer jeg til at tænke på det der i forhold til somatikken, ikke. Når man kommer ind på en hospitalsafdeling, så er der ingen relation. Der er ikke... Man kender ikke dem, man kommer ind til, og man er måske vant til at blive svigtet og ikke blive taget alvorligt og... Og man har måske også egentlig for svært ved selv at forklare, hvad er det, jeg egentlig kommer med. ”Jeg har det bare skidt”, ikke, ”jeg ved det ikke rigtig”. [...]”

Informant 1: ”Vi har en speciel tilgang som sygeplejersker. [...] Vi har det der omsorgs... de ved, de kan komme til os. De kan altid komme til os. Så længe de opfører sig ordentligt og snakker pænt til os, og til en vis grænse... vi skal også kunne tage lidt og give lidt, ikke, men... Men vi har en helt speciel rolle som sygeplejersker.”

Informant 2: ”Også fordi de ved meget ofte, at det er sidste station, ikke. Ikke fordi jeg tænker, at de kradser af lige om lidt, men det er dér, man går til, når man ikke kan stå på benene mere, ikke... Og så kan vi noget, altså, i kraft af vores profession, altså, vores faglighed, så kan vi noget. Vi kan handle på noget, vi kan gøre noget. Vi kan sætte noget i værk... Og det tror jeg betyder rigtig meget.” (Uddrag fra interview med to sygeplejersker ansat i en sygeplejeklinik for socialt udsatte).

Deltagerobservationerne gav også indblik i det omfattende relations- og omsorgsarbejde, som sygeplejerskerne, der arbejder med socialt udsatte, udfører. Nedenstående uddrag fra observationsnoterne fra et besøg i en sygeplejeklinik målrettet socialt udsatte illustrerer, hvordan omsorgsarbejdet med at tilbyde morgenmad, bad, rent tøj og tøjvask betyder og fylder meget på klinikken:

Sygeplejeklinikkens venteværelse er et indhak ude på gangen og er indrettet med en sofa, sofabord, et mindre spisebord, hvor der ligger gratisaviser, fire stole – og i gangen er der ydermere opsat en hvid havebænk og stole til de ventende. Der står to rulleborde med kaffe, mælk, juice/saft, vand, havregryn og sukker. Ikke alle skal ind i

linikken – der kommer mange ind bare for at få en kop kaffe, spise havregryn og læse avis, og sygeplejerskerne fylder konstant op med mad og drikke på rullebordene. Et par brugere kommer ind i venteværelset på skift og tømmer havregrynsskålen – det viser sig, at de giver dem til duerne udenfor. ”Det er rart at yde omsorg for nogen”, siger sygeplejersken. Brugere af klinikken kan få vasket tøj, få bad i et badekar, få rene håndklæder og rent undertøj. ”Det er efterhånden svært at få et bad andre offentlige steder”, siger sygeplejersken. Brugere er glade for badekarret – ”det er wellness for dem” som sygeplejersken siger. Man skriver sig på en badeliste, hvis man ønsker et bad. Der er to brugere, der får et bad, mens jeg er der. De har god tid til det – den ene bruger en time; den anden bruger 40 min. Sygeplejerskerne gør badet rent efter hvert brug. Sygeplejersken fortæller om én af dagens brugere, en ældre mand, at hun med tiden har fået ham overtalt til at få et bad tre gange om ugen, og så vasker hun hans tøj. I dag fik hun en pose med vasketøj, som hun satte over at vaske i pausen. (Noter fra observationer i en sygeplejeklinik).

En læge, der arbejder som frivillig på et herberg, fortæller ligeledes om sygeplejerskernes rolle som nøglepersoner, der har den afgørende, tillidsfulde relation til den socialt udsatte borger. Hun fortæller, at hun altid er i herbergets sygeplejeklinik sammen med en sygeplejerske og således aldrig er alene. Hvis sygeplejersken er syg, aflyses lægebesøget. Sygeplejerskerne screener som regel borgerne i forhold til, hvem der har behov for at snakke med en læge, og henter også borgerne på deres værelser, i fællesrummet eller udenfor, når det bliver deres tur til at snakke med lægen. Lægen fortæller endvidere, at hendes arbejde i klinikken er afhængigt af sygeplejerskernes indgående kendskab til borgerne. Det er således sygeplejerskerne, der ved, om borgeren for eksempel har penge til at købe sin medicin selv, eller om dette er urealistisk; eller om borgeren kan håndtere at få medicin med til en hel uge, eller om vedkommende kun skal have til én dag osv. Lægens eventuelle henvisninger af borgeren til videre undersøgelse eller behandling på hospital eller lignende er ligeledes betinget af sygeplejerskernes kendskab til borgeren og deres vurdering af, hvorvidt borgeren vil tage imod henvisningen og møde op på hospitalet. I sådanne situationer opstår der således et næsten omvendt læge-sygeplejerskeforhold. Lægen fortæller:

”Altså, sygeplejerskerne er rigtig gode. De kender brugerne. Det er dem, de stoler på. Der er også meget mere den der gensidige respekt. De er der altid, og brugerne kender dem og stoler på dem. [...] Man henviser nok ikke så ofte, som man kunne gøre, fordi man tænker ’det er der altså ikke nogen pointe i. De kommer ikke derhen’. Men der spørger jeg altid sygeplejersken. Jeg ved det ikke, så jeg spørger, ”Er det en bruger, som du tror kommer herhen?”, og hvis hun siger, ”Arh okay, vi kan godt prøve”, så gør vi det. Men det betyder jo også, at der er jo nogle gange, du sidder med en patient, hvor du tænker ’han har sikkert kræft i lungerne, men hvad skal vi gøre?’, altså... Selvfølgelig er der jo nogle, man så prøver, hvis man tænker ’nu er der altså noget alvorligt i gang’, så prøver man at få det igennem, ikke, men... det kan være svært.” (Uddrag fra interview med en læge)

Interviewuddraget med lægen illustrerer en generel pointe omkring det konstante vurderings- og afvejningsarbejde, der pågår i de særlige sundhedstilbud til socialt udsatte: Om det er meningsfuldt at henvise den udsatte patient videre til det etablerede sundhedsvæsen, eller om det særlige tilbud skal forsøge at *”lappe på problemet”*. Selvom de sundhedsprofessionelle betragter det som en

central opgave at være vejviser for borgerne og hjælpe dem ind i det etablerede sundhedsvæsen, så må de konstant afveje, om en videre henvisning er meningsfuld og kan betale sig – både for borgeren selv og for personalet i det etablerede sundhedsvæsen. Vurderings- og afvejningsarbejdet vedrører eksempelvis, om borgeren er for påvirket; hvor sandsynligt det er, at vedkommende vil tage hen på hospitalet; om vedkommende alligevel bare vil gå fra hospitalsafdelingen; eller om vedkommende alligevel vil blive afvist eller udskrevet hurtigt. Disse vurderinger gælder især i forhold til psykiatrien, som også tidligere beskrevet i afsnittet 'Mødet og samarbejdet med psykiatrien'.

Tålmodighed, fleksibilitet og tilpasning

De sundhedsprofessionelle beskriver, at det er nødvendigt at være tålmodig og bevare gejsten på trods af gentagne mislykkede forsøg på at hjælpe borgeren eller gentagne ikke-overholdte aftaler, og om at gribe chancen for at hjælpe eller behandle borgeren, når den endelig byder sig:

"... Man skal blive ved med at holde den der... "Vi har haft otte aftaler. Du har ikke fået skiftet den forbindelse i 14 dage. Jeg ved, det ligner lort fyldt med pseudomonas. Det stinker lige om lidt, når vi skal skifte dem. Måske er der larver i... Fred være med det. Nu er du her! Fedt, nu tager vi den!", ikke. "Så snakker vi ikke om de der 14 dage, du ikke har været her. Nu. Hvad er status nu?", ikke. "Så tager vi den derfra." Så kan det godt være, jeg siger. "Du skulle sgu da have været her", eller "du ved også godt, at du bliver simpelthen nødt til at komme som aftalt, ellers så bliver det aldrig nogensinde bedre, ikke. Nu kan du se, at det er værre, og det er altså dét, der skal til," og vi prøver at motivere på den måde. Men stadigvæk, så er det: "Juhu! Nu er du her!", ikke. Og den skal man også kunne bevare, den der gejst hele tiden, ikke. Og lyst. Fordi nogle gange er det fandeme op ad bakke, ikke." (Uddrag fra interview med en sygeplejerske)

Arbejdet i de særlige tilbud er karakteriseret ved at være langstrakte processer, der fordrer sygeplejerskernes tålmodighed og motivationsarbejde. En anden sygeplejerske eksemplificerer dette motivationsarbejde:

Informant: "Det er jo ikke bare at gå ind og lave en opgave og så gå ud igen. Vi har en kvinde... altså, bare arbejdet med at få hende over til os [i en sygeplejeklinik], altså, det tager jo i sig selv en... måske en time og et kvarter. Fordi der skal ordnes nogle ting først, ikke. Og hvis man går fra hende i processen, jamen, så kommer hun ikke. Hun kommer ikke af sig selv. Men hvis hun lige skal nå at putte læbestift på og tage tøj på og lige... altså. Alle de her ting, ikke."

Interviewer: "Så det er sådan nogle ting, hun skal ordne, inden hun kan komme?"

Informant: "Ja. Så det er jo ikke bare ind og ud, vel. Det er jo en lang proces med at motivere folk til at komme." (Uddrag fra interview med en sygeplejerske tilknyttet et botilbud for socialt udsatte med et aktivt misbrug)

Uddraget illustrerer dels sygeplejerskernes respekt for kvindens behov for at fastholde og fremstå med en vis værdighed, og dels hvor afgørende det er at tage udgangspunkt i borgerens ønsker og

behov og at lade tingene ske på borgerens præmisser – ikke kun for at igangsætte eller opnå den ønskede, helbredsmæssige indsats men også for at bevare en (god) relation til borgeren.

Centralt for arbejdet i de særlige sundhedstilbud er desuden sygeplejerskernes fleksibilitet og kontinuerte tilpasning af arbejdet til den udsatte borgers situation med henblik på at opnå en forbedring af borgerens helbredstilstand – eksempelvis i form af opretholdelsen af en igangværende behandling, henvisning til en videre undersøgelse eller lignende. Flexibiliteten og tilpasningen udmønter sig både som mindre omsorgsgerninger, som for eksempel at gå forbi borgerens værelse med medicin, selvom vedkommende egentlig selv skulle afhente det i sygeplejeklinikken, og som rent sygeplejefaglige opgaver, hvor forløbet med eksempelvis at få en borger til tjek på hospitalet for hjerteproblemer tilpasses borgerens behov for at øge sandsynligheden for, at han kommer afsted til undersøgelsen. Dette fleksible tilpasningsarbejde illustreres i nedenstående to interviewuddrag:

”For eksempel, hvis det handler om medicinsk behandling... Får du en kur for din lungebetændelse, så er det dit eget ansvar at komme og hente medicinen [i herbergets sygeplejeklinik]. Men jeg ved også godt, at når jeg går hjem klokken 15:30, og du ikke har hentet det til i dag, så skrider du. Og så skal vi starte forfra om lidt, fordi så kommer du måske heller ikke i morgen. Så går jeg lige op og lægger det på værelset. Og ser, om du er der og lægger det. Så ved jeg, så kan du nå at få det. Og så kommer du forhåbentlig i morgen, og ellers så finder jeg dig, og så aftaler vi noget, ikke.” (Uddrag fra interview med en sygeplejerske)

Informant: ”Altså, jeg har også givet Marevan-behandling på toiletterne nede under Rådhuspladsen, ikke.”

Interviewer: ”Og hvad er det?”

Informant: ”I en måned. Det er sådan noget blodfortyndende... Han skulle have indsprøjtninger med blodfortyndende i en måned, altså, han kunne ikke komme på hospitalet. Og han sov nede på toiletterne på Rådhuspladsen, så vi lavede en aftale med... tissekonerne dernede [griner lidt], om vi måtte komme derned. Og så fik han Marevan-behandling nede på toiletterne under Rådhuspladsen i en måneds tid, ikke.” (Uddrag fra interview med en sygeplejerske)

”Jeg havde én i [sygeplejeklinikken] forleden dag, som sidder inde hos fodterapeuten, og så lige pludselig så siger han, ”Jamen, jeg har også nogle problemer. Det stikker lidt i min brystkasse, sådan lidt.” Og så kalder hun på mig, og så tager vi blodtryk. Det er sådan set fint nok, og der er ikke noget, sådan, udstråling i armen, men han synes, han vågner om natten. Han har faktisk ikke sovet de sidste 3 uger, sådan rigtigt, fordi han er bange om natten. Han tør ikke at lægge sig ned, så trykker det og stikker og prikker. I hjertet. Eller lungerne. Det kan han ikke rigtig forklare. Så begynder jeg sådan at spørge ind til, jamen, han havde så haft fem blodpropper. To i hvert ben og én i brystkassen, siger han bare. Han kan ikke forklare, om det er hjerte eller lunger, vel.

"Okay, med den historik, så synes jeg faktisk, du burde ind og tjekkes og lige få taget et EKG og lige få fulgt op på, hvad sker der." Han siger også, "Jeg får blodfortyndende behandling". "Hvem tjekker det?". "Det ved jeg ikke. Jeg har ikke været til noget kontrol." [...] "Fint. Jeg synes, at vi skal have dig en tur på hospitalet", ikke. Det vil han så gerne, han har så bare en hund, han skal have passet først, ikke. Og han skal lige hjem og hente nogle ting. Og det er fint. "Okay, du tager hjem, og du ringer til mig ligeså snart, at du er kommet hjem og har fået styr på hunden, og så sørger jeg for en transport, der kommer og henter dig." [...] Klokkeren 13:30 ringer han hjemmefra: "Nu er jeg klar. Hunden bliver passet af naboen, jeg har pakket en taske, du må gerne ringe efter en transport." Hvor jeg var bare sådan, "Fedt! Det gør jeg gerne. Jamen, det var da dejligt, du ringede. Super, jeg finder på noget og ringer tilbage til dig." Får bestilt den transport. De skal selvfølgelig tage sig af det, når det er hjertet, så de kommer med det samme. Så ringer jeg til ham og siger, "De er på vej". "Godt." Så ringer han dagen efter og siger, "Jamen, de gjorde ikke noget ved mig. Der var ikke noget at se på EKG'et, og... og der var ikke noget, der var heller ikke nogen lungebetændelse". Så siger jeg, "Nå, men det er jo så fint nok, så er du blevet tjekket. Hvordan har du sovet i nat?". "Jeg har sovet dejligt," siger han så, "jeg har sovet hele natten." Så siger jeg, "Jamen, så var det måske lige det, der skulle til for, at du også fik noget ro på, ikke. Og hvor er det dejligt, du ringer og giver mig besked, fordi ellers så havde jeg ringet derud for lige at høre, om der var noget, ikke." [...] Og han er så... alkoholiker, tager ikke nogen stoffer. Eller han får metadon, men kun for at holde sig rask, ikke... Og hvor jeg tænkte, det er sådan dét, som er en succes. Eller som man kan sige, "hold kæft, det var fedt, det lykkedes", ikke. Og der havde jeg jo min tvivl, fordi jeg tænkte sådan, "ja [lyder skeptisk]... Nu må vi se, om han ringer", ikke. Det gjorde han. [...] Og for ham var det sådan en ting som hunden. "Jeg skal finde nogen, der kan passe min hund, og så skal jeg lige hjem og hente de penge, jeg har liggende derhjemme, for de skal ikke ligge der", ikke. Jeg kunne også have valgt at ringe efter en ambulance, der kom og hentede ham med det samme. Så havde han ikke taget med, vel." (Uddrag fra interview med en sygeplejerske)

Fleksibilitet og tilpasning er også påkrævet i sygeplejerskernes opfølgende arbejde, eksempelvis efter akutte indlæggelser, som afbrydes før tid af patienten selv på grund af misbrug:

"Vi har jo akutte indlæggelser også, hvor vi har beboere, som har så meget behov for at komme på skadestuen og kommer måske ind, men vælger at udskrive sig selv igen. Og kommer hjem samme aften. Der er der jo et stort arbejde for sygeplejerskerne i forhold til at følge op. Altså, vi har haft én, som blev opereret for en kæmpe absces [byld] i knæet og fik fjernet skruer og skinner, og det var meningen, at han skulle være indlagt i 14 dage. Men han kom hjem samme dag, som han blev opereret, med det her gigantiske 20 centimeter lange operationssår, som var stoppet ud med gaze og... Og så sætter man jo en intensiv sårbehandling og plejeplan i gang, ikke. Og prøver at varetage det, som de normalt skulle have gjort på hospitalet med genoptræning og gangstøtte og ja. Fordi... for ham var det vigtigere at komme hjem og drikke sin Master Brew." (Uddrag fra interview med en sygeplejerske)

Som interviewuddragene i dette afsnit viser, så er fleksibilitet og tilpasning således centrale kodeord for sygeplejerskernes arbejde.

Følgeskab og formidling af borgerens livsfortælling

Et andet centralt aspekt ved arbejdet i de særlige sundhedstilbud til socialt udsatte er sygeplejerskernes ledsager- og bisidderrolle, når socialt udsatte borgere er i kontakt med sundhedsvæsnets, og deres rolle som formidlere af borgernes historie til sundhedspersonalet.

Sygeplejerskerne beskriver forskellige former for følgeskab. Nogle gange sørger sygeplejerskerne for, at borgeren kommer til hospitalet eller afdelingen og deltager ikke i lægeundersøgelsen eller lægesamtalen. Andre gange er de med i hele forløbet. I hvilken grad og på hvilken måde borgeren ønsker, at sygeplejersken deltager i eksempelvis lægesamtalen, aftales typisk på vej til hospitalet. Nogle ønsker, at sygeplejersken fører ordet; andre klarer mere eller mindre selv samtalen. Som en sygeplejerske siger, handler det for ledsageren om at være ydmyg og om at spørge borgeren, om man må bryde ind, således at ledsageren ikke ender med at overtage samtalen. Det er vigtigt at sikre, at borgeren ikke føler sig *"tromlet ned"*.

Ifølge sygeplejerskerne er følgeskabet til læge og hospital godt givet ud i forhold til at holde sig ajour med borgerens tilstand, behandlingsforløb, medicinordinationer mv., også fordi der ikke sker en automatisk koordinering eller informationsudveksling mellem det særlige tilbud og det etablerede sundhedsvæsen. I de situationer, hvor sygeplejerskerne skal følge op på uledsagede borgere, fordrer det for det første borgernes samtykke til at kontakte lægen eller hospitalet – hvilket kan være en udfordring at opnå, for eksempel fra borgere med psykiske lidelser, og dernæst sygeplejerskernes grundige research på borgerens forløb. Sygeplejerskerne oplever således, at der går meget relevant viden tabt uden følgeskab.

Sygeplejerskernes ledsager- og bisidderrolle har desuden stor betydning for socialt udsatte i forhold til at undgå, at borgerne oplever stigmatisering og diskrimination i sundhedsvæsnets. Sygeplejerskerne agerer *"buffer"* og fungerer som en slags *"ventil begge veje"* med henblik på at undgå eventuelle sammenstød og konflikter mellem borgeren og personalet. Også her spiller det forudgående relationsarbejde en væsentlig rolle, da sygeplejerskerne qua deres tillidsfulde relation til borgeren netop kan forstå og imødekomme borgerens behov og afværge eventuelle konflikter på en måde, som personalet i det etablerede sundhedsvæsen ikke er i stand til. De følgende to interviewuddrag illustrerer dette:

Informant 1: "Altså, lige præcis relationsarbejdet er fuldstændig kerneværdien i den her indsats [til socialt udsatte], og uden den så er det ikke meningsfuldt, altså. Og det er..." [bliver afbrudt af Informant 2]

Informant 2: "Og det er også den relation, der gør, at man kan... følge én til et ambulatorie, hvor de så først bliver utilfreds med, at de får at vide, at de skal vente i lang tid, selvom de faktisk havde en tid klokken 13. Så kan vi sige, "Jamen, nu tager vi en kop kaffe, og så må vi lige stå den igennem, den her, og blive hængende og få det

overstået", ikke. Og hvis ikke man har den relation, så tror jeg ikke, man kommer igennem med det."

Informant 1: "Nej, det tror jeg bestemt heller ikke."

Informant 2: "Og det er jo dér selve ambulatoriesygeplejersken eller lægesekretæren, der sidder ude i skranken, kommer til kort. Fordi de har ikke nogen mulighed for at nå ind... Tror jeg. [...]"

Informant 1: "Man bliver ligesom sådan en ventil begge veje, hvor man ligesom prøver at forklare, "men det er jo ikke, fordi de [personalet] ikke sidder og laver noget, at du ikke bliver set. Du bliver bare prioriteret i mængden af problemer, og deres opgave er at redde liv. Så det starter bare derfra. Og sådan er det. Det er et vilkår for dig, men det er simpelthen også et vilkår for alle andre mennesker". Der ligger jo den der formidlingsopgave i det." (Uddrag fra interview med to sygeplejersker ansat i et særligt tilbud til socialt udsatte)

Informant 1: "Meget, meget ofte er det succeskriteriet [for et positivt forløb i sundhedsvæsnets], at vi kan følge med. Og det gælder så både, om det er til egen læge, hospital... alt muligt mærkeligt, røntgen for eksempel, ja. Fordi så er man ligesom bufferen, både at kunne forklare ordentligt, hvad det er, det drejer sig om, og så er man også ligesom bufferen imellem, som kan... både dæmpe lidt, fordi man kender vedkommende, "Nu skal du lige slappe af. Nu sidder vi bare stille her. Vi kan lige gå ned og ryge en cigaret, og nu skal vi være tilbage". Alle de der ting, ikke. Altså, det synes jeg faktisk, at det er for det meste succeskriteriet. Og desværre har vi jo ikke tid til det mere. Altså, det er meget, meget sjældent, at vi har tid til det."

Informant 2: "Det er kun de vigtigste ting, ikke. Altså, vi har jo TB, tuberkulosepatienter, og vi har hepatitispatienter og... Og dem, der skal til de her meget vigtige undersøgelser, dem prioriterer vi. Det er så også noget af det eneste, jeg kan prioritere pt..." [afbrydes]

Informant 1: "Men det gør så, at man lukker en klinik. For så er der ikke nogen sygeplejersker tilbage."

Interviewer: "Nå okay, så er der lukket resten af dagen?"

Informant 1: "Ja." (Uddrag fra interview med to sygeplejersker tilknyttet en sygeplejeklinik for socialt udsatte)

Som det fremgår, har de særlige tilbud til socialt udsatte ikke ubegrænsede muligheder for at tilbyde følgeskab, heller ikke selvom den typiske erfaring er, at et succesfuldt forløb i sundhedsvæsnets fordrer følgeskab. Også her må sygeplejerskerne afveje og vurdere nødvendigheden af følgeskabet, fordi prioriteringen af at følge én borger på hospitalet kan få mærkbare konsekvenser for andre

borgere i form af en lukket sygeplejeklinik. De begrænsede ressourcer skaber dermed en skrøbelighed i de særlige tilbud.

De interviewede socialt udsatte bekræfter følgeskabets betydning for oplevelsen af stigmatisering. Følgeskabet bidrager til at modvirke følelsen af at være anderledes og udenfor:

”Og det er sådan hele den der med, at der er en kløft, hvor hvis man ikke har én med... Selvfølgelig er det ikke alle, det kan man ikke sige. Men jeg kender mange situationer, hvor så mister man... Også fordi man føler sig flov, eller man ikke er god nok eller et eller andet. Man føler sig som en andenrangsborger lidt på en måde, ikke. Og det kender jeg mange på gaden, der oplever.” (Uddrag fra interview med en tidligere hjemløs mand, ukendt alder)

Foruden følgeskab handler arbejdet i de særlige tilbud i høj grad også om ”at sammenstykke borgerens livsfortælling” og om at formidle denne livsfortælling til personalet i det etablerede sundhedsvæsen med henblik på at vække personalets empati, opnå en større forståelse for borgerens væremåde og skabe lidt mere fleksibilitet – ”elastik” – i det ofte firkantede sundhedsvæsen. De følgende tre interviewuddrag med socialsygeplejersker og en psykiatrisk sygeplejerske eksemplificerer dette arbejde:

”Den der vejledning til personalet i forhold til, altså... Andre patienter, de er så flinke og ligger pænt der i sengen og gør, hvad der bliver sagt, ikke. Altså, der er nogle mennesker, hvis de har brug for at gå ud og gå en tur, så går de ud og går en tur, og det kan også være, de har brug for at gå ud og købe tre bajere og tulle dem ned for at kunne holde ud at være her [på hospitalet]. Men det er også en snak om, hvordan kan vi få det her til at spille sammen... Så vi også rummer dét. Fordi vi er jo i et firkantet system, ikke. Så jeg synes nogle gange, det handler lidt om den der med at fortælle patientens historie på en anden måde end den måde, som personalet lige ser vedkommende. Som en... faktisk pain in the ass-agtigt, ikke. At man lige får fortalt, hvad er historien bag, og hvad er baggrunden for, at de gør sådan. Så dét at formidle den historie. Det gør patienten jo ikke selv. Patienten begynder jo ikke at fortælle om at ”mit liv har set sådan og sådan ud, og jeg agerer, som jeg gør, fordi...”. Men hvis man kommer med lidt baggrundsviden, så bliver det sådan en anden forståelse og lidt mere elastik, altså.” (Uddrag fra interview med en socialsygeplejerske)

”... Over tid og tillid kan man jo lige pludselig få et helt andet billede af en borger. ”Jamen, hvornår er de her oplevelser startet? Jamen, var du tre år gammel, nå, men så var det nok ikke misbruget, der ligesom startede de her oplevelser”. Og så kan vi jo begynde at dokumentere og sammenstykke en livsfortælling på en eller anden måde. Som måske på sigt kan tale ind i vores system og give dem den behandling, som vi jo synes, at de i virkeligheden har lige så meget ret til som alle os andre.” (Uddrag fra interview med en psykiatrisk sygeplejerske ansat i et særligt tilbud til socialt udsatte)

”... Så plejer jeg gerne at forklare dem [hospitalspersonalet] dét, jeg har fået at vide af patienten under samtaler om patientens historie, så man får en eller anden følelse af en forståelse. Måske også noget empati for den socialt udsatte. Og denne her forståelse og empati kan ligesom give lidt mere rummelighed i forhold til relationen mellem [hospitals-]sygeplejersken og patienten, ikke. Det, synes jeg, fungerer meget godt, fordi... I stedet for, at det bliver Christoffer, narkomanen, så bliver det Christoffer, den... misbrugt som 6-årig, gået ud af skolen, kunne ikke håndtere det pres... Så der kommer en større forståelse og en anden identitet, ikke. Fordi det er jo bare et menneske, som ikke har haft den samme opvækst som én selv, og jeg tror bare, at man skal forstå, at, jamen, han har ikke valgt at sætte sig ud og begynde at injicere stoffer fra dag 1. Det er nogle ting, som han har brugt mod sig selv, for ligesom at få det nemmere, fordi han ikke altid har haft det nemt, ikke. Og i sidste ende har han så fundet sig selv på en rendesten i gang med at injicere stoffer, og så er det dér, vi er, ikke. Så bliver vi nødt til at møde ham.” (Uddrag fra interview med en socialsygeplejerske)

Koordinerings- og detektivarbejde

Et tredje karakteristisk aspekt ved sygeplejerskernes arbejde i de særlige sundhedstilbud målrettet socialt udsatte er et omfattende og tidskrævende koordineringsarbejde, som de udfører i forbindelse med den udsatte borgers udskrivelse fra et hospital og i forhold til at finde ud af, hvem der kan hjælpe borgeren og løfte 'opgaven' efterfølgende. Sygeplejerskernes koordineringsarbejde består også i at samle og skabe sammenhæng mellem de ofte mange forskellige professionelle, der spiller en rolle i borgerens liv. Koordineringsarbejdet er samtidig et detektivarbejde, som sygeplejerskerne udtrykker det, som indebærer en grundig research på den udsatte borgers fortid og fremtid. I det følgende karakteriserer jeg koordinerings- og detektivarbejdet og dets udfordringer nærmere.

Nedenstående interviewuddrag eksemplificerer sygeplejerskernes koordinerings- og detektivarbejde:

Informant: ”Her for nylig, der fik vi én... Han blev overflyttet fra [et andet hospital]. En ung fyr. Og så kom han her helt i, nærmest delir, og kunne ikke sige noget, rodede rundt nede på gulvet og – altså virkelig alkoholiker, ikke. Og så tænkte jeg, ”Nå, nu prøver jeg lige at ringe ind og høre, hvad ydelse han får”. Han fik ikke noget. Han havde engang fået nogle sygedagpenge. Og jeg tænkte, ”Gud, det var mærkeligt”, altså. Prøvede at Google hans adresse. Fandt ud af, at det var en andelsboligforening. Så snakkede jeg med administratoren, så siger hun, ”Ja, ham vil jeg rigtig gerne tale med, han skylder husleje”. Jeg tænkte, ”Neej” [taler lavt], og han var ikke vågnet op endnu, vel. Altså alt det der Sherlock Holmes-arbejde, man kan sidde og lave inden. Og så vågnede han op, så sagde jeg til ham, ”Du er simpelthen på den, kammerat”. Og så sagde han, ”Neej”, han levede af noget pension. Han havde fået udbetalt en pension på en million. Så sagde jeg, ”Altså, har du en pension på en million?! Altså, selvom jeg så arbejder til, jeg bliver 100 år, får jeg ikke en pension på en million”, vel. Så sagde han, ”Nå!”, og så lidt efter gik det op for ham, så sagde han, ”Næ, jeg har ikke noget. Jeg har ingen indtægt”. [...] Men det er sådan noget, det ta-

ger en krig... at få lavet huslejerestancer og snakke med administratorer og kommuner og... [...] deres sagsbehandlere i kommunen. Men nogle af dem har jo ikke engang en sagsbehandler. Så sidder de og siger, "Hvad, prøv lige og sig hans CPR-nummer igen. Nej, han hører til hende hos Jytte, og Jytte er her ikke i dag". Og man er sådan lige ved at falde bagover af irritation, ikke. Fordi, "nej, [borgeren] er her så nok ikke i morgen, vel, så vi skal have hjælp hurtigere end det her". [...] Altså, hver gang, jeg skal søge en enkeltydelse, så skal jeg have tilsendt noget fra kommunen og sidde og udfylde det og finde ud af, hvad har de på en konto og sådan noget. Man tror jo, det er løgn. [...] Og når vi så begynder at ringe til banker og sådan noget, så skal de jo sidde ved siden af og sige "det er okay, at hun får oplyst, hvad der står på min konto". Så går telefonen sådan frem og tilbage, ikke."

Interviewer: "Men det er da i virkeligheden meget beskrivende, dit udtryk med Sherlock Holmes-arbejde?"

Informant: "Ja, og det er sådan noget hele tiden! Prøve at finde ud af hvad... Men heldigvis så får jeg jo en helt masse hemmelige numre til folk ude i kommunen, og man siger, "Kan du lige kigge på ham her", ikke, og "hvad er han for én," og "har han nogen ydelse overhovedet". [...] Eller jobcentret, som siger, "Jamen, vi har sanktioneret ham, fordi han ikke møder op". "Ja, men han har været indlagt de sidste 14 dage", ikke. Nå, så skal de ind og lave om på det, ikke. Jeg snakkede med én tidligere i dag, så var jeg gået ud af stuen og var på vej ned ad gangen, så måtte jeg lige vende om og gå tilbage til ham og sige, "Undskyld, jeg skal lige høre dig, får du kontanthjælp eller pension?". Så sagde han, "Ah, heldigvis pension". Så sagde jeg, "Ja, thank god, ikke, fordi ellers så skal jeg også ringe til jobcentret og sige, du er her nu", ikke. Det er hele vejen rundt, og man kan lige så godt gøre det først som sidst altså. Ringe og sige, "Han er indlagt". Nogle af patienterne siger selv: "Ring lige til mit jobcenter. Jeg er i tvivl, om jeg har en aftale". For ellers så, så bliver de sanktioneret. Og så er der jo ikke penge til huslejen. Så er vi jo på den igen, ikke. Så det... Man skal hele tiden ringe til dem, ikke." (Uddrag fra interview med en socialsygeplejerske)

Især socialsygeplejerskerne fortæller, at deres rolle med tiden har ændret sig fra i mindre grad at skulle agere mægler i konflikter mellem personale og socialt udsatte patienter til i langt højere grad at skulle koordinere udadtil, fx med kommuner, i forbindelse med patientens udskrivelse. Eftersom patienterne udskrives hurtigt, blandt andet på grund af hospitalernes problemer med overbelægning, fordrer det, at socialsygeplejerskerne begynder koordineringsarbejdet og begynder at planlægge forløbet efter udskrivelse allerede, når de møder patienten første gang.

Koordineringsarbejdet består helt konkret i at ringe rundt til kommunale afdelinger og forvaltninger, jobcentre, misbrugscentre, boligforeninger, herberger, banker m.m. Koordineringsarbejdet er, som sygeplejersken i uddraget ovenfor betegner det, samtidigt et "*Sherlock Holmes-arbejde*", som omfatter tidskrævende research på borgerens fortid og fremtid, og som skal afklare spørgsmål som: Er borgeren kendt i systemet? Hvordan er borgerens situation nu? Har han/hun en bolig? Får han/hun noget medicin? Andre sygeplejersker omtaler, i tråd med informanten ovenfor, dette arbejde som et detektivarbejde. Dette koordinerings- og detektivarbejde fylder meget i sygeplejer-

skernes hverdag, og de bruger, som en socialsygeplejerske udtrykker det, *"tonsvis af tid på koordinering"*.

Koordinerings- og detektivarbejdet pågår også i forbindelse med sygeplejerskernes opfølgende arbejde i forhold til socialt udsatte, som selv forlader hospitalet før tid, eksempelvis på grund af misbrug. I sådanne tilfælde forsøger sygeplejerskerne at sikre sig, at borgeren får en eller anden form for hjælp, fx i de særlige sundhedstilbud. Det giver en socialsygeplejerske et eksempel på:

"Vi havde en rumænsk pige, der kom ind med sådan en kæmpe stor byld i sidste uge. Og så var der en læge, der forsøgte at... Hun ville ikke indlægges. Helt klart meget misbrugende. Så prøvede han at skære den op, nede på skadestuen, og skulle så bare finde en sygeplejeklinik, der ville passe på det, ikke. Men så var den dybere. Og så sagde hun, at hun kunne ikke være indlagt. Så hun ville møde næste dag, fastende. Og jeg sagde til hende, "Tror du selv på, at du kommer her i morgen?" "Ja, ja", det gjorde hun. Hvis hun sagde til mig, at hun kom, så kom hun også. Vi har ikke set hende siden. Og det er jo sådan noget... så bliver jeg jo nødt til at ringe ud i byen og sige, "Kender I denne her rumænske kvinde?". Og heldigvis er der nogle, der kender hende, ikke, som passer lidt på det med armen nu, ikke. [...] Så er det måske ikke den mest optimale behandling, så kan det være, hun skal køre noget penicillin via en hjemløselæge et eller andet sted, ikke. Bare der er nogle, der samler hende op igen, ikke." (Uddrag fra interview med en socialsygeplejerske)

Koordinerings- og detektivarbejdet i kommunalt regi

Det er især koordinerings- og detektivarbejdet med kommunerne, som sygeplejerskerne finder udfordrende, fordi den kommunale organisering ikke matcher den udsatte borgeres komplekse problemstillinger. Sygeplejerskerne skal således typisk tale med flere forskellige kommunale aktører, og det er samtidig tidskrævende at få kontakt til relevante kommunale aktører:

"Vi bruger også rigtigt meget energi på at komme igennem til de rette personer i kommunen, fordi det er jo så splittet op ude i kommunerne, ikke, så når vi får en borger ind, der så har haft et alkoholoverforbrug igennem mange år, og det viser sig, at... han skal både have noget hjemmehjælp, og han skal også gerne have en kontaktperson, og han er stadigvæk på kontanthjælp, men hvorfor kommer han egentlig taget ikke på førtidspension eller noget. Der kan være mange ting i det, og der er så mange forskellige, du skal have ind over ude i kommunerne, før at... Du er heldig, når du finder én, der vil samle og løbe med bolden for dig. Ellers så er det os, der skal sådan sætte folk i gang. Det synes jeg, man bruger rigtigt meget energi på." (Uddrag fra interview med en socialsygeplejerske)

Med tiden og med erfaringen får sygeplejerskerne opbygget et mere uformelt netværk af kommunale aktører, som de kan trække på, og får derigennem adgang til kommunens *"hemmelige numre"*, som kan lette deres koordineringsarbejde. Som en sygeplejerske udtrykker det:

"Vi ringer aldrig på hovednumrene. Altså, det kan man jo ikke. Så dør man! Så begynder man at græde [griner]." (Uddrag fra interview med en sygeplejerske)

Sygeplejerskerne kritiserer desuden – på et mere generelt plan – den siloopbygning og silotænkning, der kendetegner det kommunale system og ledsages af manglende koordinering på tværs af kommunen, og som harmonerer dårligt med den socialt udsatte borgers komplekse problemstillinger. Sygeplejerskerne efterspørger i den forbindelse en ”samlet kommunal pakke” til socialt udsatte – en slags kommunal koordinator for socialt udsatte – og dermed én person med overblik over kommunens tilbud, som sygeplejerskerne så kan rette henvendelse til:

”Den samlede kommunale pakke mangler, vil jeg sige. Jeg synes, det er tankevækkende, når man kan sidde til et samarbejdsudskrivningsmøde med en patient, en alvorlig syg patient her i vores regi, og de sidder fra kommunen og tilbyder ham en bolig... Og der er blevet gjort opmærksom på i den samme kommune igennem otte måneder, at der ikke er noget økonomisk grundlag. Han har ingen indtægt. Og der er stadigvæk ikke sket noget. Og så er det dét, det falder på, ”Jamen så kan du jo ikke få en bolig, fordi du har jo ikke noget økonomisk grundlag”, og de sidder dér fra den samme kommune, hvor man så siger, ”Undskyld, I er ansat i dén kommune. Er det sådan, så I kunne snakke med jeres kollegaer og få gang i den sag?” – ”Det kan vi ikke”. Så er det rigtigt svært, ikke. Det er så splittet op i... Jeg tænker, at ligesom vi skal se samlet på borgeren herinde [på hospitalet], så skal man også gøre det i kommunerne, men der har man jo splittet det op, og det er faktisk synd. Fordi det gør altså noget ved kvaliteten af det, der bliver [leveret].” (Uddrag fra interview med en socialsygeplejerske)

Ud over en samlet kommunal pakke efterspørger socialsygeplejerskerne også socialrådgiverbistand på hospitalet, fx til håndtering af kontakten med det kommunale system og søgning af enkeltydelser og håndtering af borgeres manglende betaling af husleje.

Ifølge socialsygeplejerskerne er deres samarbejde med, og især samarbejdet på tværs af kommunen, omkring den socialt udsatte patients økonomi, boligsituation og andre sociale forhold afgørende for, at patienten eksempelvis kan holde ud at være indlagt på hospitalet. For patienten er det ikke kun sygdommen, der bekymrer under en indlæggelse, men ”*hele paletten*” af sociale, økonomiske, bolig-mæssige problemer.

I nogle tilfælde oplever sygeplejerskerne den kommunale indsats omkring en udsat borger som så mangelfuld eller problematisk, at de laver et såkaldt ’bekymringskriv’ til kommunen:

”Vi har jo ikke myndighed på nogen måde, men vi bruger jo vores navn og titel til... Altså, vi laver jo skriv til kommunen. Vi bekymrer os rigtigt meget. Og så ryger der et bekymringskriv afsted, og dem kan de jo ikke bare putte ned i skuffen og sige ingenting til. Det er ikke altid, der sker noget, men ofte så bliver der jo ligesom, så kommer der et eller andet i gang, fordi vi tager det valg, ikke. Og det gør vi jo altid i samarbejde med patienten, ikke. De ved jo godt, at vi gør det, og vi har fået lov til det og alt det der, ikke. Og det siger jo også lidt om det der samarbejde [med kommunerne], at vi... Det er jo ikke udsatte børn, vi er bekymrede for. Det er bekymring for voksne menneskers liv, ve og vel, der måske har egen bolig og ting og sager. Det er dét, bekymringen går på, ikke, altså, men at vi er nødt til også at lave skrivet for ligesom at sætte

trumf på [rømmer sig], "Nu skal der simpelthen gøres noget." (Uddrag fra interview med en socialsygeplejerske)

Sygeplejerskernes kommunale koordineringsarbejde pågår ikke kun i forvaltningsregi, men også med andre kommunale aktører som fx herberger og sociale tilbud. I tråd med udfordringerne med at få kontakt til de rette kommunale aktører, er det også vanskeligt at finde de rette herbergspladser til patienterne efter udskrivelse. Også dette er et tidskrævende arbejde, der kræver grundige overvejelser. Det gælder især i forhold til socialt udsatte kvinder, som kan være svære at finde pladser til, dels fordi kvinder risikerer at blive udsat for vold og overgreb på almindelige herberger, og dels fordi der eksisterer forholdsvis få kvindeherberger. Overvejelserne kan også gå på, om kvinderne eventuelt har brug for at komme væk fra byen eller området fx på grund af vold og trusler. På samme måde kræver det grundige overvejelser at finde den rette herbergsplads til en ung med et mere debuterende misbrug, eftersom det vil være uhensigtsmæssigt at placere vedkommende sammen med *"de mest hardcore stofmisbrugere"*, som en sygeplejerske udtrykker det.

De sygeplejersker, som arbejder i særlige sundhedstilbud uden for hospitalsregi (fx gadesygeplejersker og sygeplejersker på herberger og botilbud), fortæller tilsvarende om et udfordrende koordinerings- og detektivarbejde, der i særlig grad kompliceres af, at regionale og kommunale IT-systemer ikke er kompatible:

Informant 1: "Vi er jo lidt ramt af, at man på hospitalsniveau, på regionsniveau, skriver i én type af system og på kommunalt niveau i en anden type, og vi kan ikke se, hvad hinanden laver. Og det er superirriterende. [...] Det begrænser voldsomt, fordi nogle gange bruger vi nærmest ikke hinanden til andet end at ringe op og få én til at læse højt på en skærm for at kunne arbejde videre med problemstillinger, fordi hvis ikke jeg ser en epikrise, hvordan skal jeg så kunne vide, hvad der skal arbejdes videre med? [...] Hvis borgeren ikke siger noget, så hænger den der. [...] Så kan de sidde og læse tilbage, og så på den måde kan du sådan begynde at trække ting ud. Men det er en utrolig bunke tid, der går med det."

Informant 2: "Ja, det er sådan detektivagtigt, ikke." [...]

Informant 1: "Det kan være rigtigt, rigtigt svært, når man ikke har noget indblik i deres systemer, ikke. Så er det hele tiden, sådan, andenhånds gengivelser af, hvad der foregår, som man så sidder og ringer rundt og forsøger at samle ind, ikke." (Uddrag fra interview med to sygeplejersker ansat i et særligt kommunalt tilbud til socialt udsatte)

Sygeplejersken som organisatorisk lim

For de sygeplejersker, der arbejder uden for hospitalsregi (fx gadesygeplejersker og sygeplejersker på herberger og botilbud), består koordineringsarbejdet ofte i at samle og skabe sammenhæng mellem de mange forskellige professionelle, der er involveret i at forsøge at løse borgerens multiple, komplekse problemstillinger. En sygeplejerske tilknyttet et botilbud beskriver rollen således:

"... Sygeplejersker er en form for organisatorisk lim. Vi holder simpelthen sammen på alle de her samarbejdspartnere for beboeren."

Sygeplejerskerne oplister eksempler på flere af disse 'samarbejdspartnere' i borgerens liv; det kan eksempelvis være praktiserende læge, forskellige læger i somatikken, forskellige læger i psykiatrien (almen psykiatri såvel som retspsykiatri), misbrugs-læge, borgerens opholdskommune, borgerens handlekommune, hjemmeplejen, kriminalforsorgen, politi, personalet på herberger, botilbud m.m. og eventuelle pårørende. Som nøgleperson i den socialt udsatte borgers liv, bliver det således sygeplejerskens rolle at forsøge at skabe og koordinere en fælles indsats for borgeren og forsøge at undgå, at samarbejdspartnerne arbejder i hver deres retning. To sygeplejersker eksemplificerer dette:

Informant 1: "Men det siger også bare noget om, hvor mange samarbejdspartnere der er, ikke. Som hurtigt er 4, 5, 6, 7, 8 forskellige steder, ikke."

Informant 2: "Og hvor det er super vigtigt, at de får talt sammen og lagt en eller anden plan, ikke."

Informant 1: "Præcis. Hvor jeg ser det som vores [en særlig kommunal indsats målrettet socialt udsatte] mulighed... fordi vi kan faktisk flytte os og cykle alle steder hen og blive set, og det handler simpelthen om at kigge folk i øjnene, fordi det gør bare mange ting meget nemmere. Og sørge for at komme alle steder og sige, "Det her er planen, det her det er planen, det her det er planen", for ellers så begynder alle at arbejde i 8 retninger. Og så er der ingenting, der lykkes. Så jeg ser klart rollen som, at vi formidler [...] og vi samler trådene og holder fast." (Uddrag fra interview med to sygeplejersker tilknyttet et særligt kommunalt tilbud til socialt udsatte)

Opsamling: "Vi skal være betingelsesløse og blive ved": Særlige sundhedstilbud til socialt udsatte

I dette tema har jeg fokuseret på arbejdet i de særlige sundhedstilbud til socialt udsatte og beskrevet nogle centrale karakteristika ved det arbejde, som gadesygeplejersker, socialsygeplejersker og andre udfører for og med socialt udsatte. Kapitlet stiller skarpt på tre væsentlige aspekter ved sygeplejerskernes arbejde: Deres omsorgs- og relationsarbejde, deres følgeskab og formidling af den udsatte borgers livsfortælling samt deres koordinerings- og detektivarbejde.

Omsorgs- og relationsarbejdet indebærer blandt andet at lytte til borgeren og tage borgeren alvorligt, at tage udgangspunkt i borgerens ønsker, være tilgængelig, yde generel omsorg og støtte og at være betingelsesløs og vedholdende. Omsorgsarbejdet i de særlige tilbud omfatter også helt basale, lavpraktiske gerninger som at sikre, at udsatte borgere får mad, et bad og rent tøj. Derudover handler omsorgs- og relationsarbejdet, og arbejdet i de særlige tilbud mere generelt, også om at udvise tålmodighed og fleksibilitet og om at tilpasse arbejdet til borgerens situation. Omsorgs- og relationsarbejdet er afgørende for at opnå kontakt med den socialt udsatte borger og for at opbygge og vedligeholde en god relation til borgeren og er desuden en forudsætning for at kunne arbejde med borgerens sundhed og helbred. Gennem dette omsorgs- og relationsarbejde kommer sygeplejersken til at spille en afgørende rolle som nøgleperson i den udsatte borgers liv.

Et andet centralt aspekt ved arbejdet i de særlige sundhedstilbud til socialt udsatte er sygeplejerskernes følgeskab – deres ledsager- og bisidderrolle – når socialt udsatte borgere er i kontakt med sundhedsvæsnets, og deres rolle som formidlere af borgernes livsfortælling til sundhedspersonalet. Følgeskabet til læge og hospital er både med til at sikre en overlevering af relevant information vedrørende borgerens helbred og eventuel behandling og til at mindske udsatte borgeres oplevelser med stigmatisering og diskrimination. Som ledsager og bisidder spiller sygeplejerskerne ydermere en central rolle i forhold til at sammenstykke og formidle borgerens livsfortælling til personalet i det etablerede sundhedsvæsen. Gennem denne formidling af borgerens historie opnås en højere grad af empati og forståelse for borgerens situation og en højere grad af fleksibilitet fra personalets side.

Et tredje karakteristisk træk ved sygeplejerskernes arbejde er et omfattende og tidskrævende koordinerings- og detektivarbejde, der helt konkret består i at ringe rundt til kommuner, herberger, banker, boligforeninger m.m. og foretage research på den socialt udsatte borgers fortid og fremtid. Koordinerings- og detektivarbejdet pågår blandt andet i forbindelse med den udsatte borgers udskrivelse fra et hospital i forhold til at finde ud af, hvem der kan hjælpe borgeren og løfte 'opgaven' efterfølgende. Det pågår også i de tilfælde, hvor den socialt udsatte borger vælger at forlade hospitalet før tid, og hvor sygeplejerskerne forsøger at følge op på borgerens situation og sikre en fremadrettet hjælp. For de sygeplejersker, som er ansat uden for hospitalsregi, som fx gadesygeplejersker, består koordineringsarbejdet derudover også i at samle og skabe sammenhæng mellem de ofte mange forskellige professionelle, der spiller en rolle i borgerens liv. Sygeplejerskerne bliver derved en slags organisatorisk lim, sådan som en informant beskriver det.

Koordinerings- og detektivarbejdet i og med kommunerne er særligt udfordrende og energi- og tidskrævende, fordi den kommunale organisering ikke matcher den udsatte borgers komplekse problemstillinger. Sygeplejerskerne efterspørger i den forbindelse dels et samlet kommunalt tilbud til socialt udsatte i form af eksempelvis en koordinator med overblik over kommunens tilbud til socialt udsatte og dels adgang til socialrådgiverbistand på hospitalerne.

Læringspunkter

I det følgende vil jeg udlede undersøgelsens vigtigste læringspunkter i forhold til at forstå, hvad der karakteriserer socialt udsattes møde og kontakt med sundhedsvæsnets og de udfordringer, der knytter sig hertil.

Udsathedens mangfoldighed og socialt udsattes overlevelsessevne

Undersøgelsen viser, at det at være socialt udsat langt fra er en ensartet tilstand eller oplevelse. Det dækker over vidt forskellige livsforløb og livssituationer og vidt forskellige fysiske, psykiske og sociale problemstillinger. Dertil kommer, at målgruppen af socialt udsatte ændrer og udvikler sig hele tiden. De interviewede sundhedsprofessionelle oplever således en stigning i antallet af socialt udsatte unge, udenlandske borgere og borgere med en dobbeltdiagnose, og beskriver samtidig disse grupper som særligt udsatte og i markant dårlig helbredstilstand. Undersøgelsen viser ydermere, at et dårligt helbred på mange måder synes at være et grundvilkår ved livet som socialt udsat, hvilket afspejler sig i den multisygdom (fysisk såvel som psykisk) og mangfoldighed af helbredsproblemer, som præger de fleste socialt udsatte. Dette understreger vigtigheden af at forstå og arbejde med social udsathed som et flerdimensionelt, processuelt fænomen, hvor helbredstilstanden udgør én central og betydningsfuld dimension af det at være socialt udsat. Undersøgelsen peger dog også på, at nogle socialt udsatte udviser en bemærkelsesværdig overlevelsessevne og -vilje, hvor de formår at ændre på netop helbredsdimensionen i deres liv og opnå et forbedret helbred som følge af fx misbrugsophør eller misbrugsreduktion – på trods af, at de på andre dimensioner og livsområder kan betegnes som betydeligt socialt udsatte. Dette vidner om en interesse for og vilje til at ville forbedre og tage vare på eget helbred blandt socialt udsatte. Denne vilje til forandring kompliceres dog ofte af, at de er fastholdt i nogle, for helbredet, skadelige omstændigheder og vilkår, og af, at deres forsøg på forbedring ikke altid anerkendes eller vurderes som hurtigt eller effektivt nok af sundhedspersonalet i sundhedsvæsnets. Dette handler mere grundlæggende om et mismatch mellem den socialt udsatte patients og sundhedspersonalets kulturelle sundhedskapital og hermed om den udsatte patients manglende mulighed for at mobilisere de, i et medicinsk perspektiv, rette kompetencer som eksempelvis en vedholdende og tilpas skyndsom udøvelse af selvdisciplin og proaktivitet i forhold til eget helbred.

Den praktiserende læge

En anden relevant indsigt er, at den praktiserende læge ikke synes at have samme vigtige rolle som indgang til det etablerede sundhedsvæsen for socialt udsatte som for den øvrige befolkning. De socialt udsatte i undersøgelsen har generelt meget sporadisk eller slet ingen kontakt til egen læge, og for dem, der indimellem bruger egen læge, opleves denne ofte som en fremmed, der mangler forståelse for, hvad det vil sige at leve i social udsathed. Undersøgelsen viser, at sygeplejerskerne i de særlige sundhedstilbud til socialt udsatte har afgørende betydning for at skabe og fastholde en stabil relation til den praktiserende læge. Den stabile relation fordrer ofte et vedholdende fod- og forhandlingsarbejde fra sygeplejerskernes side, hvor de blandt andet varetager kontakten med lægen og forhandler sig frem til en realistisk behandlings- og medicinplan for den udsatte borger. Undersøgelsen peger således på, at den grundlæggende sundhedsmodel, hvor primærsektoren og den praktiserende læge varetager den primære kontakt til borgeren, synes at væ-

re sat ud af spil for mange socialt udsatte. I stedet fungerer de særlige sundhedstilbud som det primære sundhedsvæsen for mange socialt udsatte.

Omkostninger til medicin

Omkostninger til medicin udgør en central udfordring for socialt udsatte, hvilket ofte betyder, at medicinen prioriteres fra til fordel for øvrige udgifter som fx mad, husleje, alkohol og stoffer. For nogle bidrager nedprioriteringen af medicin til et øget misbrug, hvor rusmidlerne bruges som selvmedicinering til at dulme fysiske og psykiske smerter – og dermed til en potentiel fastholdelse i, eller forværring af, en socialt udsat position. Også i relation til medicin spiller sygeplejerskerne i de særlige sundhedstilbud til socialt udsatte en central rolle, blandt andet fordi de, på vegne af den udsatte borger, forhandler sig frem til en realistisk medicinliste med den praktiserende læge eller hospitalslægen. Disse fund giver anledning til at overveje mulighederne for at indføre et større offentligt tilskud til medicin – eller gratis medicin – til socialt udsatte. Danmarks Apotekerforening (2013, 2017) har eksempelvis stillet forslag om, at medicintilskudsreglerne bør forenkles, så udgifterne til medicin for hver enkelt borger bliver udjævnet hen over et år i stedet for som nu, hvor man nogle måneder kan få tilskud og andre måneder må betale hele beløbet selv, fordi retten til tilskud skal optjenes på ny for hvert nyt tilskudsår. Ifølge foreningen kan dette forslag gennemføres, uden at det fører til en stigning i de offentlige udgifter til medicintilskud. Apotekerforeningen foreslår endvidere en større synlighed og forenkling i forhold til udsatte borgeres mulighed for at få kommunale tilskud til medicinen (Danmarks Apotekerforening 2013). Sådanne tiltag kunne formentlig bidrage til en øget lighed i brug af medicin for socialt udsatte.

Diskrimination og stigmatisering

Selvom undersøgelsen ikke finder tegn på, at der foregår en systematisk, intentionel diskrimination og stigmatisering af socialt udsatte i sundhedsvæsenet, rummer den en række konkrete eksempler på både stemping, stereotypificering, diskrimination og stigmatisering af socialt udsatte i deres møde med praktiserende læger, somatisk hospitalsvæsen og psykiatri. Diskriminations- og stigmatiseringsprocessen er betinget af situationen, af den udsatte borgers og den sundhedsprofessionelles indstilling og væremåde og af relationen mellem de to. Disse fund peger på et fortsat behov for øget viden om social udsathed og rusmiddelmisbrug blandt ansatte i sundhedsvæsenet (praktiserende læge, somatik og psykiatri) og hermed for mere uddannelse og faglig opkvalificering af sundhedspersonalet i forhold til at håndtere målgruppen af socialt udsatte.

Behov for forbedringer i psykiatrien

Undersøgelsen peger på, at mødet med psykiatrien for nogle socialt udsatte og sundhedsprofessionelle bliver en negativ oplevelse, der hænger sammen med, at det er vanskeligt at få udredt socialt udsatte patienter i psykiatrien, at de udskrives for hurtigt, at de ofte ender i langstrakte systemforløb, hvor de rundsendes mellem psykiatri, somatik og misbrugsbehandling, eller at udsatte borgere afvises af psykiatrien. Disse fund illustrerer et behov for et forbedret og mere længevarende psykiatrisk behandlingsforløb for særligt socialt udsatte som fx dobbeltdiagnosepatienter. Nogle sundhedsprofessionelle efterspørger også oprettelsen af flere deciderede dobbeltdiagnoseafdelinger i psykiatrien tilsvarende Afdeling M i Region Hovedstadens Psykiatri (hvortil der ifølge de sundhedsprofessionelle er lang ventetid). Endelig er der blandt de sundhedsprofessionelle stor efterspørgsel efter socialsygeplejersker i psykiatrien. Det er informanternes klare opfattelse, at en sådan løsning kunne bidrage til; 1) generelt at forbedre socialt udsattes forløb i psykiatrien, 2) at opkvalificere psykiatriens personale i forhold til at håndtere målgruppen, 3) at forbedre de særlige

tilbuds samarbejde med psykiatrien omkring udsatte borgere, 4) at sikre lydhørhed over for, og en bedre formidling af, den udsatte borgers historik og livsfortælling til det psykiatriske personale, og 5) at få adgang til faglig sparring med de psykiatriske fagprofessionelle.

Efterforløbet

Undersøgelsen giver værdifuld indsigt i, hvor skrøbeligt, vanskeligt og bekymrende efterforløbet efter en indlæggelse eller alvorlig sygdom er for nogle socialt udsatte. Fordi efterforløbet er så svært, kan et forløb i for eksempel hospitalsvæsnets netop være dét, som får deres i forvejen skrøbelige tilværelse til at vælte. Socialt udsattes muligheder for at restituere og komme sig efter sygdom er generelt få og dårlige, hvilket afspejler et udtalt behov for at etablere flere og mere længerevarende rekreative pladser målrettet socialt udsatte tilsvarende eksempelvis Omsorgscenter Thorsgade i København.

Sygeplejerskerne som nøglepersoner

Sygeplejerskerne i de særlige sundhedstilbud til socialt udsatte spiller en helt central rolle som nøglepersoner i udsatte borgers liv og har således afgørende betydning for borgernes sundhed, trivsel og livskvalitet og for kontakten til det etablerede sundhedsvæsen. De særlige sundhedstilbud leverer således nogle afgørende indsatser – sygeplejerskernes omsorgs- og relationsarbejde, fod- og forhandlingsarbejde, følgeskab og formidling af borgerens historik samt deres kontinuerede koordinerings- og detektivarbejde – indsatser, som er afgørende og nødvendige for at forbedre socialt udsattes helbred og kontakt til sundhedsvæsnets, og som netop ikke leveres af det etablerede sundhedsvæsen. Koordineringsarbejdet, og i særdeleshed koordineringen i forhold til kommunerne, er energi- og tidskrævende for sygeplejerskerne. De peger i den forbindelse på de forhold, der kunne lette dette arbejde; dels mulighed for socialrådgiverbistand i hospitalsregi og dels en udsatte-koordinator i kommunalt regi med overblik over kommunens tilbud til socialt udsatte.

Undersøgelsen viser desuden, at sygeplejerskerne i de særlige tilbud synes at have potentiale til at begrænse og forebygge genindlæggelser, fordi de gennem et grundigt og vedholdende fod- og forhandlingsarbejde får skabt realistiske og gennemførbare behandlingsforløb for syge udsatte borgere, som uden sygeplejerskernes indsats ville være i stor risiko for at blive genindlagt eller falde helt ud af systemet.

Et sundhedsvæsen med blik for det hele menneske

Disse fund vedrørende betydningen af de særlige sundhedstilbud til socialt udsatte indskrives i en mere generel diskussion: Er sådanne særlige tilbud et udtryk for, at det etablerede sundhedsvæsen ikke lever op til sit ansvar for forebyggelse og behandling af sygdom i *hele* befolkningen? Denne diskussion handler også om, hvorvidt de særlige sundhedstilbud som et slags parallelsystem risikerer at blive et alternativ snarere end et supplement til det eksisterende sundhedsvæsen.

De sundhedsprofessionelle, der indgår i denne undersøgelse, understreger, at de ser sig selv som et supplement – men også på mange måder som et uundværligt supplement til det øvrige sundhedsvæsen med dets nuværende organisering. Undersøgelsen rejser spørgsmålet, om der er behov for en overordnet gentænkning og omstrukturering af sundhedsvæsnets, hvis det skal kunne rumme målgruppen af socialt udsatte og den kompleksitet og de multisygdomme, der kendetegner gruppen. Sundhedsvæsnets er i dag organiseret med en høj grad af specialisering, fragmentering, prioritering af accelererede patientforløb og med forventningen om, at patienten tager ansvar for sit

helbred og sin behandling. Det er svært foreneligt med dét at være socialt udsat og multisyg. Som undersøgelsen peger på, risikerer sundhedsvæsnets nuværende organisering og iboende procedurer og rutiner at bidrage til en strukturel diskrimination af socialt udsatte. På trods af, at disse strukturelle forhold gælder for alle patienter, risikerer de at ramme socialt udsatte patienter særligt hårdt.

Det er vanskeligt at se, hvordan de særlige sundhedstilbud målrettet socialt udsatte på nuværende tidspunkt skal kunne undværes. Det kræver en gentænkning af sundhedsvæsnets med mindre fokus på effektivitet og større fokus på det hele menneske. Netop fordi socialt udsattes fysiske, psykiske og sociale problemstillinger er så komplekse og sammenfildrede, er det nødvendigt med et sundhedsvæsen, der ikke kun udsondrer og behandler specifikke helbredsproblemer, men møder, behandler og yder omsorg for den socialt udsatte patient og tager højde for udsathedens indbyggede kompleksitet.

Litteratur

Abel, T. (2007). Cultural capital in health promotion. I: McQueen, D. V., Kickbusch, I., Potvin, L., Pelikan, J. M., Balbo, L., Abel, T. (eds.). Health and modernity: the role of theory in health promotion. New York: Springer.

Ahlmark, N., Sørensen, I., Davidsen, M. og Ekholm, O. (2018). SUSY UDSAT 2017. Sundhedsprofil for socialt udsatte i Danmark og udviklingen siden 2007. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU.

Bourdieu, P. (1986). The Forms of Capital i Richardson, John G.: Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education. Connecticut: Greenwood Press.

Brinkmann, S. og Tanggaard, L. (red.) (2010). Kvalitative metoder. En grundbog. København: Hans Reitzels Forlag.

Christensen, U. og Larsen, J. E. (2012). Social udsathed og helbred. I Lund, R., Christensen, U. og Iversen, L. (red.) Medicinsk Sociologi. Sociale faktorerens betydning for befolkningens helbred. 2. udgave.

Danmarks Apotekerforening. (2013). Ulighed i medicin. Tre konkrete forslag til større social lighed i medicinanvendelsen. København: Danmarks Apotekerforening.

Danmarks Apotekerforening. (2017). Medicintilskuddet bør udjævnes. I: Farmaci, februar 2017. København: Danmarks Apotekerforening.

Desjarlais, R. (1994). Struggling along: The possibilities for experience among the homeless mentally ill. *American Anthropologist*, 96(4), 886-901.

Ersbøll, A. K., Kristensen, M. S., Tjørnhøj-Thomsen, T. og Ahlmark, N. (2017). Evaluering af Socio-lancen. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU.

Halkier, B. Fokusgrupper. (2002). Frederiksberg: Samfundslitteratur og Roskilde Universitetsforlag.

Hopper, K., Jost, J., Hay, T., Welber, S. og Haugland, G. (1997). Homelessness, severe mental illness and the institutional circuit. *Psychiatric Services* 48: 659–665.

Jacobsen, M. H., Jørgensen, A., og Svendsen-Tune, S. (2002). Sensitiv sociologi. I: M. H. Jacobsen, S. Kristiansen og A. Prieur (red.). Liv, fortælling, tekst. Strejftog i kvalitativ sociologi. Aalborg: Aalborg Universitetsforlag.

Johansen, K. S., Busch, S., Jeppesen, P. P, Mårtensson, S., Poulsen, H. og Larsen, J. L. (2018). Dobbelt diagnosepatienters møde med det psykiatriske behandlingssystem. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund* 28: 155-172.

Kickbusch, I., Pelikan, J. M., Apfel, F., Tsouros, A. D. (2013). *Health literacy, the solid facts*. WHO, 2013

Kvale, S. og Brinkmann, S. (2009). *Interview. Introduktion til et håndværk*. København: Hans Reitzels Forlag.

Larsen, J. E. (2009). Forståelser af begrebet social udsathed. Brandt, P., Henriksen, B. L., Jensen, K. B., Rasmussen, N. C. (red.) *Udsat for forståelse – en antologi om socialt udsatte*. København: Rådet for Socialt Udsatte.

Liamputtong, P. (2007). *Researching the vulnerable*. London: SAGE.

Link, B. G. og Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Reviews Sociology* 27: 363-385.

Ludvigsen, K. B. og Brünés, N. (2013). *Socialsygepleje i somatik og psykiatri*. Glostrup: KABS VIDEN.

Luhmann, T. M. (2006). Subjectivity. *Anthropological Theory* 6 (3): 345-361).

Luhmann, T. M. (2007). Social defeat and the culture of chronicity: Or, why schizophrenia does so well over there and so badly here. *Culture, Medicine and Psychiatry* 31: 135–172.

Maindal, H. T. og Vinther-Jensen, K. (2016). Sundhedskompetence (Health literacy) – teori, forskning og praksis. *Klinisk Sygepleje* 2016, 30 (1): 3-16.

Mik-Meyer, N. (2018). *Fagprofessionelles møde med udsatte klienter*. København: Hans Reitzels Forlag.

Mosher, L. og Burti, L. (1994). *Samfundspsykiatri. En praktisk håndbog*. København: Hans Reitzels Forlag.

Pedersen, P. V. (2009). Dårligt liv – dårligt helbred. *Socialt udsattes oplevelse af eget liv og sundhed*. København: Rådet for Socialt Udsatte.

Pedersen, P. V., Holst, M., Davidsen, M., Juel, K. (2012). *SUSY UDSAT 2012. Sundhedsprofil for socialt udsatte i Danmark 2012 og udviklingen siden 2007*. København: Rådet for Socialt Udsatte.

Pedersen, P. V. (2013). *Marginal health: Social relations, health and well-being among socially marginalized people in Denmark*. Ph.d.-afhandling. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU.

Pedersen, P. V., Hjelm, U., Høybye, M. T. og Rod, M. H. (2017). Can inequality be tamed through boundary work? A qualitative study of health promotion aimed at reducing health inequalities. *Social Science & Medicine* 185: 1-8.

Rådet for Socialt Udsatte. (2017). *Socialpolitisk grundlag*. København: Rådet for Socialt Udsatte, revideret version.

Shim, J. K. (2010). Cultural health capital: A theoretical approach to understanding health care interactions and the dynamics of unequal treatment. *Journal of Health and Social Behavior* 51 (1): 1-15.

Sundhedsstyrelsen. (2009). *Health literacy. Begrebet, konsekvenser og mulige interventioner*. København: Sundhedsstyrelsen.

Steffen, V. (2005). Erfaringspolitik - om brug af fortællinger i medicinsk antropologi. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, 2, 103-116.

Tjørnhøj-Thomsen, T. og Whyte, S. R. (2007). Feltarbejde og deltagerobservation. I Vallgård, S. og Koch, L. (red.). *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. (3. udgave udg., s. 87-115). Munksgaard.