

# Socialt udsattes møde med sundhedsvæsenet

Pia Vivian Pedersen  
Statens Institut for Folkesundhed

RÅDET FOR  
SOCIALT  
UDSATTE

ENSOMME  
GAMLES  
VÆRN 

# Formål med dagens oplæg

Præsentere udvalgte resultater fra to undersøgelser:

1. Socialt udsattes dødelighed og brug af sundhedsvæsenet fra 2007-2015
2. Socialt udsattes møde med sundhedsvæsenet



Pia Vivian Pedersen



Leise Strøbæk  
Michael Davidsen  
Pia Vivian Pedersen

Registerbaseret analyse af socialt udsattes dødelighed og brug af sundhedsvæsenet fra 2007-2015

I alt 1.957 socialt udsatte personer i alderen 16-79 år, som deltog i SUSY UDSAT 2007 og SUSY UDSAT 2012

Sammenligning med den øvrige befolkning

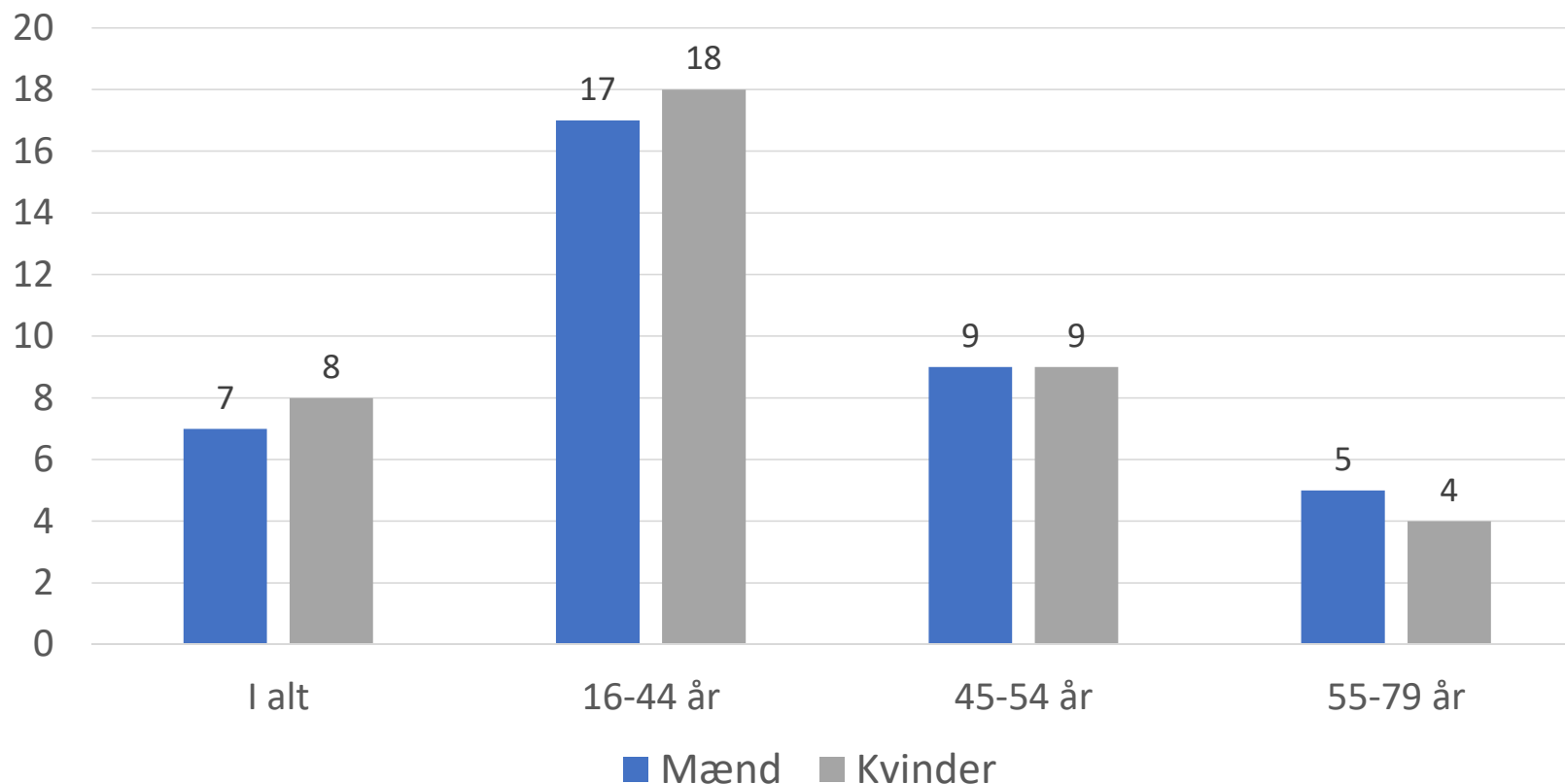


# Middellevetid 2015

	Socialtudsatte	Øvrig befolkning	Forskel
Mænd	59	78	19
Kvinder	65	82	17

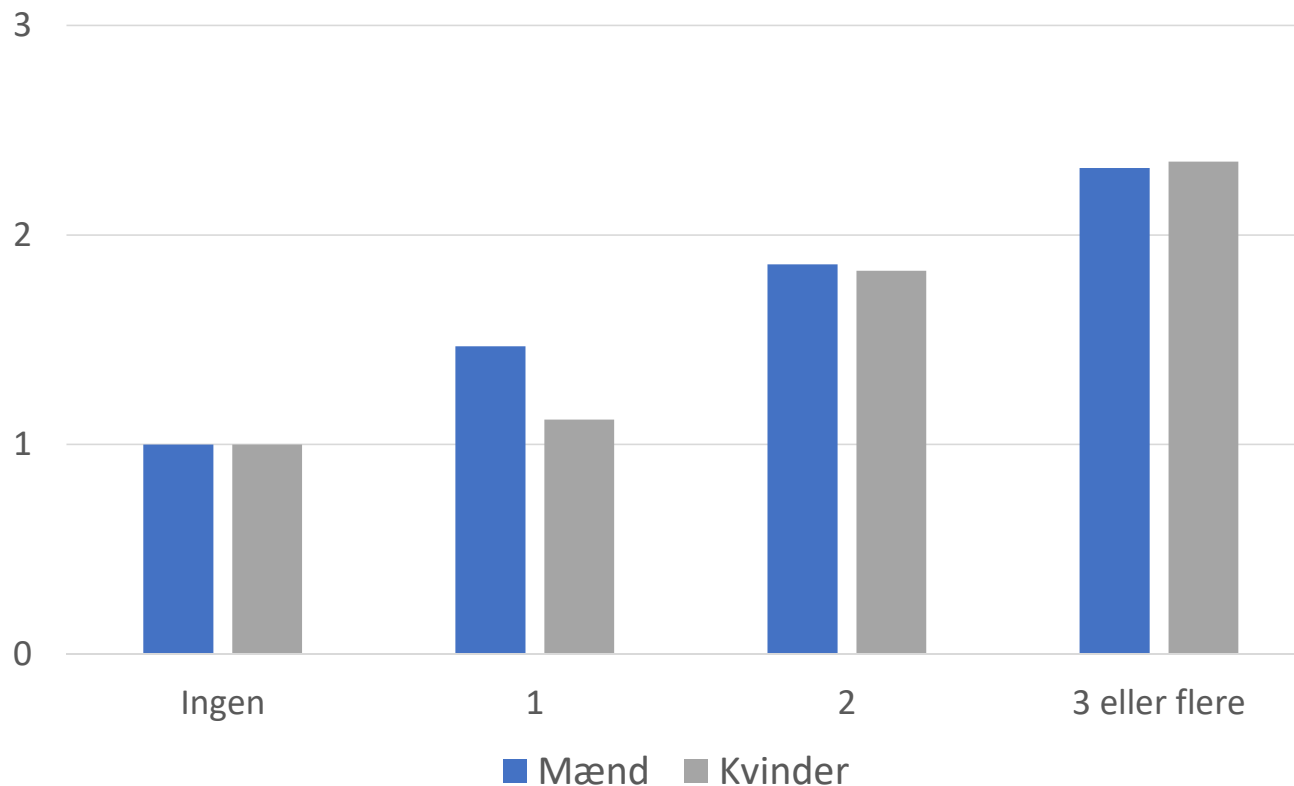
# Overdødelighed blandt socialt udsatte i forhold til den øvrige befolkning. 2007-2014

(Overdødelighed =1: ingen forskel mellem grupperne)



Antal døde 2007-2014: 295 mænd / 73 kvinder

# Overdødelighed og antal belastende livsomstændigheder



Belastende livsomstændigheder: Hjemløshed, fattigdom, sindslidelse, alkoholmisbrug, stofmisbrug

# Dødsårsager

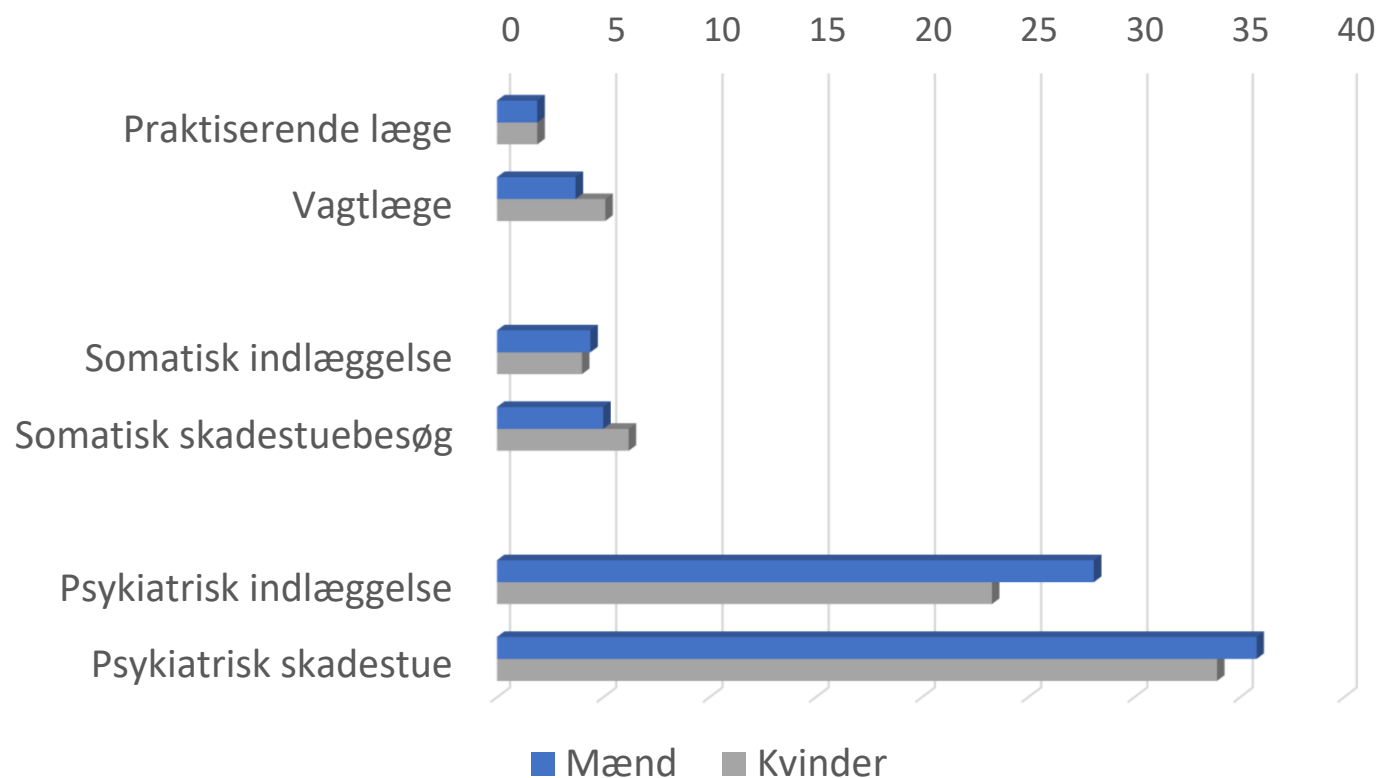
Sammenlignet med den øvrige befolkning har socialt udsatte en markant højere risiko for at dø af:

- alkohol- og stofmisbrugsrelaterede årsager
- sygdomme i åndedrætsorganerne
- øvrige, ikke-naturlige årsager (fx ulykker, selvmord, drab)

Dødeligheden som følge af stofmisbrug er fx 98 gange større for socialt udsatte mænd end for mænd i den øvrige befolkning

# Brug af sundhedsvæsenet

Overrisiko for kontakter til sundhedsvæsenet for socialt udsatte sammenlignet med den øvrige befolkning (1= ingen forskel ml. grupperne)



DOG: Socialt udsatte har et MINDRE forbrug af fx speciallæge og tandlæge sammenlignet med den øvrige befolkning



# Mødet med sundhedsvæsnet

Kvalitative interviews med:

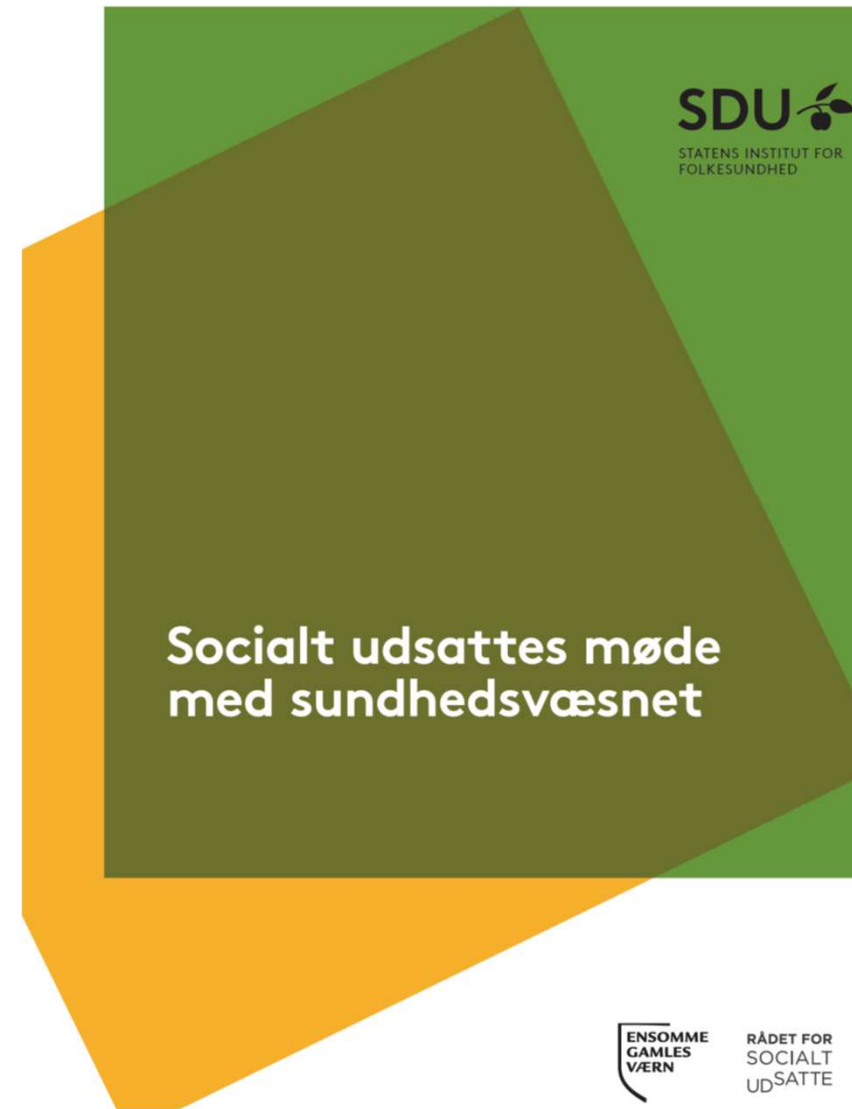
17 socialt udsatte

18 sundhedsprofessionelle, der arbejder med  
socialt udsatte

7 uformelle samtaleinterviews

Deltagerobservationer blandt socialt udsatte,  
bl.a. på herberg og sygeplejeklinik for socialt  
udsatte (ca. 13 timer)

Pia Vivian Pedersen



# Mødet med sundhedsvæsenet

Formål: hvad karakteriserer socialt udsattes møde og oplevelser med sundhedsvæsenet? (Praktiserende læge, somatisk hospitalsvæsen, psykiatri og særlige sundhedstilbud til socialt udsatte)

I dag: udvalgte resultater!

Vigtig, indledningsvis pointe:

- Nogle socialt udsatte *møder* kun sjældent, eller slet ikke, det etablerede sundhedsvæsen

## **Uddrag fra interview med en tidligere hjemløs mand, ukendt alder:**

**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. [...] Jeg stod og snakkede med [en hjemløs], som var én af dem, som har oplevet at blive tisset på, mens han lå og sov. Og 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. Og så er det, du giver meget op [...] For du føler simpelthen, at din personlige værdighed 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."*

**Positive oplevelser** med sundhedsvæsnet beror i høj grad på sundhedspersonalets fleksibilitet, kreativitet og tilpasning af forløbet til den udsattes patients særlige situation

75-årig mand, bor på herberg. Har kræft, men har sammen med læge og herbergssygeplejerske besluttet at afbryde kemobehandlingen:

*”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 datten. Så synes jeg – så kan det sgu være lige meget.”*

## Negative oplevelser med sundhedsvæsenet omfatter:

- Følelsen af at blive ignoreret, ikke at blive taget alvorligt, ikke blive lyttet til
- Oplevelsen af ikke at blive undersøgt grundigt nok
- Mere grundlæggende: at føle sig stemplet, diskrimineret, stigmatiseret på baggrund af misbrug, udseende, væremåde og tilhørssted

Interviewene indikerer, at det især er mennesker med et misbrug, der har disse negative oplevelser

# Stigmatisering og diskrimination

- Interviewene viser ingen tegn på, at der foregår en systematisk, intentionel stigmatisering og diskrimination af socialt udsatte i sundhedsvæsnen
- Flere sundhedsprofessionelle oplever, at der er sket en positiv udvikling i holdningen til målgruppen af socialt udsatte blandt personalet i sundhedsvæsnen
- DOG: tegn på personbåret diskrimination

# Personbåret diskrimination

**Socialsygeplejerske:** *”Det største problem, som jeg ser det lige nu i vores organisation, det er faktisk alkoholikere. De bliver sendt alt for hurtigt hjem. Men det er meget personbåret igen. Hvem er det lige, der er ’in charge’, ikke. Hvad er holdningen til det. [...] 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?”*

**Socialsygeplejerske:** *”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?”*

# Strukturel diskrimination

Procedurer, normer, rutiner i samfundets institutioner kan få en diskriminerende virkning, fx sundhedsvæsnets organisering, hospitalspersonalets arbejdsbetingelser

Disse forhold rammer alle – men rammer socialt udsatte særligt hårdt



# Manglende blik for det hele menneske

**Socialsygeplejerske:** *"Hvis vi kigger på vores eget system, altså hospitalssystemet. 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 afdeling 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 gange, 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 specialisering. [...]"*

*Det handler både om [personalets arbejds-]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. Altså, hvor jeg bare tænker, "hjælp".*

# Mødet med psykiatrien

Især baseret på de sundhedsprofessionelles erfaringer:

- Svært at få udredt udsatte patienter i psykiatrien
- Udsatte patienter udskrives (for) hurtigt
- Udsatte patienter ender ofte i langstrakte 'systemforløb', hvor de rundsendes mellem psykiatri, somatik og misbrugsbehandling
  - gælder især socialt udsatte med et misbrug eller med dobbeltdiagnose
- Nogle (af de mest socialt udsatte) får slet ingen hjælp af psykiatrien – de afvises fx af den psykiatriske akutmodtagelse

## Sygeplejerske:

*"Den er rigtig, rigtig svær, fordi 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. 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 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, hvor jeg 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 færdigbehandlet i psykiatrien, men han er stadig selvmordstruet og...". Men så er han ikke psykotisk. Så er dét vurderingen. 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 tænker... det er faktisk lidt uhåndgribeligt, hvornår man er psykiatrisk patient, ikke. [...] 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."*

## Sygeplejerske:

*”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. [...] 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...”*

# Mødet med psykiatrien

- Adskillelsen af psykiatri (region) og misbrugsbehandling (kommune), manglende samarbejde, ansvarsforskydning
- Den organisatoriske adskillelse bidrager ifølge de interviewede sundhedsprofessionelle til:
  - Oplevelse af en generel afstandtagen i psykiatrien til at udrede og behandle socialt udsatte med et misbrug
  - Oplevelse af en manglende interesse for, og viden om, socialt udsatte og rusmiddelmisbrug blandt psykiatriens personale

# Afrunding

## Diskrimination og stigmatisering:

- Fortsat behov for øget viden om socialt udsathed og rusmiddelmisbrug blandt sundhedsvæsnets personale
- Efterspørgsel på socialsygeplejersker i psykiatrien
- Strukturel diskrimination: sundhedsvæsnets organisering  
↔ social udsathed og multisygdom

## Sygeplejersker som nøglepersoner

”To verdener, der crasher”

*”... det er nok meget vigtigt at sige, at kodeordet er at magte. Det er ikke altid, de magter at komme ind i de der settings. Altså, vi kan jo selv mærke, når vi skal på hospitalet – hvor meget det kræver. Og hvis du så også skal ind og sidde dér og 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. 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 rigtig meget dét, det handler om. 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. De ved jo godt, hvad det kræver at leve sundt. De ved godt, at når man drikker mellem tre og fem liter vodka om dagen, så har ens lever det ikke godt, vel. Og vi er oppe i nogle mængder af alkohol [...] 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 Althea-bolsje og bede ham om at lægge sig ned og sove. Og mange af dem er jo slet ikke begyndt at fortælle om, at de også tager benzodiazepiner ved siden af. Så de der 50 mg risolid, de får, altså, det fungerer bare ikke, vel.”*

# Tak for opmærksomheden!

Tak til:  
Rådet for Socialt Udsatte  
Fonden Ensomme Gamles Værn

[pvp@sdu.dk](mailto:pvp@sdu.dk)