

Dårligt liv - dårligt helbred

Socialt udsattes oplevelse af eget liv og sundhed

Pia Vivian Pedersen



Dårligt liv – dårligt helbred
Socialt udsattes oplevelse af eget liv og sundhed

Pia Vivian Pedersen
Statens Institut for Folkesundhed, SDU

Copyright © Rådet for Socialt Udsatte
København, februar 2009

Gengivelse af uddrag, herunder figurer og citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse. Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende publikation, bedes sendt til Rådet for Socialt Udsatte.

Rapporten kan erhverves ved henvendelse til:
Rådet for Socialt Udsatte
Holmens Kanal 22
1060 København K

Tlf. 33 92 47 04
E-mail: post@udsatte.dk
www.udsatte.dk

Forord

SUSY UDSAT – Rådet for Socialt Udsattes Sundheds- og Sygelighedsundersøgelse 2007 - bekræftede den anelse, vi havde: De socialt udsatte har det dårligt både fysisk og psykisk. Men at forskellen er så markant mellem de udsatte og befolkningen som helhed er decideret skræmmende. Alvorlige tandsmerter, hjerteproblemer, nedsat førlighed samt i de sorteste stunder en følelse af et forspildt liv, som er forsøgt endt flere gange. Skal man finde noget positivt ved undersøgelsens dystre resultater, må det være, at den har været med til at sætte fokus på den sociale ulighed i sundhed. En ulighed som regeringens forebyggelseskommission vil komme med forslag til løsninger på i sin rapport, som udkommer i slutningen af marts måned 2009.

Rådet har fulgt den taltunge SUSY UDSAT undersøgelse op med denne kvalitative interviewundersøgelse af de udsattes oplevelse af eget liv og sundhed. Formålet har været at uddybe og nuancere billedet af socialt udsattes sundhed ved hjælp af deres egne livsfortællinger om forskellige gennemgående sundhedstemaer. Ligesom tilfældet var det med SUSY UDSAT, er det Statens Institut for Folkesundhed, SDU, der har gennemført undersøgelsen og skrevet rapporten. Rådets sundhedsgruppe har bidraget med kritiske røster og konstruktive forslag undervejs i processen.

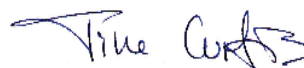
Menneskeskæbnerne er mange og meget forskellige, men fælles for dem alle er, at grænserne for, hvad der helbredsmæssigt tolereres og accepteres, hele tiden flyttes, og at et dårligt helbred på mange måder opleves som et grundvilkår ved livet som socialt udsat. På samme tid opleves helbredsmæssige og sociale problemer som selvforskyldte snarere end som forårsaget eller fremmet af uheldige og urimelige livsbetingelser. Dette forhold er tankevækkende og langt fra WHO's definition af sundhed som: "En tilstand af fuldstændig fysisk og socialt velbefindende og ikke blot fravær af sygdom eller svækkelse." Der er stor forskel på en sådan idealtilstand og eksempelvis Adam, en stofmisbruger, der i interviewet fortæller om sine tilbagevendende hjertekramper:

"Jeg tør ikke at trække vejret, fordi det gør så ondt at trække vejret.
Jeg ved, det går over, men det er blevet værre. Altså, det tager længere og længere tid, før det går over."

En særlig tak skal rettes til undersøgelsens interviewpersoner. Herudover takker vi kontaktpersonerne på de forskellige væresteder, herberg og øvrige sociale tilbud for deres hjælp og velvilje i forbindelse med gennemførelsen af undersøgelsen.



Preben Brandt
Formand
Rådet for Socialt Udsatte



Tine Curtis
Forskningsleder
Statens Institut for
Folkesundhed, SDU

Indholdsfortegnelse

Indledning	6
Baggrund og formål med undersøgelsen	6
Om analysen	7
Om resultater	7
Præsentation af de interviewede	10
Typiske helbredsproblemer	14
Problemer med hjerte, lunger og lever	15
Problemer med ben og fødder	17
Misbrugsrelaterede ulykker og skader	18
Dårligt liv - dårligt helbred	22
Vurdering af eget helbred	23
Jo flere sociale belastninger, desto dårligere helbred	24
Tanker om det udsatte livs helbredsmæssige konsekvenser	27
Ondt i økonomien – ondt i tænderne	31
Brug af tandlæge	34
Kontakten til sundhedsvæsenet – en broget affære	37
Hvad fremmer og hindrer, at de socialt udsatte tager kontakt til sundhedsvæsenet?	38
Mødet med sundhedsvæsenet	43
Det psykiske er det hårdeste – at leve et uværdigt liv	50
Psykisk sygdom	54
Seksuelle problemer og overgreb, vold og selvmordsforsøg – de værste sider af livet	57
Seksuelle problemer og overgreb	57
Vold	58
Selvmordsforsøg	61
Barndommens svigt – voksenlivets ar	63
Skrøbelige relationer til børnene – en høj pris at betale	67
Konklusion	72
Metode	79

Indledning

Baggrund og formål med undersøgelsen

Nærværende rapport beskriver resultaterne af en kvalitativ interviewundersøgelse om socialt udsattes sundhed. Socialt udsatte defineres her som hjemløse, alkohol- eller stofmisbrugere, sindslidende eller prostituerede. Undersøgelsen udgør tredje delprojekt i en større sundhedsundersøgelse blandt socialt udsatte i Danmark, som Rådet for Socialt Udsatte har bedt Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, om at gennemføre.

Første delprojekt blev udarbejdet i 2007 og var et litteraturstudium samt analyser af eksisterende undersøgelser vedrørende socialt udsattes sundhed: "Hvad ved vi om socialt udsattes sundhed?". I april 2008 blev andet delprojekt offentliggjort: "SUSY UDSAT – Sundhedsprofil for socialt udsatte i Danmark 2007". Baggrunden for dette projekt var en spørgeskemaundersøgelse gennemført blandt brugere på væresteder, herberger og andre sociale tilbud i hele Danmark. Undersøgelsen havde til formål at give en detaljeret beskrivelse af sundheds- og sygelighedstilstanden blandt hjemløse, sindslidende, alkohol- og stofmisbrugere og fattige. Samtidig havde undersøgelsen til formål på en lang række parametre at sammenligne de socialt udsattes sundhed med sundheden i den øvrige danske befolkning, som den fremstår i Sundheds- og Sygelighedsundersøgelsen 2005. SUSY UDSAT viste, at de socialt udsatte grupper på alle målene for sundheds- og sygelighedstilstand var markant dårligere stillet end den øvrige danske befolkning.

Dette tredje delprojekt omfatter en kvalitativ undersøgelse af socialt udsattes sundhed og sygelighed baseret på interviews med socialt udsatte. Rapporten skal ses i forlængelse af SUSY UDSAT og har til formål at uddybe og nuancere billedet af socialt udsattes sundhed og hermed uddybe resultaterne af spørgeskemaundersøgelsen. I et spørgeskema baseres svar på faste svarkategorier, og svarpersonen har ikke mulighed for at nuancere sit svar. Med kvalitative interviews er det muligt at gå i dybden med et emne, komme bag om de "tørre tal" og forsøge at forstå betydningen af disse. Og endnu vigtigere: man får mulighed for at forstå verden ud fra den interviewedes synspunkt. Dette er således også formålet med nærværende undersøgelse: at uddybe billedet af socialt udsattes sundhed ved hjælp af de socialt udsattes egne fortællinger om helbred, sygdom og livssituation.

Om analysen

Der er gennemført i alt 25 interviews med socialt udsatte, der i større eller mindre grad har tilknytning til herberger, væresteder, natcaféer eller andre sociale tilbud i København, Aalborg og Saksøbing. De interviewede kan alle betegnes som socialt udsatte på den måde, at de er hjemløse, alkohol- eller stofmisbrugere, sindslidende, prostituerede eller mere typisk; at de oplever at leve med flere af disse sociale belastninger.

Analysen er inddelt i otte temaer, der her i rapporten præsenteres således, at hvert tema indledes med en grå tekstboks, der viser resultater fra SUSY UDSAT-undersøgelsen vedrørende det pågældende emne. Tekstboksen indeholder desuden en kort præsentation af omdrejningspunktet for analysen og det spørgsmål, eller den undren, som er opstået på baggrund af SUSY UDSAT resultaterne. Endelig beskrives det i tekstboksen, hvorledes interviewene bidrager til at svare på spørgsmålet og hermed supplerer spørgeskemaresultaterne. Under tekstboksen følger interviewanalysen, og denne afsluttes med en kort opsamling. Med henblik på at sikre interviewpersonernes anonymitet er alle person- og stednavne ændret.

Analysen af de otte temaer er baseret på de interviewedes egne fortællinger og oplevelser. Det centrale er således de socialt udsattes selvoplevede helbred, og hvordan de oplever og lever med eventuelle helbredsproblemer, selvmordsforsøg, relationer til børnene og så videre. Analysen er hermed også baseret på et øjebliksbillede af de interviewedes livssituation, hvor de selv har kunnet bestemme, hvad der skulle fortælles og ikke skulle fortælles.

Om resultater

I det følgende præsenteres rapportens hovedresultater.

SUSY UDSAT viste, at socialt udsattes fysiske helbred er markant dårligere end den øvrige befolknings, og dette gælder uanset hvilket mål for sygelighed, der anvendes. Dette afspejles ligeledes i interviewene, der viser, at de socialt udsattes fysiske helbredsproblemer er omfattende og forskelligartede. Interviewpersonerne fremhæver dog nogle helbredsproblemer mere end andre. Det drejer sig om problemer med hjerte, lunger og lever, problemer med ben og fødder samt misbrugsrelaterede skader og ulykker.

Besvarelserne fra SUSY UDSAT viste, at socialt udsattes helbred og trivsel gradvist forværres, når antallet af belastende livsomstændigheder som alkohol- eller stofmisbrug,

hjemløshed, sindslidelse eller fattigdom, øges. Det samme mønster genfindes i interviewene, der desuden giver et nærmere indblik i de socialt udsattes refleksioner om deres helbred og sociale situation. De fleste har en klar bevidsthed om konsekvenserne af det hårde liv som socialt udsat; risikoen for et dårligere helbred og i sidste ende at dø tidligt. De interviewedes fortællinger vidner om, at grænserne for, hvad der helbredsmæssigt tolereres og accepteres hele tiden flyttes, og at et dårligt helbred på mange måder opleves som et grundvilkår ved livet som socialt udsat.

Både SUSY UDSAT og de kvalitative interviews viser, at de socialt udsatte generelt har en dårlig tandsundhed, det vil sige dårlige tænder, tandpine, smerter og problemer med at tygge mad. Trods de mange tandproblemer, er det de færreste, der går regelmæssigt til tandlæge, og interviewpersonerne fortæller, at en dårlig økonomi udgør den største barriere herfor. Enkelte siger i denne forbindelse, at de føler sig klemt i systemet, fordi de er selvfungerede til at kunne modtage gratis tandlægehjælp men samtidig er for dårligt stillede til selv at kunne betale for tandlægebesøget.

SUSY UDSAT viste, at de socialt udsatte grupper oftere end den øvrige befolkning har haft kontakt til sundhedsvæsenet inden for en periode på tre måneder. Interviewene afspejler dog en mindre entydig tendens, idet nogle fortæller, at de kun tager kontakt, når deres helbredsmæssige situation er ekstrem og andre, at de slet ikke eller kun meget sjældent er i kontakt, fordi de nærer en grundlæggende mistillid til sundhedsvæsenet på grund af tidligere, dårlige erfaringer. I relation til selve mødet med sundhedsvæsenet, fortælles om erfaringer med at blive mødt med en nedladende tone, en mindre grad af imødekommenhed og i enkelte tilfælde også en nedværdigende eller manglende behandling fra sundhedspersonalets side. Enkelte interviewpersoner har også positive erfaringer med sundhedsvæsenet.

Ifølge SUSY UDSAT har mange socialt udsatte et dårligt psykisk velbefindende og et dårligt psykisk helbred. Næsten alle de interviewede fortæller, at de har det dårligt psykisk, mens enkelte fortæller om egentlige psykiske sygdomme. Interviewene giver samtidig en nærmere indsigt i, hvordan det opleves at leve som socialt udsat. De interviewede beskriver tilværelsen som præget af stress, ensomhed, angst og lavt selvværd, og hovedparten fortæller, at 'det psykiske' er det hårdeste ved livet som socialt udsat. For hovedparten hænger de psykiske belastninger sammen med en følelse af at leve et liv, der er uværdigt, skamfyldt og i de sorteste stunder føles forspildt og som et liv, der slet ikke er.

Af SUSY UDSAT fremgik det, at de socialt udsatte trives dårligt, og at de trives markant dårligere end den øvrige, danske befolkning. Den dårlige trivsel og livskvalitet genfindes i interviewene og afspejles i særdeleshed i fortællinger om seksuelle problemer og overgreb, udsathed for vold samt selvmordsforsøg. De seksuelle problemer omfatter rejsningsproblemer, manglende lyst til sex og følelsesmæssige barrierer. Hyppige eller jævnlige oplevelser med vold beskrives af næsten alle, og vold synes at være et vilkår ved livet som socialt udsat. Enkelte interviewpersoner har forsøgt selvmord mindst én gang, og de forklarer det med følelsen af ikke længere at orke leve et uværdigt liv.

SUSY UDSAT indeholdt ingen spørgsmål om opvækstmiljø. Fortællinger om opvækstmiljøet har ofte udgjort en del af interviewene, og der fortælles om negative oplevelser, der spænder vidt fra vold, seksuelle overgreb, gentagne svigt, manglende opmærksomhed og tryghed, ustabilitet, erfaringer med misbrugende forældre, til følelser af at være anderledes, udenfor og trist. Disse oplevelser har sat sig sine spor, således at de interviewede stadig oplever at være psykisk mærkede heraf som voksne.

Ifølge SUSY UDSAT har socialt udsatte markant dårligere sociale relationer end den øvrige befolkning, men spørgeskemaundersøgelserne kunne ikke give et nærmere indblik i, hvordan de socialt udsatte oplever den manglende kontakt til familien. Interviewene viser, at forholdet til børnene er særdeles vigtigt, og at dette forhold ofte er skrøbeligt og præget af sjælden kontakt. De skrøbelige relationer til børnene påvirker det psykiske velbefindende og giver følelser af frustration, skam, dårlig samvittighed og vrede. Samtidig fortæller enkelte af de interviewede, at det netop er børnene, der holder dem i live.

Sammenfattende bekræfter interviewene den markant dårlige sundhedstilstand blandt socialt udsatte, som spørgeskemaundersøgelsen, SUSY UDSAT, viste. Samtidig uddyber, nuancerer og supplerer interviewene billedet. Det er uomtvisteligt, at socialt udsattes fysiske helbred generelt er meget dårligt, og der er en tydelig sammenhæng mellem graden af social udsathed og helbredstilstanden. Interviewene giver det indtryk, at et dårligt helbred på mange måder opleves som et grundvilkår ved tilværelsen, som de socialt udsatte må leve med på bedste vis. Hertil kommer, at kontakten til sundhedsvæsnets for mange socialt udsatte er en broget affære. Flere fortæller om negative oplevelser, eksempelvis i form af nedladende kommentarer og manglende imødekommenhed fra sundhedspersonalets side. De dårlige erfaringer skaber mistillid og har betydet, at nogle socialt udsatte undlader at tage kontakt til sundhedsvæsnets, selv om de har behov for behandling. En begrænset kontakt kan også være foranlediget af et massivt misbrug eller ensomhed og en manglen-

de kontakt til andre mennesker, der kan hjælpe med eventuelle praktiske problemer i forbindelse med sygdommen. Som barriere for kontakten til tandlæge står en dårlig økonomi som altoverskyggende - også hos de interviewede med svære tandproblemer. Interviewene viser desuden, at socialt udsatte – foruden en oplevelse af at være socialt og fysisk mærkede – i særdeleshed også oplever at være psykisk mærkede af det liv, de lever. Som nogle interviewpersoner fortæller, er 'det psykiske' det hårdeste ved livet som socialt udsat, der opleves som et ensomt, stresset og angstfyldt liv. Det psykiske velbefindende påvirkes endvidere stærkt af dårlige oplevelser i opvæksten, af udsathed for vold og andre voldsomme, negative oplevelser i voksenlivet såvel som af skrøbelige relationer til børnene og et ofte håbløst, fremtidigt perspektiv i forhold til at fjerne sig fra en socialt udsat situation.

Præsentation af de interviewede

Den følgende præsentation er baseret på de interviewedes egne beskrivelser.

Adam

41 år. Er stofmisbruger og hjemløs og har været det, siden han var i starten af 30'erne. Bor på et herberg. Er enlig. Har ingen børn. Er uddannet kok.

Anders

37 år. Er stofmisbruger og i behandling, har på interviewtidspunktet været stoffri i tre måneder. Har været misbruger siden 14-15-års alderen. Bor i lejlighed. Har en kæreste. Har et barn på 13 år, som han ikke har kontakt til. Er uddannet social- og sundhedshjælper.

Anne

25 år. Er tidligere stofmisbruger. Begyndte sit misbrug, da hun var 13 år og har på interviewtidspunktet været stoffri i to-tre år. Bor i lejlighed. Har en kæreste, men har ingen børn. Har ingen uddannelse.

Asgar

49 år. Er stofmisbruger og har været det siden, han var i midten af 20'erne. Har tidligere været pusher og haft flere massageklinikker. Bor i lejlighed og kommer dagligt på et værested. Er enlig. Har en søn, som han har sporadisk kontakt til. Har ingen uddannelse.

Birgit

46 år. Er psykisk syg, stofmisbruger og tidligere alkoholiker. Har været misbruger, siden hun var 11 år. Har en overgang arbejdet som prostitueret. Bor på et alternativt plejehjem. Er enlig. Har to børn og et barnebarn. Hun har jævnligt kontakt til dem alle. Er uddannet sygehjælper.

Daniel

37 år. Er stofmisbruger og hjemløs. Har været misbruger siden 19-års alderen med en stoffri periode på seks år. Er på interviewtidspunktet for nyligt begyndt at misbruge igen. Har på interviewtidspunktet ikke et fast tilholdssted. Har en kæreste. Har to børn, som han har sporadisk kontakt til. Har ingen uddannelse.

Danny

44 år. Er psykisk syg, stofmisbruger og tidligere alkoholiker. Har haft et misbrug siden 10-års alderen. Bor i lejlighed med sin kone, som han har været sammen med i 13 år. Har ingen børn. Har ingen uddannelse. Er førtidspensionist.

Erik

45 år. Er alkoholiker og hjemløs. Har haft et alkoholmisbrug siden 15-års alderen. Bor på interviewtidspunktet på herberg. Er enlig, men har indtil for relativt nyligt boet sammen med en kæreste. Har ingen børn. Er uddannet inden for godstransport.

Henrik

50 år. Er hjemløs. Fik en depression, da han var 48 år og blev herefter hjemløs. Bor på herberg. Er separeret og har tre børn, som han har kontakt til. Er uddannet sociolog, akupunktør og alternativ behandler.

Jakob

41 år. Er tidligere stofmisbruger. Startede sit misbrug, da han var 14 år. Har været stoffri i cirka to år. Bor i lejlighed. Er enlig. Har et barn, som han jævnligt ser. Har ingen uddannelse. Er førtidspensionist.

Jens

48 år. Er hjemløs og alkoholiker. Har været hjemløs og landevejsridder størstedelen af sit liv. Bor på interviewtidspunktet på herberg. Har en kæreste. Har ingen børn. Har ingen uddannelse.

Johnny

41 år. Er hjemløs, alkoholiker og tidligere stofmisbruger. Har på interviewtidspunktet ikke noget fast tilholdssted, overnatter blandt andet på natcaféer. Er enlig. Har to børn, som han kun har sporadisk kontakt med. Har ingen uddannelse.

Jonas

34 år. Er stofmisbruger og hjemløs. Har på interviewtidspunktet intet fast tilholdssted, overnatter blandt andet på natcaféer. Er enlig. Har to børn, som han ikke har kontakt med. Har mange uafsluttede uddannelser.

Kaj

46 år. Er alkoholiker og hjemløs. Har i lange perioder gået på landevejene. Bor på interviewtidspunktet på herberg. Er gift og har været sammen med sin kone i 16 år. Har syv børn, som han har sporadisk kontakt til. Har ingen uddannelse.

Karen

45 år. Er tidligere alkohol- og stofmisbruger. Har været stoffri i 2½ år. Startede sit misbrug i 14-års alderen. Bor i lejlighed. Er enlig, har to børn, som hun jævnligt ser. Er uddannet butiksassistent.

Kasper

43 år. Er alkoholiker og hjemløs. Har startet sit alkoholmisbrug relativt sent i livet. Har egen lejlighed, men kan ikke holde ud at bo der, så han bor på herberg. Er enlig. Har tre børn, som han ikke har kontakt til. Er udlært kommis.

Knud

62 år. Er alkoholiker. Bor på et alternativt plejehjem og har gjort det i to år. Er enlig. Har et barn, som han indimellem snakker med. Er uddannet tømrer og landmåler.

Maria

35 år. Er stofmisbruger og prostitueret. Har haft et misbrug siden 12-års alderen og har arbejdet som prostitueret siden 16-års alderen. Bor i lejlighed. Har en kæreste, men har ingen børn. Har ingen uddannelse.

Mogens

62 år. Er hjemløs og har et mindre, ikke-dagligt alkoholmisbrug. Bor på herberg. Er enlig. Har to børn og en ekskone, som han jævnligt ser. Uddannet værktøjsmager.

Ole

37 år. Er hjemløs og tidligere alkohol- og stofmisbruger. Har været misbruger, fra han var 8 år, til han var 34 år. Bor på herberg. Har en kæreste, som har to børn fra et tidligere forhold. Parret har ét fælles barn. Han har endvidere tre børn, som han ikke har kontakt til. Har ingen uddannelse.

Palu

40 år. Er alkoholiker og hjemløs. Har drukket siden, han var 16 år. Bor på et herberg. Er enkemand. Er født på Grønland og har en stedsøn på Grønland, som han ikke har kontakt til. Har ingen uddannelse.

Poul

59 år. Er hjemløs og har et mindre, ikke-dagligt alkoholmisbrug. Bor på herberg. Er enlig. Har to børn og to stedbørn, som han tilsyneladende kun har begrænset kontakt til. Er udlært murer.

Stig

44 år. Er psykisk syg, stofmisbruger og tidligere alkoholiker. Har de sidste fem år boet i et permanent botilbud. Er enlig. Har ingen børn. Har ingen uddannelse.

Thomas

33 år. Er hjemløs. Bor på herberg. Er enlig. Har ingen børn. Har ingen uddannelse.

Ulrik

44 år. Er stofmisbruger og har været det siden 15-års alderen. Bor i hus. Lever alene. Har ingen børn. Har ingen uddannelse.

Typiske helbredsproblemer

SUSY UDSAT viser, at socialt udsattes fysiske helbred er markant dårligere end den øvrige befolknings. Dette gælder uanset hvilket mål for sygelighedstilstanden, der anvendes, og helbredsproblemerne omfatter således både problemer med indre organer såvel som smerter og ubehag i blandt andet ben, arme og mave. Eksempelvis har 11 % blandt de socialt udsatte været meget generet af hurtig hjertebanken inden for en 14-dages periode mod 1 % i den øvrige befolkning. 14 % blandt de socialt udsatte angiver at have kronisk bronkitis og/eller KOL mod 3 % i den øvrige befolkning. Samtidig har 31 % blandt de socialt udsatte været meget generet af smerter eller ubehag i arme, hænder, ben, knæ, hofter, led eller fødder mod 12 % i den øvrige befolkning.

De i interviewene beskrevne helbredsproblemer er i overensstemmelse med de sygdomme og helbredsproblemer, som er fremtrædende i SUSY UDSAT. I interviewene uddyber og nuancerer de socialt udsatte deres fysiske helbredsproblemer, men nogle helbredsproblemer fremhæves mere end andre.

I det følgende beskrives og uddybes de socialt udsattes egne fortællinger om typiske helbredsproblemer. Det beskrevne har dermed ikke som formål at identificere antallet eller omfanget af diagnosticerede sygdomme, men snarere at beskrive den gråzone af hverdagslige helbredsproblemer, som de socialt udsatte lever med. Fortællingerne om det fysiske helbred kan heller ikke antages at være udtømmende. Der er således ingen garanti for, at de interviewede har fortalt udtømmende om deres helbred. Der er tale om et øjebliksbillede, hvor de interviewede selv har besluttet, hvad der skulle fortælles og ikke skulle fortælles.

Overordnet set er det et negativt og trist billede, der tegner sig af de socialt udsattes fysiske helbredsproblemer. Det er typisk, at de ikke bare har ét helbredsproblem, men flere. For de allermost udsatte interviewpersoner er det meste af interviewet en lang opremsning af sygdomme og helbredsproblemer. De interviewedes helbredsproblemer omfatter blandt andet: hepatitis C, blodpropper, HIV, mavesår, hjerneblødning, hjerteproblemer, vejrtrækningsproblemer, knogleskørhed, slidgigt, grå stær, diabetes, epilepsi, astma, allergi, rosen, infektioner og sår, voldsskader, skader fra faldulykker og problemer med hukommelsen.

De socialt udsatte oplever således at have mange forskelligartede helbredsproblemer. De fortæller, at de kan mærke de helbredsmæssige konsekvenser af det hårde liv, de har

levet som henholdsvis alkoholikere, stofmisbrugere, hjemløse – eller mere typisk: en kombination af disse. Der fortælles i flere tilfælde om et mangeårigt liv som socialt udsat. Maria siger for eksempel, at hun er *"begyndt at kunne mærke det på sin krop nu"*, og at hun *"har taget skade"* af det liv, hun har levet som stofmisbruger og prostitueret. For alkoholikerne og stofmisbrugerne er der problemer med hukommelsen. De har svært ved at huske og svært ved at holde koncentrationen i længere tid. Der fortælles også om træthed og problemer med at få tilstrækkeligt med søvn. I visse tilfælde hænger dette sammen med, at de bor på et herberg eller lignende, hvor der sjældent er ro, og hvor nogle deler værelse med andre.

Problemer med hjerte, lunger og lever

Der fortælles i interviewene om hjerte- og lungeproblemer. Kaj har haft astma hele sit liv og tog tidligere medicin herfor. Det gør han ikke mere, og han fortæller, at han helst skal sidde op og sove, da han ellers ikke kan få luft. Palu kan mærke, at hans helbred *"skråner"* på den måde, at hans *"puls galoperer"*, og at hans *"vejrtrækning ikke er for god"*. Jens fortæller, at hans helbred *"ikke er så godt, som det har været"*:

"Der er jo det der med vejrtrækningen og skidt og lort med alt det der, man har indtaget af sprut... og så ryger der mange af dem her [cigaretter]. Ja, da jeg var ude på gaden, der var det nok en 80 stykker om dagen. Dagligt.

Interviewer: Så det kan du godt mærke på din vejrtrækning?

Ja, man kan da godt mærke det, og jeg kan også sommetider mærke det i brystkassen. I kroppen i det hele taget, ikke". (Jens)

Jens fortæller herefter om en episode, hvor han fik det meget dårligt, fordi han havde vand i lungerne. Han havde ondt, så han *"hverken kunne gå, sidde, stå eller ligge i sengen"*.

Karen har også haft lungeproblemer. Hun siger: *"Jeg røg så meget dope, at mine lunger var ved at stå af"*. Hun har på interviewtidspunktet været stoffri i 2½ år, men fortæller, at hun, da hun var aktiv stofmisbruger og op til et år efter, hun blev stoffri, hostede *"som en sindssyg"* og hostede *"sort slim"*.

Adam fortæller: *"Jeg har noget tilbagevendende med mit hjerte"*. Han beskriver det senere i interviewet som hjertekramper, der er tiltaget med årene:

"Før i tiden var det bare sådan nogle lette kramper, der gik over i løbet af kort tid... men nu kan jeg begynde at mærke, når det kommer. Og det gør bare så satans ondt. [...] Og det kan altså være... 10-20 minutter. [...] Jeg tør ikke at trække vejret, fordi det gør så ondt at trække vejret. [...] Jeg ved, det går over, men... [...] det er blevet værre. Altså, det tager længere og længere tid, før det går over. Så derfor er det virkelig sådan noget... åh [sukker dybt]". (Adam)

De stofmisbrugende interviewpersoner fortæller om, hvordan de kan mærke det på leveren, hvis de har været "for hårdt på stoffer". Så får de ondt i leveren. I alt fire interviewpersoner fortæller, at de har smitsom leverbetændelse (hepatitis C). Den nu 35-årige Maria fik konstateret sygdommen som 21-årig, fordi hun "var så dum at dele kanyle". Hun fortæller:

"Jeg havde mange smerter. Jeg synes, det var i maven, men jeg tænkte jo ikke over leveren der. [...] Men... lige pludselig, jeg tisede, så kiggede jeg, jeg fik et chok. [...] Der havde jeg både tiset og... bummelum, ikke. Og det lignede... havregryn med... kaffe over. [...] Så tænkte jeg, ok, der er noget galt. Min bæ skal ikke være hvid, og min tis skal ikke være sort. Sådan var det. Det var vendt fuldstændig om [...] så jeg røg på hospitalet med det samme. [...] Så på 3 uger var jeg rask igen. [...] Der gik 4 uger, så sad jeg med nålen i armen igen [griner]. Så havde jeg glemt det". (Maria)

Maria fortæller videre, at hun har fået at vide, at sygdommen meget vel kan komme i udbrud igen, og hvis den gør, så er chancen for, at hun overlever, ikke stor.

Stofmisbrugerne fortæller, at de er meget bevidste om smittefaren i det udsatte miljø, de færdes i, og at de er meget opmærksomme på hygiejne. Jonas fortæller følgende:

"Jeg har ikke nogen sygdomme. Jeg har heller ikke fået hepatitis eller nogen af alle de der leversygdomme. Men jeg er også meget påpasselig med rengøring og hygiejne og sådan nogle ting. Når jeg skal på toilettet, tørrer jeg toiletbrættet af. Der er sådan nogle ting, som er naturlige for mig, som mange af misbrugere

måske overser, fordi de for skæve, eller fordi de ikke lige gider, eller ... med andres blod og forskellige ting. Jeg sidder altid og tænker på, om du har rifter på fingrene, og altså nu har jeg jo sår her og skal lige være lidt ekstra obs. omkring de ting. Jeg tænker meget på hygiejne, så jeg er sluppet rimeligt for sygdomme".
(Jonas)

Ole fortæller ligeledes, at han var meget påpasselig, da han var stofmisbruger. Han sørgede altid for at have rent værktøj til at fixe med, og han delte aldrig sit værktøj med nogen. Både Jonas og Ole er overbeviste om, at de har undgået at blive smittet med leverbetændelse på grund af deres påpasselighed og konstante opmærksomhed på smittefaren. Maria fortæller også, at hun – efter at have fået konstateret leverbetændelse – er blevet meget påpasselig, og at hun ikke har delt kanyle siden.

Problemer med ben og fødder

Der fortælles også om daglige problemer med ben og fødder. For nogle handler det om sår og vabler på fødderne af at gå meget, og for andre handler det om skader, de har fået tidligere i livet for eksempel i forbindelse med arbejde. Skader, som aldrig er blevet ordentligt behandlet, og hvor livet som socialt udsat har forværret skaden. I enkelte tilfælde er skaden så omfattende, at den socialt udsatte ikke kan gå uden krykker eller gangstativ og kun kan gå i sandaler.

Birgit og Asger snakker om dårligt blodomløb og hævede ben og fødder, der gør det svært for dem at gå i normalt tempo og at gå i længere tid. Asger fortæller endvidere, at hans dårlige gang også skyldes, at han på et tidspunkt blev smittet med en *"meget aggressiv bakterie"*. Han viser interviewereren det underste af sit ene ben, der er i forbindelse. På hele underbenet er der 'skrællet' cirka 1 centimeter ind til knoglen. Asger har tidligere fået at vide, at benet skulle amputeres, men det er han dog sluppet for.

Også Jens har problemer med benene efter mange år som hjemløs og landevejsridder:

"Så har jeg haft nogle problemer med mit ben i nogle år. Det er sådan noget, det kan godt vende tilbage igen, så gør det ondt over det hele. Men det er slitage af at gå. [...] Også fordi, når man ligger ude på fliserne og sådan noget. Det er jo hårdt, når

man kun har et liggeunderlag, så er det jo hårdt at ligge og belaste benene ned på sådan noget hårdt noget". (Jens)

Misbrugsrelaterede ulykker og skader

Interviewpersonerne, der er alkoholikere eller stofmisbrugere, fortæller om specifikke skader og ulykker, som er relateret til deres misbrug af stoffer eller alkohol. Fortællinger om vold behandles særskilt i kapitlet '*Seksuelle problemer og overgreb, vold og selvmordsforsøg – de værste sider af livet*'.

Et eksempel herpå er Asger, der i en stofrus fik et voldsomt krampeanfald, mens han sad i en stol. Krampeanfaldet varede lang tid, og hjælpen var lang tid om at nå frem. Han fortæller, at han mener, at krampeanfaldet er årsag til, at han i dag ikke kan rette ryggen ud eller gå oprejst.

Fortællinger om blackouts er også en del af interviewene. Kasper fortæller om en episode, hvor han stod og ventede på bussen. Han var beruset, men følte sig ikke meget beruset. Pludselig fik han et ildebefindende, et blackout, og faldt om. Han husker det ikke, men vågnede bare op på hospitalet. Han fortæller, at det skete på grund af hans alkoholmisbrug. For Adam var et af hans blackouts tæt på at få fatale konsekvenser:

"Jeg har haft sådan nogle blackouts der. [...] Den ene gang, der gik jeg direkte ud... jeg stod nede på Nørreport Station, men der var sgu ikke lige noget S-tog, så jeg landede bare nede på skinnerne i stedet for. Så hvis der ikke lige havde været to friske, unge fyre, der lige havde hoppet ned... og så fik de så taget mig i hoved og røv og smidt mig op på perronen og fik sig så selv smidt op... så... havde det sagt mas. Toget, du kunne allerede se lygterne ude på banen, da de hopper ned og hiver mig op. Det kan jeg huske. De der tre lygter der". (Adam)

Der bliver også fortalt om trafikulykker, hvor alkohol og stoffer også har spillet en central rolle, og hvor ulykken i flere tilfælde har fået voldsomme konsekvenser. Jakob kørte galt på motorcykel, mens han var påvirket af stoffer, fik ødelagt sit kraveben og 'døde også', så han måtte genoplives tre gange. Ole fortæller om en bilulykke, der skete, fordi han kørte, mens han var påvirket af alkohol. Han røg ud af forruden på bilen, og ulykken har betydet, at han i dag har en hjerneskade. Han har samtidig mistet korttidshukommelsen og døjer

meget med hovedpine. Efter ulykken havde han endvidere store problemer med at tale, og han synes stadigvæk, at der er noget galt. Han skal lede efter ordene og taler snøvlende. Mentalt påvirkede ulykken også Ole. Han fortæller, at han *"tog bad under en arkitektlampe"* og *"var helt stået af"*.

For Ole blev ulykken dog også et vendepunkt og en øjenåbner. Efter at have været indlagt på Hammel Neurocenter, kom han på et misbrugsbehandlingscenter og har været stoffri siden. Han siger selv, at det var held i uheld, at han kørte galt, fordi ulykken har gjort, at han ikke mærker en stoftrang mere. Dette samtidig med at indlæggelsen på Neurocenteret gjorde stort indtryk på ham:

"Efter jeg kom ned på Hammel og så de her mennesker, som egentlig var kommet galt af sted... Altså, der må jeg sgu indrømme, der bad jeg sgu til... eller sagde til ham deroppe: "tusind tak, fordi der ikke er sket mere med mig". Fordi jeg tænker sådan... hold da op. Hvad brokker du dig over? Du kan gå, du har din førlighed... ja. Men der var nogen, de lå bare helt stive i sengen. Hvor jeg tænker, nå ja, du er fandeme heldig, Ole. Der må være nogen deroppe, der sidder og holder hånden over mig".
(Ole)

Typisk for de ældre interviewpersoner med et alkoholmisbrug er skader forårsaget af fald. Skaderne forværres af deres særdeles dårlige helbred og af deres alkoholmisbrug. De har problemer med balancen og har svært ved at gå. Værst ramt heraf er Kaj, der har sår og ar over det meste af kroppen efter sine faldulykker. Han siger: *"Jeg går og falder og falder og falder"*. Han fortæller, at han ofte må kravle rundt, indtil nogen kommer og hjælper ham op, fordi han ikke har kræfter i sine arme og ben til selv at kunne komme op.

De stofmisbrugende interviewpersoner fortæller alle om fixeskader. Og fremviser fixeskader. Store sår og ar på ben og arme, væskende bylder og lignende. Asger trækker ned i bukserne og viser sine ben og fortæller:

"Vil du se ødelagte ben? Kan du tåle at se det? For at vise dig, hvordan jeg har fixet mig, bare for at se [trækker ned i bukserne og viser sine ben]. Men når man skyder én gang forkert med Kegan, én gang, bare sådan én streg forkert, så ødelægger den

hele området, så det bliver så dybt... og så dødt. Så kan du bare se, alle de ar der. Der er intet, der vil... alt, det er arvæv på arvæv. Der er intet blødt". (Asger)

Asgers ben ser derfor miserable ud. Maria beskriver sine ben på samme måde. Ifølge hende selv har hun *"ikke en åre at fixe i mere"*. Hun fortæller også, at hun har prøvet at fixe sig i lysken, men at hun er stoppet i tide, fordi hun har set hvor grimme huller og sår, det kan forårsage. Sådan nogle huller vil hun ikke have. Daniel har på interviewdagen netop fået en fixeskade i forbindelse med sit morgenfix, og den gør *"rigtig, rigtig ondt"*. Den slags sker, fortæller han, fordi det er svært at ramme årenerne, når man står udenfor i kulden om morgenen.

For Birgit har en fixeskade været tæt på at koste hende benet:

"Jeg har været ved at miste mit ben. Det skulle have været amputeret. Fordi jeg havde fixet i lysken og i pulsåren, og så skulle jeg på sygehuset og have fjernet den byld, jeg så havde fået. Men så sprang den, og så forblødte jeg, så jeg var ved at... dø. [...] Altså, jeg har aldrig oplevet noget lignende. Det var simpelt-hen et chok for mig. Lige pludselig, så sprøjtede det bare ud, mand... [...] Nej, det var frygteligt. Det gjorde så ondt. [...] Det gik meget hurtigt. Og så bagefter, så kunne jeg ikke røre mit ben. Så lå jeg i sengen i fire dage og vidste ikke, om jeg skulle af med mit ben eller hvad. [...] Jeg havde så mange smerter, så... jeg var ved at besvime, og jeg bad om at få mit ben amputeret før tiden... men personalet, de snakkede mig fra det". (Birgit)

Fem af interviewpersonerne har haft én eller flere blodpropper. For disse fem gælder, at de alle er, eller har været, misbrugere (af stoffer, alkohol eller begge dele). For stofmisbrugerne er der tale om, at de har fixet sig i lysken, hvilket har forårsaget blodpropper i lysken eller benet. Jakob har haft tre blodpropper. Han fortæller, at han på et tidspunkt gik rundt i sin lejlighed med et opsvulmet ben, fordi han havde fixet sig i lysken. Han havde mange smerter og blev til sidst indlagt. Her fik han at vide, at han var tæt på at miste sit ben. Jakob fortæller videre, at han blev rystet over, at han efter denne episode blot tog hjem og fortsatte med at fixe sig i det andet ben:

”Jeg var ligeglad. Fuldstændig. Jeg kunne ikke fixe i lysken her i venstre side mere. Det var helt ødelagt, så gik jeg bare over og fortsatte over i højrebenet i stedet for. Det er vildt. Det ryster mig lidt, men det er sådan, det er. Det er jo afhængigheden, der snakker. Jeg skal have mit stof. Selvom jeg lige havde været ved at miste mit venstre ben, ikke? Det var ikke alarm nok. Ikke til at afhængigheden ikke kunne gå ind og styre det. Så det siger lidt om, hvordan afhængigheden arbejder”. (Jakob)

Opsamling

Analysen af interviewene bekræfter resultaterne fra SUSY UDSAT om et generelt dårligt fysisk helbred blandt socialt udsatte. De interviewedes fysiske helbredsproblemer er således omfattende og forskelligartede, og mange fortæller, hvordan de kan mærke det mangeårige misbrug og hjemløsheden på egen krop. Det er kendetegnende for de fleste, at de har taget skade af det liv, de har levet, og mange lider af mere end ét helbredsmæssigt problem.

Interviewpersonerne fremhæver dog nogle helbredsproblemer mere end andre. Det drejer sig om problemer med som hjerte, lunger og lever, der giver sig udslag i hjertekramper, hjertebanken, vejrtrækningsproblemer og smitsom leverbetændelse. Desuden er det typisk, at interviewpersonerne har problemer med ben og fødder i form af sår og vabler, dårligt blodomløb og smerter, og problemerne har for enkelte et sådant omfang, at de er afhængige af krykker eller gangstativ. Endelig fortælles om misbrugsrelaterede skader og ulykker, som eksempelvis fixeskader, blodprop i benet, blackouts og trafikulykker, hvor alkohol og stoffer har spillet en central rolle.

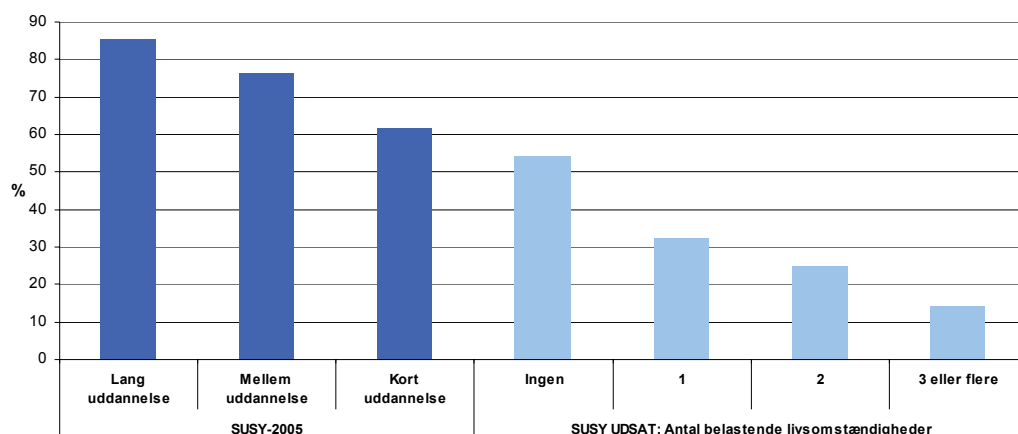
Dårligt liv - dårligt helbred

SUSY UDSAT viser, at socialt udsattes helbred og trivsel gradvist forværres, når antallet af belastende livsomstændigheder, som alkohol- eller stofmisbrug, hjemløshed, sindslidelse eller fattigdom, øges. Dette gælder både i forhold til selv vurderet helbred, stress, sundhedsvaner og langvarig sygdom. Eksempelvis stiger andelen, der har mavesår, når antallet af belastende livsomstændigheder stiger: fra 10 % blandt personer, der ikke er udsat for nogen belastende livsomstændigheder til 31 % blandt personer, der er udsat for tre eller flere belastende livsomstændigheder.

Det samme mønster genfindes i interviewene, og de socialt udsatte uddyber her oplevelsen af at være udsat for flere forskellige sociale belastninger på én gang og samtidig have flere forskellige helbredsproblemer. Via interviewene er der endvidere opnået indblik i de tanker og refleksioner, som de socialt udsatte gør sig om deres helbred og om helbredet set i sammenhæng med deres socialt udsatte situation.

Figuren nedenfor illustrerer, hvordan helbredstilstanden (her målt ved andelen, der vurderer deres helbred som virkelig godt eller godt) forværres for hvert trin, man bevæger sig ned ad den sociale rangstige. De 'mørke' søjler repræsenterer tal fra en undersøgelse i den generelle befolkning (Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005), mens de 'lyse' søjler er tal fra SUSY UDSAT.

Blandt højtuddannede i befolkningen vurderer 85 % deres helbred som virkelig godt eller godt, mens denne andel falder til 62 % blandt kortuddannede. Blandt svarpersoner i SUSY UDSAT, der ikke lever under belastende livsomstændigheder, er der 54 %, der vurderer helbredet som virkelig godt eller godt. Herefter falder andelen markant, når antallet af belastende livsomstændigheder stiger. Andelen, der vurderer helbredet som virkelig godt eller godt, udgør således kun 14 % blandt personer, der lever med tre eller flere belastende livsomstændigheder.



Figuren afspejler således en markant social ulighed i sundhed og store helbredsmæssige forskelle mellem samfundets top og bund.

I det følgende beskrives og uddybes de socialt udsattes egne perspektiver og fortællinger om deres fysiske helbred. Desuden uddybes den tilsyneladende tydelige sammenhæng mellem helbredstilstanden og graden af udsathed. Det er vigtigt igen at fremhæve, at dét, der er i fokus, er de socialt udsattes selvoplevede helbred, og hvordan de oplever og lever med eventuelle helbredsproblemer og sygdomme.

Vurdering af eget helbred

Interviewpersonernes egne, umiddelbare beskrivelser af det fysiske helbred er i mange tilfælde ret kontante. På spørgsmålet om, hvordan de vil beskrive deres fysiske helbred, får man blandt andet følgende svar:

"Ad helvedes til. Rigtig, rigtig, rigtig, rigtig meget". (Asger)

"Ad helvedes til. Men jeg mærker ikke meget til det, fordi jeg... jo ryger heroin". (Adam)

"Altså, i slutningen [af misbrugsperioden] var [helbredet] rigtig, rigtig dårligt, og altså, jeg ved ikke, om det var noget, de sagde for at skræmme mig, eller det var rigtigt, men jeg fik at vide, at

hvis jeg fortsatte, så ville jeg ret hurtigt dø af mit misbrug”.
(Anne)

Andre er mere positive i vurderingen af deres fysiske helbred. I enkelte tilfælde synes den umiddelbart positive vurdering dog alligevel at dække over en række helbredsmæssige problemer og skavanker. Den positive beskrivelse af helbredet efterfølges således af et 'men', hvorefter der alligevel fortælles om forskellige helbredsproblemer. Poul siger for eksempel, at han synes, han har det godt, men at han har fået dårlige lunger og har ødelagt sit knæ i forbindelse med arbejdet som murer.

Enkelte vurderer deres helbred ud fra dét, at deres stof- eller alkoholmisbrug ikke har haft helbredsmæssige konsekvenser. Fælles for dem er, at de vurderer deres helbred som *”rimelig godt”*, fordi misbruget ikke har givet dem de 'sædvanlige' følgesygdomme.

”Jamen, fysisk har jeg et godt helbred. Jeg fejler ingenting. Det er jeg 7-9-13 glad for. At jeg som følge af mit misbrug ikke har fået nogen følgesygdomme. Det er jeg meget taknemmelig for”.
(Anders)

”Jamen det er efter omstændighederne faktisk meget godt. Altså, jeg er sluppet meget heldigt fra mit misbrug, ikke også”. (Erik)

Jo flere sociale belastninger, desto dårligere helbred

Vurderingen af eget helbred hænger uløseligt sammen med graden af social udsathed. Det er kendetegnende for de interviewpersoner, der vurderer deres eget helbred rigtig dårligt, at de lever med flere forskellige belastende livsomstændigheder. De er alle aktive misbrugere af enten alkohol, stoffer eller begge dele. Samtidig hermed er de hjemløse. Et eksempel herpå er 41-årige Johnny, der er alkoholiker og tidligere stofmisbruger. Han er hjemløs og har været det i 10 år. Endvidere har han siddet 16 år i fængsel. Dette liv har sat sine helbredsmæssige spor. Han fortæller:

”Jeg har cirka fået fem sygdomme, rigtige sygdomme. [...] Mavesår, epilepsi, hosten. [...] Og så har jeg fået rosen - konstant betændelse mellem hud og kød. [...] Alt er kommet indenfor de sidste to år, alt hvad jeg fejler. [...] Det er min mave, det er mine ben, og det er mine arme, og det er min krop, ikke. [...] Det er

forfærdeligt, mand. Det er det virkeligt, mand. Det gør ondt. [...] Jamen, det er jo klart, hvorfor jeg har fået det, ikke. Jeg har jo som sagt været narkoman, fra jeg var 25, til jeg var 35 eller sådan noget. Så stak jeg mig jo hver dag, ikke. Og op til flere gange om dagen. Det gider jeg ikke mere. Nu drikker jeg kun. Nu er jeg bare alkoholiker. Nu er jeg bare en skide alkoholiker".
(Johnny)

Udover de konstaterede sygdomme lever Johnny også med diverse andre helbredsproblemer. Han er på interviewtidspunktet meget dårligt gående, blandt andet fordi han har et stort sår på benet efter et epilepsianfald. Det skete i toget, hvor han faldt ned mellem toget og perronen, ramte trinbrættet og slog hul på benet. Herudover bruger han dagligt krykker, fordi han har meget vand i kroppen.

Andre interviewpersoner fortæller om, hvordan helbredsproblemer, der har været til stede det meste af livet, er blevet markant forværret som følge af et langvarigt liv som udsat og misbruger. Knud fortæller for eksempel, at han har oplevet rysteture, siden han var 2-3 år gammel. Rysteturene skyldes dårlige nerver, og forskellige læger, han har talt med, er enige og mener ikke, der er tale om abstinenser efter spiritus. Knud er dog meget bevidst om, at forværrelsen hænger sammen med hans mangeårige alkoholmisbrug. "Det hjælper jo ikke ligefrem", som han siger. Knud er i dag 62 år og har, efter eget udsagn, "drukket som et hul i jorden", fra han var 25 år. Han havde således også disse rysteture, da han gik i skole, men dengang var det sjældent. Nu er det meget oftere – i hvert fald én gang om ugen:

"Så ryster jeg simpelthen, så jeg ikke kan være nogen steder. Så kan jeg ikke engang gå. [...] Så klasker det fuldstændig sammen i benene. [...] Og de [rysteturene] er voldsomme. [...] Der kan gå et kvarter, der kan gå en halv time, så går det over. [...] Det er ikke på grund af druk, det er simpelthen på grund af nerver. Så når jeg skal ud af forretninger, så går det helt galt. Især nede i Fakta, der går døren i... den åbner, og så lukker den i, næsten med det samme. Der kan jeg ikke engang nå at komme ud, uden så bliver man lige mast engang. Så må jeg kante mig ud. Der bliver ikke taget så meget hensyn". (Knud)

Knud, og herudover også Birgit, lever ligesom Johnny under markante sociale belastninger samtidig med, at de helbredsmæssigt hører til blandt de dårligste. Knud og Birgit har begge haft kræft, henholdsvis halskræft og livmoderkræft, og for begge er der tale om, at denne sygdom er endnu én i en lang række af sygdomme og helbredsproblemer. Som Knud udtrykker det: *"Jeg har prøvet alt, hvad der skal prøves, næsten. Også halskræft"*.

Mange af de interviewede har således et dårligt fysisk helbred. Det er dog vigtigt at fremhæve, at enkelte, som tidligere nævnt, omvendt også beskriver deres helbred som *"rimelig godt"* baseret på det faktum, at de ikke er syge, og at deres eventuelle misbrug ikke har haft større helbredsmæssige konsekvenser. Igen spiller graden af social udsathed ind: For hovedparten af disse helbredsmæssigt bedre stillede interviewpersoner er graden af udsathed ikke så markant. Hermed menes mere præcist, at man for eksempel er hjemløs, men ikke har noget misbrug; at man er hjemløs og har et relativt begrænset alkoholmisbrug; eller at man er hjemløs og har en depression. Typisk for de fleste i denne helbredsmæssigt bedre stillede gruppe er også, at deres sociale deroute er startet relativt sent i livet, hvor mange af de helbredsmæssigt mest belastede har været at betegne som socialt udsatte, fra de var børn. De interviewede, der har det relativt godt helbredsmæssigt, har typisk i mange år levet et 'normalt' liv med hus, ægtefælle, børn og arbejde. De er eksempelvis blevet hjemløse efter en skilsmisse og er i den forbindelse begyndt at drikke 'lidt for meget'. Typisk for dem er også, at deres eventuelle nuværende helbredsmæssige problemer ofte bunder i en arbejdsskade eller slidtage efter hårdt fysisk arbejde. Disse personer oplever dermed heller ikke, at deres helbredsmæssige situation er blevet værre, efter de er blevet hjemløse.

Blandt gruppen af helbredsmæssigt bedre stillede findes også enkelte hjemløse stofmisbrugere og hjemløse alkoholikere, hvis fysiske helbred er relativt godt. På trods af en markant social udsathed oplever de således ikke store helbredsmæssige problemer. Fælles for dem er, at de udtrykker stor taknemmelig herfor, og at de føler sig heldige. De kender alle mange, som ikke har været så heldige, og for hvem misbruget har haft alvorlige fysiske konsekvenser. De udtrykker også alle en klar bevidsthed om konsekvenserne ved at fortsætte misbruget. Erik siger i denne forbindelse:

"Nu er jeg så heldig, at jeg er sluppet med livet i behold, og jeg er jo stadigvæk sund og rask. [...] Men det er også utroligt, hvad man udsætter sig selv for. Altså, at drikke sådan som jeg har gjort, altså, det er jo selvmord. Det er jo langsomt selvmord. Og

jeg kan jo godt regne ud, hvis jeg fortsætter... jamen på et eller andet tidspunkt, så går det jo galt. Jeg kan jo ikke blive ved med at være heldig". (Erik)

Men karakteristisk for denne mindre gruppe af socialt udsatte, der stadig har et relativt godt fysisk helbred er, at deres psykiske helbred er dårligt. Dette behandles i det efterfølgende kapitel '*Det psykiske er det hårdeste – at leve et uværdigt liv*'.

Tanker om det udsatte livs helbredsmæssige konsekvenser

Som det fremgår af ovenstående er hovedparten af de interviewede begyndt at kunne mærke de helbredsmæssige konsekvenser af det hårde liv, de har levet. I forlængelse heraf opstår der også en følelse af at være 'gammel'. De mange helbredsproblemer skaber således en følelse af at være ældre end, man er. Daniel på 37 siger:

"Jeg føler, jeg er 70 år, når jeg står op om morgenen... og når der er gået et par timer, og jeg har fået diverse sager indenbords, så er jeg jo 20 år igen. Og det kan kroppen ikke klare. Det der skift der. Så ja, jeg synes ikke, det er alt for fedt. [...] Så når jeg står op om morgenen, så mine knæ og hofter og ryg, det værker, og det knirker, og det brager. Jeg kan næsten ikke slæbe mig selv af sted. Altså, lige indtil jeg kommer i gang. Og det ved jeg, det er simpelthen konsekvensen af at tage så mange stoffer i så mange år. Så... nu begynder det at gå den anden vej. Det er kroppens måde at sige stop på". (Daniel)

46-årige Birgit fortæller på samme måde, at hun nogle gange føler sig "*ret gammel*", og at det er de mange sygdomme og helbredsproblemer, hun lider af, der gør hende gammel. Hun siger samtidig, at hun bliver nødt til at acceptere det faktum, at det liv, hun har levet med stofmisbrug og prostitution, nu viser sig i form af sygdomme og dårligt helbred. Men denne accept af tingenes tilstand er vanskelig, og kombinationen af at leve som socialt udsat og have et dårligt helbred gør, at Birgit er bange og frygter for fremtiden:

"Det er for meget med den sygdom der. Det er det altså. [...] Og jeg er dødnervøs for, hvad er det næste? Det er jeg virkelig. Fordi hvorfor skulle der ikke komme noget igen? Og det er jo ikke al-

tid, man tænker på, at nu skal du altså passe på... Altså, jeg er blevet mere bange..." (Birgit)

Birgits frygt for sit fremtidige helbred hænger også sammen med hendes egen, og familiens, kræftsygdomme. Hun fik konstateret livmoderkræft, da hun havde født sin yngste søn. Hun var og er meget bekymret for sit eget helbred og er endvidere "dødnervøs" for, at hendes børn på et tidspunkt også bliver syge. Birgits stærke bekymring skal også ses i lyset af, at hendes far og søster begge er døde af kræft. Søsteren døde som 30-årig i starten af 2008. Birgit er stadig meget påvirket heraf, da hun havde et nært forhold til sin søster. Dødsfaldet skete samtidig med, at Birgit blev indlagt med en fixeskade i benet, og selv om hun var forberedt på, at søsteren skulle dø, fortæller hun, at hun havde svært ved at tackle det hele, og at hun "gik fuldstændig i chok".

Birgits reaktion på kræftsygdommen og på sit dårlige helbred i det hele taget er meget forskellig fra Knud, der som tidligere nævnt har haft halskræft. Der er således stor forskel på, hvordan de to tackler deres dårlige helbred og endvidere på deres indstilling til det at have haft en livstruende sygdom. Knud svarer benægtende på spørgsmålet om, hvorvidt han var bange undervejs i forløbet. Hans indstilling til sit helbred i det hele taget, er relativt nøgtern. Han har tilsyneladende indstillet sig på, at et mangeårigt liv som socialt udsat misbruger naturligt nok nu har fået nogle konsekvenser, som han må leve med – eller dø af.

Flere af de interviewpersoner, der har levet et mangeårigt liv som socialt udsat, udtrykker en klar bevidsthed om konsekvenserne af det hårde liv, som dette medfører. 35-årige Maria siger:

"Det er sjældent, at en hærdet narkoman bliver over 50. Jeg ved godt, jeg ikke bliver så gammel. Det ved jeg godt". (Maria)

Birgit fortæller, at hun ikke kan tåle at tage flere stoffer, fordi hendes krop "ikke kan mere". I den forbindelse falder hendes tanker på, at hun om fire år fylder 50 år, og at hun har været misbruger, fra hun var 11 år og dermed næsten hele sit liv. Hvor Marias udtalelse har mere karakter af en nøgtern konstatering, afspejler Birgits refleksioner en større bekymring og frygt, der kan hænge sammen med, at hun helbredsmæssigt er dårligere stillet end Maria.

Også 48-årige Jens er klar over det udsatte livs konsekvenser i form af tidlig død. Han vurderer gennemsnitsalderen for en landevejsridder til at være 43-45 år. Han fortæller i denne forbindelse, at han synes, det er vigtigt at lytte til kroppen, og hvordan den har det, og han har derfor nedsat sit alkoholforbrug og håber, at han kan holde det og nærme sig et mere stabilt liv. Kaj har ligesom Jens også skåret ned på alkoholen de seneste år, og hans syn på misbrugets konsekvenser for helbredet er relativt nøgternt. På spørgsmålet om, hvilke konsekvenser han mener alkoholforbruget har haft, svarer han:

"Ja, det har jo taget balancen, jo. Det har jeg fået at vide. Der er ikke noget at gøre. Det er min egen skyld. [...] Herfra, det skal vi jo på et eller andet tidspunkt. Men selvforskyldt, det kan jeg jo ikke anklage nogen for. Sådan er det. Så må jeg jo bare se, hvor lang tid jeg har igen. Der er jo ikke andet at gøre. Den vej skal vi jo alle sammen. Vi ved heldigvis ikke hvornår. Så har man ikke dét at gå og tænke på". (Kaj)

Kaj bekymrer sig – modsat flere af de øvrige socialt udsatte – ikke så meget om sit helbred eller om konsekvenserne af sit misbrug. Det gjorde den nu 25-årige Anne heller ikke, da hun var aktiv misbruger. Hun fortæller, at hun "overhovedet ikke" tænkte på, at et stofmisbrug kunne være farligt for helbredet:

"Jeg havde sådan lidt en idé om... altså, jeg var 20 år, ikke? Det kunne ikke passe. Ikke at jeg var udødelig, [men] jeg tænkte ikke så meget over det. Altså, jeg tænkte hverken over, om jeg ville leve eller dø, jeg var bare... aktiv misbruger". (Anne)

Hvor Anne som aktiv misbruger således ikke tænkte over de helbredsmæssige konsekvenser, er situationen anderledes i dag, hvor hun er stoffri. Hun siger, at hun dengang var ligeglad med sit helbred, men at hun i dag bekymrer sig og godt kan blive bange for sit helbred.

Som tidligere fremhævet kan Knud siges at være blandt de mest helbredsmæssigt belastede interviewpersoner samtidig med, at han også må betegnes som blandt de mest socialt belastede. Knuds indstilling til sit helbred er ligesom Kajs relativt nøgtern, og han virker på mange måder til at have forliget sig med, at det mangeårige liv som socialt udsat misbruger har givet ham nogle helbredsmæssige problemer. Han siger:

"Altså, jeg har sgu da levet mit liv. Nu er jeg 62, ikke. Jeg er ikke bange for at dø". (Knud)

Knuds udtalelse efterlader en fornemmelse af, at han er bevidst om, at en alder på 62 år er relativt godt gået med det liv, han har levet. Dét at han som (kun) 62-årig udtaler, at han 'sgu da har levet sit liv' er bemærkelsesværdigt og illustrerer, hvordan et liv som socialt udsat efterlader sig dybe spor i krop og sjæl. Grænserne for, hvad der helbredsmæssigt tolereres og accepteres, flyttes. Dette er kendetegnende for Knud såvel som mange af de øvrige socialt udsatte. Et dårligt helbred bliver på denne måde en del af hverdagen, som man må leve med på bedste vis.

Opsamling

På samme måde som SUSY UDSAT viser interviewene en stærk sammenhæng mellem graden af social udsathed og helbredstilstanden. Mange af de interviewede er således meget socialt belastede samtidig med, at de helbredsmæssigt er dårligt stillede. Det ses også, at interviewpersoner, der i mindre grad er socialt belastede og eksempelvis er hjemløse uden at være misbrugere, fortæller om færre helbredsproblemer og generelt synes at have det helbredsmæssigt bedre end andre, mere socialt udsatte. Det er kendetegnende for hovedparten af dem med relativt få helbredsmæssige problemer, at deres sociale deroute er begyndt relativt sent i livet, og at de forinden i flere år har levet et 'almindeligt' liv med arbejde og familie. Omvendt er et mangeårigt liv som socialt udsat mere typisk for de helbredsmæssigt mest belastede. Interviewene afspejler også for de fleste en klar bevidsthed – i hvert fald i interviewsituationen - om konsekvenserne af det hårde liv som socialt udsat; risikoen for et dårligere helbred og i sidste ende at dø tidligt. Nogle har indstillet sig herpå og mere eller mindre forliget sig med tanken, mens andre er bange og frygter for fremtiden. Men fælles for alle er, at et dårligt helbred på mange måder opleves som et grundvilkår ved livet som socialt udsat, og grænserne for, hvad der helbredsmæssigt accepteres flyttes hele tiden.

Ondt i økonomien – ondt i tænderne

SUSY UDSAT viser, at 44 % af de socialt udsatte har mindre end 20 tænder tilbage mod 14 % i den øvrige befolkning. Det vil sige, at næsten halvdelen af de adspurgte socialt udsatte ikke har et funktionelt, naturligt tandsæt. Samtidig hermed har 15 % af de socialt udsatte været meget generet af tandsmerter inden for en 14-dages periode. Trods mange tandsmerter har kun 32-34 % blandt henholdsvis alkoholmisbrugerne, hjemløse og gruppen af fattige været til tandlæge inden for det sidste år.

I interviewene uddyber de socialt udsatte, hvordan de oplever tandproblemerne i det daglige, og hvilke barrierer der er for regelmæssig tandpleje og tandlægebesøg.

Tandsundhed har overordnet betydning for den enkeltes livskvalitet og er afgørende for basale livsfunktioner som fødeindtagelse, psykisk velbefindende og social kontakt.¹ Tandsundhed er også et tema i interviewene, og næsten alle de interviewede kan berette om dårlige tænder. Enkelte har allerede som 35-40-årige fået fuldt gebis på grund af smerter og problemer med tænderne. Knud har fået fjernet alle tænder i overmunden med henblik på at kunne få behandling for halskræft. Andre mangler tænder på grund af voldsepisoder. Adam har ingen tænder tilbage og har gebis på grund af *"halvt sygdom, og så fordi jeg har fået sparket dem ud, fordi jeg engang blev udsat for tortur i fire timer"*. Johnny har ligeledes fået *"smadret"* sine tænder under et voldeligt overfald.

Interviewpersonerne fortæller om problemer med, at tænderne knækker, og at deres tandstatus er *"ad helvede til"*. Hertil kommer huller i tænderne, udbredte tandsmerter, betændelse og tandbylder. Karen fortæller om sine tandproblemer:

"Jeg havde jo tandpine altid, men det var, fordi jeg ikke kunne finde ud af at gå til tandlægen. [...] Så tandpine hver dag. [...] Det var lige meget, jeg tog jo bare noget mere dope, så tog det tandsmerterne, så gik det jo nok. Så efter jeg er blevet clean, så har jeg fået revet rigtig mange tænder ud". (Karen)

¹ Petersen PE. Tandsundhed. I: Kjøller M, Juel K, Kamper-Jørgensen F (red.) Folkesundhedsrapporten Danmark 2007. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2007.

Daniel beskriver sin tandstatus på følgende måde:

"Altså, det er jo ikke... tangenterne på et klaver i perlemor, vel. [...] Men det er heller ikke en nedbrændt negerlandsby. Men de har taget den tørn, de har taget i forhold til det stof, jeg har taget. De er skrøbelige, selvfølgelig er de det. Så jeg passer på, hvad jeg spiser. Jeg sidder ikke og tygger i småsten og bider ikke i kapsler, som jeg gjorde, da jeg var ung". (Daniel)

Daniels fortælling viser, hvordan mange af dem, der fortsat har deres egne tænder, har sårbare tænder, og de fleste har da også problemer med at tygge deres mad. Karen siger: *"Jeg kan jo ikke tygge kød og sådan noget. (...) Så må jeg spytte det ud"*. Knud, der kun har tænderne i undermundens tilbage, har også problemer med at tygge sin mad. Visse ting, som for eksempel stegt flæsk, som han elsker, kan han slet ikke spise, andre ting må han blende.

Andre interviewpersoner fortæller om, hvordan de laver deres egne 'tyggesystemer' for at minimere smerterne i forbindelse med spisning. I mange tilfælde har de ikke råd til at gå til tandlægen, og derfor udvikler de deres egne systemer, så smerterne lige netop kan udholdes. Eksempelvis tygges maden kun med fortænderne eller med den ene side af munden. Man udsætter problemerne og finder på sine egne, midlertidige løsninger.

For stofmisbrugerne er der ofte tale om, at alt, hvad der vedrører tandpleje, nedprioriteres til fordel for stofferne. Tand smerterne bliver ligegyldige; det bliver almindelig hverdag og en vane, at man har tandproblemer, og smerterne klares ved at tage flere stoffer. I andre tilfælde forklares den manglende tandpleje ud fra ens dårlige psykiske velbefindende, og at *"man mangler overskuddet"*. Tandplejen negligeres også for nogles vedkommende ved, at de i lange perioder ikke får børstet sine tænder. Andre fortæller dog, at de sørger for at få børstet tænder nogenlunde regelmæssigt, blandt andet fordi de synes, det er vigtigt for deres udseende.

Tændernes betydning for udseendet går igen i flere interviews, hvor der fortælles, at man skammer sig over tændernes udseende og ofte ikke har lyst til at smile. Adam, der som nævnt har gebis, undlader ofte at bruge det, fordi det sidder dårligt og giver ham smerter. I interviewsituationen har han heller ikke sit gebis på, og han fremhæver, at han finder det

akavet og flovt at sidde foran en fremmed uden tænder, men at han samtidig er ligeglad, fordi gebisset smerter for meget.

Maria fortæller, at hun altid sørger for at smile på en bestemt måde, så hun kan skjule, at hun mangler nogle tænder. Hun siger også, at hun altid har gjort meget ud af sine tænder. Hun har ofte købt en tandbørste i forbindelse med, at hun har taget bad på Hovedbanegården og har på denne måde sørget for at børste tænder mindst én gang om dagen.

Marias historie afspejler de rent praktiske problemer i forhold til tandpleje, som de socialt udsatte oplever. Manglen på et hjem eller fast tilholdssted og et kaotisk hverdagsliv betyder, at tandbørstning ikke indgår i en fast, daglig rutine - og at de måske slet ikke har tandbørste og tandpasta - og hermed bliver det meget let og sandsynligt, at tandbørstningen springes over.

Anders fortæller også, at udseendet havde betydning for, at han passede sine tænder, da han var aktiv misbruger. Men for Anders har god og regelmæssig tandpleje handlet om mere end blot udseende. Det har også handlet om at bevare en pæn, ydre facade, der kan dække over et mere ødelagt indre:

*"Jeg har altid været meget bevidst om mit udseende. Også mens jeg var på stoffer. At passe på mine tænder. At folk ikke har skullet kunne se noget på mig. Facaden, den skjuler alting.
Interviewer: Så du fik børstet tænder regelmæssigt?
Ja, hver dag. To gange om dagen. Det tænkte jeg meget over.
Fordi jeg ville ikke rende rundt og miste alle mine tænder. [...] Det er jo igen noget med, at facaden skjuler alting, ikke. Hvis alt ser godt ud udadtil, så er der jo ikke nogen, der lægger mærke til noget, tror man". (Anders)*

Andre interviewpersoner sørger også for at få børstet tænder men nævner ikke vigtigheden af udseendet. Her er det mere et spørgsmål om, at de prioriterer det og sørger for at få det gjort, fordi de ved, det er vigtigt. I den mere muntre ende af skalaen er Stigs udtalelse: "Jeg sørger for at børste mine tænder. I går børstede jeg dem sgu to gange!" Kasper fortæller, at han altid har gået meget op i at pleje sine tænder, og han går da også regelmæssigt til tandlæge og sørger for daglig tandbørstning. Det har han altid gjort, også når han har væ-

ret "pissefuld". Daniel børster også sine tænder dagligt og er, med årene, blevet mere påpasselig i forhold til sine tænder.

Brug af tandlæge

Det økonomiske aspekt – og hermed økonomiens betydning for den dårlige tandsundhed – er helt centralt i alle interviews. En konsekvens af at leve som socialt udsat er dårlig økonomi, og forudsætningerne for at gå til tandlæge er derfor begrænsede. Det afspejles også i interviewene med kommentarer som:

"Jeg har ikke råd til tænder".

"Det er simpelthen et spørgsmål om penge".

"Det koster, og du kan ikke få hjælp til det – det vil de helst ikke være med til at støtte".

De dårlige økonomiske forudsætninger skal også ses i relation til et eventuelt misbrug, hvor tandlægebesøget ofte nedprioriteres til fordel for stoffer eller alkohol. Erik siger:

"Altså, jeg har ikke råd til at gå til tandlægen. Det har jeg ikke. Altså, hvis jeg havde haft penge til det, så havde jeg også gået regelmæssigt til tandlægen. Men så kan man også vende den om og sige, at det er også et prioriteringsspørgsmål, fordi jeg har jo brugt pengene på sprit, ikke? Altså, når jeg tænker på alle de penge, jeg har brugt på sprit, så skulle jeg jo nok have haft råd til at gå til tandlæge ikke?" (Erik)

Erik forklarer her, hvordan han har nedprioriteret tandlægebesøget for at få råd til alkohol – og samtidig: at han nok burde have prioriteret anderledes. Men som socialt udsat misbruger, der er afhængig af sit stof, opleves det sjældent som et reelt valg.

For flere af de interviewede er det år siden, de sidst har været til tandlæge. Maria har sidst fået tjekket sine tænder for to år siden. Hun vil meget gerne af sted igen, men synes, det er for dyrt og vil gerne have muligheden for at få lavet en afdragsordning. Hun har, og har haft, mange smerter i tænderne og har også tidligere fået lavet "masser af rodbehandlinger". Poul har det på samme måde; han trænger til "en ordentlig omgang tandpleje", men kan ikke se, hvordan han økonomisk skal gribe det an. Han ønsker sig også en afdragsordning. Ulrik fortæller, at han har fået at vide, at det vil koste omkring 57.000 kr. at få ord-

net hans tænder, og han venter på interviewtidspunktet svar på, hvorvidt han kan få økonomisk hjælp hertil.

Karen fortæller, hvordan tandlægebesøgene, da hun var aktiv misbruger, blev færre og færre i takt med, at misbruget øgedes og ændredes fra et alkoholmisbrug til et stofmisbrug. Mens hun var alkoholiker, gik det *"sådan rimeligt"*. Men efter stofferne kom ind i billedet, *"sked"* hun på det hele. Efter hun er blevet stoffri, vil hun gerne have økonomisk hjælp til at få ordnet sine tænder, men hun har indtil videre fået to afslag. Ifølge hende selv fordi hun tilsyneladende ikke har det *"dårligt nok"*. Hun siger:

"Jamen, jeg kan bare ikke forstå det. De hjemløse, de kan jo få gratis tandlæge. Og jeg kan ikke forstå, hvor forskellen er på de hjemløse og på bistandsklienter". (Karen)

Karen føler sig således klemt i systemet, da hun er for velfungerende til at kunne modtage den gratis tandlægehjælp og samtidig for dårligt stillet til selv at kunne finansiere tandlæge-regningen.

Det skal i denne forbindelse nævnes, at ifølge sundhedslovens § 131 skal kommunerne tilbyde omsorgstandpleje til personer, der på grund af nedsat førlighed eller vidtgående fysisk eller psykisk handicap kun vanskeligt kan udnytte de almindelige tandplejetilbud. Tilbuddet omfatter ikke personer, der af sociale årsager ikke kan benytte de almindelige tilbud. Ligeledes skal kommunen tilbyde specialtandpleje til sindslidende, psykisk udviklingshæmmede med flere, der ikke kan udnytte de almindelige tilbud. Efter aktivlovens § 82 kan personer, som ikke selv har økonomisk mulighed for at betale udgifterne til tandbehandling få tilskud hertil. Det er ikke et krav, at ansøgeren har været ude for ændringer i sine sociale forhold. Det betyder blandt andet, at kontanthjælpsmodtagere kan få hjælp, hvis der tale om nødvendig og helbredsmæssig velbegrundet tandbehandling.

Enkelte af de mere dårligt stillede interviewpersoner (sammenlignet med Karen) benytter sig af den gratis tandlægehjælp 'Bisserne' på Mændenes Hjem i København, mens enkelte har fået ordnet tandproblemer under et fængselsophold eller med økonomisk støtte fra kommunen.

Generelt har de fleste af de interviewede haft gode oplevelser i forbindelse med tandlægebesøg forstået på den måde, at ingen har følt sig dårligt behandlet eller lignende. Dog me-

ner Adam, at hans gebis må være dårligt lavet, fordi det giver ham smerter. Trods god behandling hos tandlægen fortælles om dårlige oplevelser ved tandlægen på grund af tandlægeskræk. Tandlægeskrækken synes udpræget og kan - udover det økonomiske aspekt - også forstås som årsag til de manglende tandlægebesøg. Anne fortæller om sin frygt, og hvordan frykten for tandlægebesøget har været større end trangen til at få tænderne lavet. Det handler således om, at tandstatus skal være ekstremt dårlig og smerten nær uudholdelig, før de tager til tandlægen. Enkelte har haft tandlægeskræk hele livet, og Johnny fortæller, at han ved flere tandlægebesøg har sagt: *"Hak hele lortet ud, mand, jeg skal ikke herop igen"*. Han har dog stadig 13 tænder tilbage. Tandlægebesøg er således for disse interviewpersoner forbundet med frygt og gråd og forudsætter udover økonomisk prioritering og planlægning også mental forberedelse.

Opsamling

I forhold til tandstatus viste SUSY UDSAT, at en stor andel blandt de socialt udsatte mangler tænder og har tandsmerter. Interviewene viser ligeledes, at mange interviewpersoner har tandproblemer i form af dårlige tænder, tandpine og problemer med at tygge mad. Barriererne for regelmæssig tandpleje omfatter enten, at alkohol- eller stofmisbruget overskygger alt, at de socialt udsatte generelt mangler overskud, eller at der er praktiske hindringer, fordi de er uden hjem og faste rutiner. Der fortælles også om det stigmatiserende i at mangle tænder eller at have dårlige tænder, og tandstatus har på denne måde betydning for identiteten ved at påvirke udseendet og dermed facaden udadtil. Enkelte interviewpersoner fortæller dog, at de sørger for at pleje tænderne regelmæssigt, fordi de finder det vigtigt.

SUSY UDSAT viste også, at en stor andel af de socialt udsatte ikke har været til tandlæge inden for det seneste år. I interviewene ses det ligeledes, at trods mange tandproblemer, er det de færreste interviewpersoner, der går regelmæssigt til tandlæge, og en dårlig økonomi udgør den største barriere herfor. Enkelte fortæller i denne forbindelse, at de føler sig klemt i systemet, fordi de er for velfungerede til at kunne modtage gratis tandlægehjælp men samtidig er for dårligt stillede til selv at kunne betale for tandlægebesøget. Tandlægeskræk udgør en anden barriere for tandlægebesøget, og dét at gå til tandlæge kræver således for nogle en mental forberedelse.

Kontakten til sundhedsvæsnets – en broget affære

SUSY UDSAT viser, at der er en større andel blandt de socialt udsatte grupper, der inden for de sidste tre måneder har haft kontakt til sundhedsvæsnets end blandt den øvrige befolkning. Det gælder både kontakt til praktiserende læge, vagtlæge, skadestue, hospitalsambulatorium og indlæggelse på hospital. Eksempelvis har 17,1 % af svarpersonerne i SUSY UDSAT været indlagt på hospital inden for de sidste tre måneder mod kun 2,5 % i den øvrige befolkning. Disse tal vidner om, at de socialt udsatte tilsyneladende tager kontakt til sundhedsvæsnets, hvis det er nødvendigt. Eftersom de socialt udsatte i langt højere grad er udsat for sygdom og helbredsproblemer, er dette som udgangspunkt et positivt resultat. I interviewene viser der sig dog en mindre entydigt tendens sammenlignet med SUSY UDSAT resultaterne. Dette leder til spørgsmålet om, hvilke faktorer, der har betydning for, at de socialt udsatte tager kontakt til sundhedsvæsnets – hvad fremmer og hvad hindrer denne kontakt?

Interviewene belyser endvidere, hvordan de socialt udsatte oplever mødet med sundhedsvæsnets. Hvilke positive og negative oplevelser har de? Interviewene bidrager i forhold til dette tema til en større forståelse.

Sundhedsvæsnets skal i det følgende forstås bredt og dækker over følgende instanser: egen læge, skadestue, psykiatrisk skadestue, hospital, ambulatorier, misbrugscentre og behandlingscentre. Misbrugsbehandlingscentre indgår, da mange af interviewpersonerne selv definerer kontakt til sundhedsvæsnets til også at omfatte indlæggelser i forbindelse med afrusning, ophold på behandlingscentre og lignende.

Generelt har interviewpersonerne ret forskelligartede oplevelser af deres kontakt til sundhedsvæsnets, og de fleste har både positive og negative erfaringer. Der tegner sig således hverken et entydigt positivt eller entydigt negativt billede af kontakten til sundhedsvæsnets. Igen er det væsentligt at fremhæve, at nedenstående analyse bygger på interviewpersonernes egne fortællinger og erfaringer. Det centrale her er, hvad interviewpersonerne selv føler, de har oplevet, og ikke, om de nedenfor nævnte eksempler og historier er endegyldigt sande eller falske.

Hvad fremmer og hindrer, at de socialt udsatte tager kontakt til sundhedsvæsnets?

I forhold til hvorvidt og hvornår man som socialt udsat tager kontakt til sundhedsvæsnets, ser man i interviewmaterialet tre tendenser: én gruppe føler sig helt tryk ved sundhedsvæsnets og tager uden problemer kontakt, hvis de har behov for det. En anden gruppe tager kun kontakt, hvis de befinder sig i en ekstrem situation og virkelig har brug for hjælp. Denne gruppe er størst og udgør cirka halvdelen af interviewpersonerne. Og for enkelte er der tale om, at de slet ikke eller kun meget sjældent tager kontakt til sundhedsvæsnets, fordi de nærer en udpræget mistillid til sundhedsvæsnets baseret på tidligere, dårlige erfaringer. De har en følelse af at have været *"kørt rundt i systemet"*.

Tillid til systemet fremmer en jævnlig kontakt

I den første gruppe, der generelt nærer tillid til sundhedsvæsnets, og som tager kontakt, hvis det er nødvendigt, finder man både interviewpersoner, som kan betegnes som markant socialt udsatte og personer, som i langt mindre grad er udsatte. Det synes heller ikke at være sådan, at det udelukkende er dem med det største behov (fysisk og psykisk), som jævnligt tager kontakt, og som har tillid. I denne gruppe finder man eksempelvis både Birgit, Mogens og Poul, hvis sociale og helbredsmæssige omstændigheder må betegnes som værende meget forskellige. Birgit er både socialt og helbredsmæssigt meget udsat, men fortæller, at hun sørger for at få taget kontakt til læge, skadestue og lignende, når der er brug for det. Hun siger:

"Jeg bliver nødt til at passe på mit helbred og gøre noget ved det, når der er noget. Og høre efter, hvad der bliver sagt". (Birgit)

Selvom hun også har haft enkelte dårlige oplevelser med eksempelvis sin læge (se afsnittet *'Mødet med sundhedsvæsnets'*), har hun grundlæggende tillid til sundhedssystemet, og derfor er det ikke svært for hende at tage kontakt. Hun får taget blodprøver hver uge, har lige været til hudlæge på grund af nogle sår på ryggen, får jævnligt lavet mammografi og går ofte til underlivsundersøgelse. Også Mogens og Poul har tillid til sundhedsvæsnets og tager kontakt, hvis behovet er der. Fælles for de to er dog, at de helbredsmæssigt befinder sig i den mere privilegerede ende, hvorfor deres behov for at kontakte blandt andet læge ikke er så stort.

Jonas er generelt også positivt indstillet overfor sundhedsvæsnets og tager normalvis kontakt, hvis han har behov for det. Han nævner dog, at hans kontakt besværliggøres, fordi

han som hjemløs ofte mister sine ting, heriblandt også sit sygesikringskort, og så er det svært at få skaffet et nyt, fordi han ikke har en fast adresse at få udstedt det til.

Generelt er denne gruppe således kendetegnet ved en grundlæggende tillid til systemet, og de føler generelt, at de får den hjælp, de skal have.

Kontakt - kun i nødstilfælde

En større gruppe interviewpersoner fortæller, at de kun tager kontakt til sundhedsvæsenet i nødstilfælde, det vil sige, når de befinder sig i en ekstrem situation – i flere tilfælde en livstruende situation.

Karen fortæller, at det ikke var på grund af utryghed eller manglende tillid til sundhedssystemet, at hun ikke tog kontakt, da hun var aktiv stofmisbruger. Hun syntes ganske simpelt ikke, at det var nødvendigt:

”Når man er helt derude, så er alt jo lige meget. Det eneste det drejer sig om, det er at få stoffer. Slukke for det hele. Så jeg var sådan set ligeglad. [...] Normalt så beder man altså ikke om hjælp, man gemmer det jo, ikke? Det er kun i yderste nødstilfælde, at man bøjer sig og beder det offentlige om hjælp”. (Karen)

For Karen og flere andre interviewpersoner er der således tale om, at stofmisbruget overskygger alt, herunder også behovet for at søge hjælp i forbindelse med sygdom. De gange, hvor Karen har taget kontakt til sundhedsvæsenet, har for det meste været ekstreme tilfælde, eksempelvis fordi hun har været udsat for vold af sin kæreste. Eller som i nedenstående tilfælde, hvor hun fortæller om den situation, hvor hun besluttede sig for at gå i behandling for sit misbrug, og hvorfor hun tog kontakt til et misbrugscenter:

”Jeg tror faktisk, at det var, fordi jeg var bange for, at min kæreste havde fået en kokainpsykose. Han var skingrende sindssyg. Der var knive og våben og overvågningskameraer alle steder, fordi han var sikker på, at politiet kom kravlende ind imellem teglen. Og han sad ude mellem træerne, han var skingrende... Og så sad han og gnubbede sig med en neglebørste i flere timer, fordi der kom dyr ud af kroppen på ham. Og så tænkte jeg, det her, det kan jeg ikke være i. Jeg turde jo ikke lægge mig til at so-

ve og hvad med ungerne? Og så tænkte jeg, at nu må jeg gøre noget. [...] [Børnene] synes jo bare, han var sindssyg, og det var han jo også. De var da selvfølgelig heller ikke trygge ved det. Men altså, jeg vidste, at han ville ikke gøre dem noget, det har han jo aldrig gjort, det er kun mig, det er gået ud over, heldigvis. Jeg tænkte bare, hvis han lige pludselig tror, at de står og vil gøre ham et eller andet, så kan det jo godt være, at han kunne finde på noget, ikke? Jeg tror, det var det, der fik mig til at søge hjælp". (Karen)

Eksemplet med Karen viser, at det at tage kontakt og søge hjælp til sine problemer for nogle først bliver aktuelt i ekstreme situationer, hvor der er risiko for, at man selv eller som her, børnene, er i fare.

Anne fortæller, at hun også har haft det helbredsmæssigt dårligt uden at tage kontakt til sundhedsvæsenet, og at hun har udskudt det, indtil situationen blev ekstrem. Samtidig med en blodprop i lysken havde hun infektioner i hele kroppen samt en blodprocent på 3,2 (kvinders blodprocent ligger normalt mellem 7 og 10). Hun fortæller, at hun var træt, at hun indimellem besvimed og i det hele taget var "rigtig syg". På trods af sit dårlige helbred søgte hun ikke hjælp, fordi hun ikke syntes, hun havde tid til det. Den energi hun havde, brugte hun enten på at hente stoffer eller skaffe penge til stoffer. Den situation, Anne og de øvrige stofmisbrugere befinder sig i, hvor misbruget og det næste fix fylder alt, gør, at smerterne falder i baggrunden. På samme måde bliver det at få hjælp og behandling også nedprioriteret til fordel for misbruget, indtil situationen er ekstrem.

Andre interviewpersoners begrænsede kontakt til sundhedsvæsenet hænger ikke så meget sammen med et misbrug, men snarere det, at man udskyder det at tage kontakt, og at man bare ikke lige får taget kontakt, selv om behovet i nogle tilfælde er tydeligt. Dette er for eksempel tilfældet for Jens i forbindelse med en blodprop. Her valgte han at ignorere personalets opfordring om at tage til læge og blive undersøgt og udskød lægebesøget til senere, fordi han "sgu nok selv skal bestemme", hvornår han skal gå til læge. Det senere lægebesøg sendte ham direkte på sygehuset.

Palu overvejer at kontakte sin læge på grund af daglige problemer med vejrtrækningen og en galoperende puls, men indtil videre har han ikke gjort det. Man får i Palus tilfælde en fornemmelse af, at han mener, det ikke kan betale sig at kontakte lægen for "så lidt". Han

siger, at han *"jo bliver nødt til at leve med"* de problemer, han nu har. På spørgsmålet om, hvorvidt han tager kontakt til sundhedsvæsnet, hvis han har brug for det, svarer han:

"Altså... så skal det begynde at blive rimelig slemt, før jeg gør det. Så at nu kan jeg ikke selv klare det, så spørger jeg efter hjælp. Men det er nok så måske også på et tidspunkt, hvor det er ved at blive lidt... for sent at spørge... Altså, jeg er ikke sådan en, der gider presse på for ingenting". (Palu)

Det fremgår ikke klart, om den begrænsede kontakt, og udskydelse af kontakten til sidste øjeblik, skyldes, at de ikke indser situationens alvor, eller om de bevidst undlader at tage kontakt måske af frygt for diagnosen og konsekvenserne. Ét interview efterlader dog et indtryk af, at frykten for diagnosen fører til en bevidst undgåelse af kontakt. Her udskyder interviewpersonen en nærmere undersøgelse af sine hjerteproblemer, fordi *"tænk, hvis jeg fejler noget"*.

En begrænset kontakt til sundhedsvæsnet kan også hænge sammen med – og forværres af – ensomhed. Hvis man i forvejen kun tager kontakt til lægen i nødstilfælde, hjælper det ikke på situationen, hvis man samtidig bor alene og kun sjældent har kontakt til andre mennesker. Ulrik fortæller for eksempel, at han lige har været indlagt ugen forinden interviewet, fordi han havde ligget helt alene i 1½ uge i sit eget hjem uden at få mad og drikke og uden at få sine stoffer. Han fortæller: *"til sidst tog jeg mig sammen"*, og han tog hen til et herberg, hvor han ind imellem kommer. Herefter blev han så indlagt.

Ovenstående viser, at ensomhed, et massivt misbrug og en mere eller mindre bevidst negliger og udskydelse af problemerne medvirker til nogle socialt udsattes relativt begrænsede kontakt med sundhedsvæsnet.

Mistillid og dårlige erfaringer hindrer kontakten

Som nævnt tager enkelte interviewpersoner slet ikke – eller kun meget sjældent – kontakt til sundhedsvæsnet på grund af en generel mistillid til systemet baseret på tidligere, dårlige erfaringer. I denne gruppe finder man Adam, der nærer en dyb mistillid til sundhedsvæsnet og fortæller, at han ikke har andet end dårlige oplevelser. Han fortæller i relation til sit beskadigede knæ, at han føler sig snydt og holdt hen af sin tidligere læge, idet han har stået på en ikke-eksisterende venteliste i 4½ år:

"Jeg har det ikke så godt med læger [...] Altså, jeg har svært ved at tænke tilbage på, at jeg har været på en venteliste på grund af sådan en snotbolle. Som jeg snakkede med en sygeplejerske om... som har set på min sag, som også siger, at det der, det lugter langt væk af, at vi er blevet misbrugt. Altså, vi er 5-6 stykker, der har været på den der "såkaldte" venteliste. [...] Vi er bare blevet... ja, bollet i hoved og røv. Alt det kunne jeg have undgået, hvis jeg var blevet opereret, og det er også derfor, min nye læge, han sad og bed sig selv i storetåen, fordi det var ret flovt at skulle sidde og undskylde sin kollega på den måde". (Adam)

Adam har nu fået en ny læge men kan ikke blive opereret, før han er fysisk og psykisk stabil. Hele episoden har givet Adam en meget negativ indstilling, og interviewet med ham efterlader et indtryk af, at han har opgivet, at hans situation kan blive bedre. Mistilliden gør også, at han undlader at tage kontakt til sundhedsvæsenet med andre helbredsproblemer. Han fortæller, at han ikke tager på skadestuen, når han har oplevet voldelige overfald, og han "gider ikke" at få undersøgt sine tilbagevendende hjertekramper. Han er generelt træt af at blive "kørt rundt i systemet" og siger, at han "overhovedet ikke" har tillid til sundhedsvæsenet.

Mistilliden og den manglende kontakt til sundhedsvæsenet synes at hænge sammen med en følelse af, at de socialt udsattes problemer ikke tages alvorligt, og at dem, de henvender sig til for at få hjælp ikke har tiltro til, at de ønsker hjælp. Dette fremhæves som en barriere for at tage kontakt og som argument for at opgive at tage kontakt. Interviewpersonerne fortæller, at det er afgørende, at de tages alvorligt i de tilfælde, hvor de endelig får mobiliseret ressourcer til at tage kontakt til lægen med helbredsproblemer, eller til et misbrugscenter med misbrugsproblemer. Som eksempel på en situation, hvor han ikke blev taget alvorligt, fortæller Ole, at han i forbindelse med et selvmordsforsøg tog på psykiatrisk skadestue for at få hjælp. Her fik han den besked, at han ikke var syg nok:

"Jeg tog ud på psykiatrisk afdeling og snakkede med dem. Og så kom der en læge og overbragte mig nyheden, at jeg var ikke syg nok. [...] Jeg var ikke syg nok. Selvom jeg ville tage livet af mig selv. [...] Trods det, at jeg sad med... jeg havde skåret mig både det ene og det andet sted. Og virkelig havde prøvet at tage livet af mig selv. Og så vil jeg da mene, at man har behov for hjælp.

Men det syntes de åbenbart ikke. Og så havde jeg det bare sådan, jamen altså "gå hjem og pak din taske og hold ferie, fordi det er det, du gør. Du vil jo ikke hjælpe mennesker, der har brug for det". (Ole)

Denne oplevelse har skadet Oles tillid til sundhedsvæsenet, og han fortæller videre, at episoden endte med, at han tog hjem igen og fortsatte sit misbrug.

Mødet med sundhedsvæsenet

Omgangstonen mellem de socialt udsatte og sundhedspersonalet

Interviewpersonerne har også forskellige oplevelser af, hvordan de bliver taget imod, når de for eksempel bliver indlagt eller tager på skadestuen. De fleste interviewpersoner har eksempler på, at de er blevet mødt med en nedladende og nedværdigende tone; at de hermed er blevet mødt som 'misbruger' eller 'hjemløs' i stedet for som patient. Men enkelte interviewpersoner har også eksempler på positiv behandling, hvor de er blevet mødt med venlighed og er blevet behandlet "pænt". Typisk for fortællingerne om den positive tone er, at interviewpersonerne mener, at det kommer an på, hvordan de selv opfører sig. Anne siger:

"Når jeg har opført mig pænt, så har folk også behandlet mig ordentligt. [...] De har altid været gode ved mig og egentligt prøvet at række hånden ud til mig, også når jeg ikke ville tage imod den". (Anne)

Jonas beskriver også det sundhedspersonale, som han har haft kontakt med, som "utrolig flinke og venlige", og han har ikke følt sig set ned på eller behandlet anderledes, fordi han er hjemløs og misbruger.

Følelsen af at være blevet mødt med venlighed og forståelse præger også Anders, i særdeleshed i forbindelse med hans seneste indlæggelse på psykiatrisk skadestue efter et selvmordsforsøg. Anders har dog haft både positive og negative oplevelser som patient i sundhedsvæsenet, og han fortæller her, hvor meget dét at blive mødt med forståelse betyder for hans motivation for, og forsøg på, at gå i behandling for sit stofmisbrug. Om den seneste indlæggelse på psykiatrisk skadestue siger han:

”Altså, de var rigtig gode. Det synes jeg, de var. Jeg var jo misbruger, og derfor kom jeg jo også over på åben og fra åben over i behandling, fordi jeg var misbruger. Men ja, de havde forståelse for min situation, de havde forståelse for, hvor jeg var på det tidspunkt, og de hjalp mig meget. [...] Jeg har været indlagt to gange før. Også i forbindelse med stoffer. Men det er ligesom først denne her gang, at jeg har mødt forståelse. De to andre gange var jeg indlagt på [X], og der var det meget hårdt. Altså, jeg var jo bare misbruger, så jeg skulle ud hurtigst muligt. Men her [Y] gik de virkelig ind og arbejdede med mig, fordi jeg havde de selvmordstanker, som jeg havde. Og de tog virkelig vare på mig. Så på det punkt var jeg glad for, at jeg kom op på Y. Fordi jeg mødte forståelse”. (Anders)

Der er således fortællinger fra interviewpersonerne om positive møder med sundhedsvæsenet, men som i Anders' ovenfor beskrives det positive ofte i kontrast til andre møder, der langt fra blev opfattet positive.

De fleste interviewpersoner har oplevet at blive set ned på, at blive talt til i en nedværdigende og nedladende tone og i det hele taget at blive behandlet anderledes, fordi de falder udenfor kategorien 'den almindelige patient'. På grund af misbrug, hjemløshed eller andre sociale problemer, skiller de socialt udsatte patienter sig typisk ud i forhold til udseende, personlig hygiejne og væremåde sammenlignet med de øvrige patienter, og de socialt udsatte patienter oplever, at deres anderledeshed medfører en mindre grad af imødekommenthed og en negativ omgangstone fra sundhedspersonalets side.

Sådanne negative oplevelser står tilsyneladende i skarp kontrast til den øvrige befolknings oplevelser og tilfredshed med sundhedsvæsenet. En dansk undersøgelse af patienters oplevelser på landets sygehuse fra 2006² viser, at 9 ud af 10 patienter samlet set har et virkelig godt eller godt indtryk af deres indlæggelse. Interviewene med de socialt udsatte efterlader ikke et tilsvarende positivt billede af mødet med sundhedsvæsenet. Interviewpersonerne fortæller, at de føler sig som en slags 'andenrangsmennesker', hvis behov for hjælp ikke anses lige så stort som 'almindelige' menneskers. De føler sig tilsidesat. Jens og

² <http://www.sum.dk/sum/site.aspx?p=1295&t=ForsideVisartikel&Articleid=4188>, besøgsdato 06.01.09.

Kasper fortæller, at de har mærket forskelsbehandlingen på den måde, at de er blevet sprunget over i køen i venteværelset og har måttet vente i længere tid end andre patienter på for eksempel at blive tilset eller få vand. De har også mødt bemærkninger som ”*Jamen, det er bare en hjemløs*”, ”*du må sgu vente*” og ”*svin*”. Birgit har i forbindelse med sine indlæggelser adskillige gange fået at vide, at ”*det ikke er noget hotel*”, og hun fortæller, at hun sagtens kan se på personalet, at de tænker dårligt om hende. Hun fortæller videre:

”Der var en læge, der engang spurgte, om jeg var gravid. Så sagde jeg: ”Nej, det kan jeg ikke være”. ”Nå, men det kunne godt være, du ikke kunne huske det”. Så sagde jeg: ”Det kan jeg altså godt huske”. Altså, nedlædning og sådan noget. Man bliver så ked af det. Jeg bliver ikke gal, jeg bliver ked af det”. (Birgit)

Maria har på lignende vis oplevet en nedværdigende tone fra lægens side. Under et lægebesøg fik hun for eksempel at vide, at hun ”*bare kan gå ud på gaden og trække*”. Stig har følt sig talt ned til i en situation, hvor han blev informeret om, hvad hans psykiske sygdom gik ud på. Han fik her at vide af en sundhedsfaglig kontaktperson, at hun ’godt kunne se, at han var lidt forstyrret, men det måtte han lære at leve med’. Stig oplevede denne kommentar som nedladende og beskriver situationen som ubehagelig.

I visse tilfælde oplever de socialt udsatte ikke blot en nedværdigende omgangstone og tiltalemåde, men også en nedværdigende behandling. Dette er tilfældet for Jens og Kasper, der som tidligere nævnt oplevede at blive sprunget over i køen i venteværelset. Asger giver også et eksempel, hvor han var indlagt med et inficeret ben:

”Den ene kirurg, da jeg lå oppe på hospitalet... da jeg kom og han så på mine ben. Så siger han: ”Jamen, det der ben, det skal jo af”. Så tog han en pincet, der var lige så lang som den her lineal, og så plantede han den sådan et stykke nede i benet på mig. ”Swap”, sagde det bare, så sad den bare sådan der. Så sagde han: ”det kan du jo godt se, det skal jo af”. Og så gik han. Og så sad den pincet bare der og vibrerede. [...] Jeg begyndte at tude. Ikke fordi, det gjorde ikke ondt, for benet var jo fuldstændig inficeret. Du kunne stå på det, jeg kunne ikke mærke en skid. Det var ikke dét. Det var bare synet af det. Og så det der med ”det skal jo af, det kan du jo godt se”. (Asger)

Johnny føler sig også dårligt behandlet som hjemløs i sundhedsvæsnet. De negative oplevelser består blandt andet i, at han oplever at vente i længere tid end andre, og at han føler, at sundhedspersonalet møder ham med en holdning om, at hans problemer er selvforskyldte. Han fortæller om en situation, hvor han kom på skadestuen, fordi han efter et epilepsianfald havde et hul på benet. Han siger i denne forbindelse:

"Men man ville ikke indlægge mig. Jeg ville jo gerne have været indlagt jo. Ja. Lige få lidt fred. Nej, man indlægger ikke folk for sådan et lille sår. [...] De lagde lige lidt forbindelse på, dut, dut, dut, dut, så ud med dig igen. Kan du hygge dig. Ha en god dag. Jeg synes ikke, man passer på os i dag. Det gør man ikke. Ikke som hjemløs, nej. De kan ikke lide os. De hader os, mand".
(Johnny)

Selvom en indlæggelse i Johnnys tilfælde måske ikke har været nødvendig, men snarere har været ønskelig med henblik på at få lidt fred og ro i en kaotisk tilværelse, har hele episoden lagret sig i ham som noget negativt og er medvirkende til, at han føler sig dårligt og anderledes behandlet.

Som det fremgår af ovenstående har flere interviewpersoner oplevet nedladende og nedværdigende kommentarer – og sommetider også nedladende behandling – fra sundhedspersonalets side. En enkelt interviewperson (Anne) fremhæver dog også, at eventuelle negative oplevelser med sundhedsvæsnet til dels kan hænge sammen med den socialt udsattes egen indstilling til sin sygdom og indlæggelse. Anne var på et tidspunkt indlagt for en blodprop i benet samtidig med, at hun havde nogle infektioner i kroppen, som hun aldrig fik svar på, hvad var, fordi hun udelukkende tænkte på stoffer. Hun siger:

"Jeg ved stadig ikke, hvad der er. Og jeg gik heller ikke op i det, da jeg var indlagt. Altså, det jeg gik op i, var, at jeg skulle stadigvæk have mine stoffer. Jeg skulle stadigvæk have min kokain. Altså igen, jeg var ikke ligeglad, men det betød heller ikke noget. Og da lægen sagde til mig, at jeg rent faktisk kunne dø af der her, jamen.. det var ikke dét, der betød noget. Jeg blev ked af det og begyndte at græde, da han sagde, at jeg ikke måtte tage stoffer, mens jeg var indlagt. Og at han ville stoppe behandlin-

*gen, hvis det var, hvis han fandt ud af det. Men det andet det...
Jeg tog ikke stilling til det. Og det interesserede mig egentligt ikke, hvad jeg fejlede. Jeg ville bare videre". (Anne)*

Anne blev ikke udsat for dårlig eller nedværdigende behandling her, men eksemplet kan illustrere, hvordan en konflikt mellem den socialt udsatte og sundhedspersonalet let kan opstå, fordi de hver især prioriterer forskelligt.

Når systemet svigter

Der fortælles også om eksempler på situationer, hvor de interviewede har fået forkert behandling, eller hvor deres henvendelser med helbredsproblemer ikke er blevet taget alvorlige. Som allerede nævnt er dette tilfældet for Adam, der i flere år tilsyneladende stod på en fiktiv venteliste til en knæoperation. Johnny fortæller om en situation, hvor han var indlagt på grund af rosen i benene og skulle have suget blodrester og væske væk, der havde samlet sig ved knæet. Ifølge Johnny var det en meget ubehagelig oplevelse, hvor lægen tilsyneladende begik flere fejl, hvilket Johnny efterfølgende har fået bekræftet af en sygeplejerske. Det er uklart, hvad der præcist gik galt, men Johnny fortæller, at det var en meget smertefuld situation. Han fik ikke tilstrækkeligt med smertestillende, og ifølge ham selv blev han også udskrevet for tidligt.

Flere, men ikke alle, de øvrige interviewede kan give lignende eksempler på, at smerter ikke blev taget alvorligt, eller at abstinenser ikke blev lindret. Daniel mener ligesom Johnny, at sundhedspersonalet er "*meget, meget påpasselige*" i forhold til at lindre smerter. Han har i flere tilfælde oplevet ikke at få lindret sine smerter, og det er hans erfaring, at sundhedspersonalet ikke hører patienterne. "*De lytter, men de hører ikke efter*", siger han.

Andre interviewpersoner berører også dette med 'for tidlig' udskrivning, og at de er blevet udskrevet fra hospitalet uden at være blevet færdigbehandlet. Heriblandt Jens, som blev indlagt i forbindelse med et selvmordsforsøg. Han mener selv, at han i dette tilfælde blev udskrevet for tidligt. Enkelte af de interviewede fortæller dog, at de selv har været ansvarlige for den for tidlige udskrivning; det gælder eksempelvis Palu og Ulrik, der har udskrevet sig selv. For Ulriks vedkommende skete det af praktiske grunde, fordi han ville hjem og passe sine fugle. Han opfordredes til at forblive indlagt et par dage ekstra, men valgte at tage hjem, fordi han ifølge eget udsagn ikke havde nogen til at hjælpe sig med praktiske problemer. For Palus vedkommende skete den selvforanstaltede udskrivning, fordi han

ikke "gad" være indlagt. En eventuel fejlagtig og for tidlig udskrivning kan således tilsyneladende både være foranlediget af sundhedspersonalet og af den udsatte patient selv.

Som eksempel på en situation, hvor han selv mener, han er blevet fejlbehandlet, fortæller Kasper, at han i forbindelse med et blackout blev indlagt på psykiatrisk skadestue, hvor han antageligvis blev overmedicineret med Fenemal; et præparat der blandt andet bruges til at behandle alkoholabstinenser, og som kan være farlig ved overdosis, fordi det undertrykker vejtrækningen. Udover at Kasper selv følte det som en overmedicinering, har sygeafdelingen på et herberg efterfølgende også fortalt ham, at han blev overmedicineret.

Både Stig og Knud har oplevet, at de måtte insistere på at blive taget alvorligt og blive undersøgt for henholdsvis HIV og halskræft. I Stigs tilfælde insisterede han på at blive testet for HIV anden gang, selvom den første test var negativ. Anden test var positiv. Knud fik undersøgt en knude i sin hals ved to forskellige læger i sit lægehus, men fik at vide, at han ikke fejlede noget. Men Knud var sikker på, at "der er noget, der er tosset", og derfor skiftede han læge. Den nye læge konstaterede, at knuden i halsen var halskræft.

De interviewede kan således komme med en række eksempler, hvor de har følt sig svigtet af sundhedsvæsenet. Om der ud fra et lægefagligt perspektiv er tale om deciderede fejlbehandlinger er uklart, men uanset dette, har de pågældende personer oplevet det som et form for svigt fra systemets side.

Karen beskriver i det følgende 'systemets svigt' i hendes tilfælde. Hun henviser her til hele det offentlige system og således ikke blot sundhedsvæsenet. Dette er også kendetegnende for mange af de øvrige interviewede; at man indimellem føler sig svigtet og overset af både social- og sundhedsvæsenet. Karen siger:

"Jeg startede med at gå på alkoholambulatoriet. Men fordi jeg havde et arbejde, så kunne de ikke hjælpe mig. Så syntes de, jeg klarede min situation eller havde styr på mit liv. Jeg kunne bare tage min antabus, og så kørte det jo fint. Og jeg har også været på børnerådgivningen for at bede om hjælp til mine børn. Og fik afslag. Fordi der kom sådan en "pædagog" hjem og blev en time og så, at huset var jo rent og pænt, og børnene, de sultede jo ikke, så det klarede jeg jo fint. Så kunne jeg ikke få hjælp. Da drak jeg altså som et hul i jorden". (Karen)

Opsamling

SUSY UDSAT viste, at der er en større andel blandt de socialt udsatte grupper, der inden for de sidste tre måneder har haft kontakt til sundhedsvæsnen end blandt den almindelige danske befolkning. Samme entydige mønster genfindes dog ikke i interviewene, og overordnet set kan de interviewede fortælle om både positive og negative oplevelser med sundhedsvæsnen. I forhold til om de socialt udsatte tager kontakt til sundhedsvæsnen, kan interviewpersonerne inddeles i tre forskellige grupper: én gruppe tager kontakt, når de har behov for det og er kendetegnet ved at have tillid til systemet. En anden gruppe tager kun kontakt til sundhedsvæsnen i nødstilfælde, og når deres helbredsmæssige situation er ekstrem. Udskyldelsen af kontakten skyldes i visse tilfælde et massivt stof- eller alkoholmisbrug og i andre tilfælde ensomhed eller en mere eller mindre bevidst nedprioritering af problemerne. En tredje gruppe er karakteriseret ved at nære en grundlæggende mistillid til sundhedsvæsnen på grund af tidligere, dårlige erfaringer, hvilket betyder, at de slet ikke, eller kun meget sjældent, tager kontakt.

I relation til selve mødet med sundhedsvæsnen fortælles om erfaringer med at blive mødt med en nedladende tone, en mindre grad af imødekommenhed og i nogle tilfælde også en nedværdigende eller manglende behandling fra sundhedspersonalets side. De socialt udsatte føler ofte, at deres problemer ikke tages alvorligt, de føler sig anderledes og indimellem også svigtet af systemet, eksempelvis i forhold til smertelindring eller for tidlig udskrivning. Der kan også opstå konflikter mellem sundhedspersonalet og de socialt udsatte på grund af en forskellig prioritering fra de to parter side, for eksempel hvor misbrugerens forbindelse med en indlæggelse prioriterer sit misbrug frem for behandling af sygdommen. Enkelte interviewpersoner har også positive erfaringer med sundhedsvæsnen.

Det psykiske er det hårdeste – at leve et uværdigt liv

SUSY UDSAT viser, at mange socialt udsatte har et dårligt psykisk velbefindende og et dårligt psykisk helbred, og at de psykisk har det markant dårligere end den øvrige befolkning. Eksempelvis føler hver fjerde socialt udsatte sig ofte stresset i dagligdagen mod cirka hver tiende i den øvrige befolkning. 37 % føler sig aldrig eller kun lidt af tiden fuld af energi mod 10 % i den øvrige befolkning. Inden for en 14-dages periode, har hver fjerde socialt udsatte været meget generet af ængstelse, nervøsitet, uro eller angst – eller været meget nedtrykt, deprimeret eller ulykkelig – mod 3 % i den øvrige befolkning.

Resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen kan ikke forklare, hvorfor så mange socialt udsatte har det psykisk dårligt, eller hvordan det opleves at leve som socialt udsat - hvad der kan ligge bag ved det dårlige psykiske velbefindende. En sådan større forståelse giver interviewene.

Ud af 25 interviewpersoner fortæller 22 om psykiske problemer og om, hvor psykisk belastende livet som socialt udsat er. Betegnelsen psykiske problemer dækker med interviewpersonernes egne ord blandt andet over at have det psykisk dårligt, være psykotisk, voldsomme humørsvingninger, lavt selvværd og angst og for nogen også om diagnosticerede psykiske sygdomme som depression, maniodepressiv psykose, skizofreni og paranoid skizofreni. Fortællingerne om egentlige psykiske sygdomme behandles sidst i dette kapitel.

For mange er livet som socialt udsat præget af at have det psykisk dårligt på en måde, der i de fleste tilfælde dækker over meget andet end egentlig psykisk sygdom. Kasper beskriver følelsen kort og præcist: *"Inderst inde, jo, jeg havde det... jeg havde det ad helvedes til"*. De interviewede fortæller, at de lider af kraftige humørsvingninger, at de ofte føler sig angste og ensomme, og at de psykisk har svært ved at tackle dét at være socialt udsat. Jonas siger, at *"det psykiske"* er det hårdeste ved hans liv som hjemløs stofmisbruger. På spørgsmålet om, hvordan han har det rent psykisk og humørmæssigt med det liv, han lever, svarer han:

"Det er da hårdt. Det er nok det, der er det hårdeste... Man går og tænker på alle de ting, man gerne vil, og man har sine børn,

og man kan jo ikke - forudsætningerne er der ikke for det. Så det er hårdt rent mentalt og psykisk at være hjemløs". (Jonas)

For de interviewpersoner, der tidligere har været i job, og som har familie, de tidligere har boet sammen med, betyder tankerne om det liv, der engang har været, meget for deres psykiske velbefindende. Adam siger, at han *"sgu godt nok har det dårligt"* psykisk, og at han har svært ved at kapere, hvad der er sket i hans liv. Adam er uddannet kok. Det er et arbejde, som han har været glad for, og som har betydet meget for ham. I forbindelse med arbejdet som kok fik han ødelagt sit knæ og begyndte et pillemisbrug, og i samme periode begik et nært familiemedlem selvmord. Det er starten på Adams sociale deroute. Han er hjemløs og hans stofmisbrug er i dag accelereret, og han ryger heroin. Selve interviewet får ham til at tænke tilbage, og det gør ham ked af det.

Kasper har på samme måde vanskeligt ved at forstå sin deroute. Han fortæller, at han begyndte at drikke for at klare presset på sit arbejde:

"Lige pludselig, så bukkede jeg totalt under, det gjorde jeg. Det bevirkede så, at jeg har mistet min kone... jeg har så til dels også mistet mine børn... fordi... jamen, det eneste, der bare stod for mig, det var simpelthen bare at dulme nerverne. Og fortrænge alle de tanker man gik rundt med af forskellig art. [...] Og det er et helvede af den anden verden, ikke. [...] Så altså, fra at være sådan... hmmm... pænt oppe ad rangstigen, jamen, der er man så landet helt nede i kælderens. Og det gør ondt ad helvede til". (Kasper)

Selve dagligdagen som socialt udsat synes at påvirke det psykiske velbefindende negativt. For Oles vedkommende handler det om en evig kamp med den dårlige samvittighed over de voldsepisoder, han har været indblandet i tidligere i sit liv. Kasper fortæller, at perioden, hvor hans alkoholmisbrug var på sit højeste, udelukkende var præget af søvn og druk og en følelse af, at alt kunne være *"pisse lige meget"*. Det er generelt en følelse af, at tilværelsen og det liv, man lever, ikke er noget liv. Sådanne følelser er også fremtrædende for de øvrige interviewpersoner. Anders beskriver sin dagligdag som aktiv stofmisbruger som værende *"fyldt med ensomhed"*, fordi dagene gik med at skaffe stoffer og penge til stoffer.

Livet som hjemløs beskrives som stressende og mentalt hårdt, fordi de oplever ikke at have mulighed for at tage en pause og lade op. Jonas uddyber dette:

"Du skal være på, du kan ikke koble af, ligesom du kan, når du kommer hjem, hvor man bare kan slappe af. Det er hele tiden, 24 timer i døgnet, fra du står op, til du går i seng, ikke. Og det er sgu hårdt. Det er hårdt at være hjemløs. Det er hårdt at bo på gaden og bare være på gaden. Ikke at have et sted, hvor du kan lade op, hvor du lige kan få de der naturlige hvil. [...] Du kan ikke være dig selv, du har ikke de naturlige timer, som du også har hjemme i din lejlighed, som alle mennesker har, hvor de kan sætte sig ned og drikke et glas rødvin, gøre hvad de vil, hvor du bare er dig selv, eller måske med dine børn. [...] Vi bruger meget energi på at være hjemløs". (Jonas)

Jonas giver hermed én forklaring på, hvorfor socialt udsatte ofte kan føle sig stressede. Andre forklaringer som nævnes i interviewene er frygten for overfald eller tyveri eller den konstante mangel på penge og stoffer.

Foruden stress er livet som socialt udsat ofte også præget af ensomhed og en følelse af kun at kunne overskue sig selv. Jonas fortæller, at hjemløsheden gør, at han føler sig alene. Selvom han ofte er sammen med mange forskellige mennesker, opstår følelsen af ensomhed, fordi han ikke har lyst til at dele sine problemer og bekymringer med et netværk, der er så omskifteligt. Omgangskredsen, og dem han går med, skifter fra uge til uge, og det gør det svært at åbne op og snakke.

Birgit føler sig også meget alene og fortæller, at hun tror, at hun godt kunne ligge på sit værelse og dø af en overdosis, uden nogen ville opdage det. Hun er ked af, at hun ikke har mere kontakt med de mennesker, hun bor sammen med på det alternative plejehjem. Hun fortæller, at de sidder på deres værelser og ser fjernsyn "dag ud og dag ind", og at de ikke åbner døren, når hun banker på.

Ifølge Stig medfører de barske betingelser for livet på gaden, at man bliver mere hård og kold. Han fortæller, at livet på gaden har lært ham at blive "cool og et mandfolk og ikke en dum teenageunge".

Erik uddyber nedenfor sine følelser og beskriver sit sind som alkoholiker:

"Du er meget, meget egocentreret, når du drikker. Manipulerende og egocentreret. Du tænker sgu kun på dig selv og på flasken [...] Altså man bliver jo depressiv, og det er sgu svært at forklare, fordi du lever ikke et normalt liv, vel. Den ene dag tager bare den anden. Og man går og bruger en masse krudt på at tænke på, at i morgen bliver det bedre, og i morgen skal det være slut, ikke? Men det bliver det ikke. [...] Jeg lukkede mig meget inde. I starten gik jeg meget på værtshus, men ellers, de sidste 10 år, der har jeg jo drukket alene. Så bliver man asocial... og paranoid og alt muligt andet. Altså, jeg har kunnet lukke mig inde mange måneder ad gangen, hvor folk ikke så mig, og jeg tog ikke telefonen, åbnede ikke døren, fordi jeg kunne simpelthen ikke holde ud at snakke med nogen... og det eneste jeg kunne tage mig sammen til, det var måske at snige mig ned til købmanden. Og få nye forsyninger hjem. [...] Men når man sidder alene og bliver asocial og sidder og drikker, jamen, så føler man sig sgu også syg. Og det er jo klart, når man har siddet og pimpet tre flasker spiritus i sig om dagen igennem længere tid, jamen, så til sidst, så kan man jo ikke engang holde ud at se sig selv i spejlet. Så bliver man syg". (Erik)

Stress, ensomhed og dét kun at have overskud til at tænke på sig selv er følelser, som Jonas, Stig og Erik fremhæver, og som præger deres psykiske velbefindende. Andre fremhæver følelser af skam, lavt selvværd, manglende selvtillid og angst. Specielt kvinderne snakker om sådanne følelser. Anne fortæller, at hun ofte bliver ked af det, fordi der kommer følelser af "gammel skam" op, en følelse af ikke at være god nok og en følelse af "ikke at være værdig til at være på lige fod med alle andre". Selvom Anne i dag er stoffri, vælder disse følelser stadig op i hende indimellem. Maria, som er aktiv stofmisbruger, siger, at stofferne, hun tager, giver hende større selvtillid. Hun bliver bange og angst og føler, at alle folk kigger på hende og kan se, at hun er misbruger, hvis hun ikke tager sine stoffer. Følelsen af ikke at være god nok er således også fremtrædende hos Maria. Hun kan naturligt nok mærke på både sin krop og sit sind, at hun har været udsat for meget i og med sit stofmisbrug og sit liv som prostitueret. Hun siger: "Du kan ikke se det på mig. Men det

sidder herinde [holder hånden til hovedet]". Hun siger efterfølgende, at hun har mistet meget af sin værdighed og selvtillid.

De socialt udsatte oplever således, at deres psykiske velbefindende påvirkes af, at helt basale psykologiske behov som inklusion, omsorg, tryghed og positive tilkendegivelser fra omverdenen sjældent bliver opfyldt.

Som nævnt fortæller 22 ud af 25 interviewpersoner uddybende om at have det psykisk dårligt. De tre øvrige interviewpersoner beskriver deres psykiske velbefindende som *"rimelig godt"*. Poul og Mogens er blandt de tre. De er begge hjemløse og har et mindre alkoholmisbrug kendetegnet ved, at de ikke drikker dagligt. Ingen af dem kan betegnes som markant socialt udsatte, og de beskriver begge deres fysiske og psykiske helbred som *"rimelig godt"*. Dét, der af og til kan tage humøret fra dem, er bekymringer over deres økonomiske situation, eller at de mangler nogen at snakke med. Den tredje interviewperson, der beskriver sit psykiske velbefindende som rimelig godt, er Kaj, der fortæller, at han *"næsten altid er i godt humør"*. Dette er bemærkelsesværdigt, fordi hans fysiske helbred er meget dårligt, og han er blandt de mest socialt udsatte interviewpersoner. Men Kaj har tilsyneladende affundet sig med sin situation og prøver at få det bedste ud af den sidste del af sit liv. Han fortæller også, at han er tilfreds med sit liv, og videre: *"bare jeg vågner hver morgen, så er jeg sådan set glad, fordi det er det vigtigste"*. Kajs positive udtalelse om sit humør skal også ses i lyset af, at han formentlig synes, at han helbredsmæssigt (både fysisk og psykisk) har det bedre – relativt set – nu, hvor han bor fast på en social institution, og hvor han har skåret ned på sit alkoholforbrug. Tidligere drak han væsentligt mere og levede på landevejen. I hans optik, og med det liv han har bag sig, er det måske alligevel ikke så mærkeligt, at han er rimelig glad og tilfreds med at være i live.

Psykisk sygdom

Som nævnt tidligere har enkelte interviewpersoner – foruden en generel følelse af at have det psykisk dårligt – også psykiske sygdomme.

Der fortælles blandt andet om at være psykotisk og have vrangforestillinger og hallucinationer. Asger fortæller om en periode tidligere i sit liv, hvor han ville ønske, han kunne sove om natten uden at skulle tage noget, og hvor han ville ønske, han kunne holde dagen ud uden at skulle *"fare under sengen og ligge der, hver gang det ringer på døren"*. Anne fortæller på lignende vis om sit psykiske helbred, før hun blev stoffri:

"Mentalt var jeg også rigtig påvirket, og da jeg kom i behandling, fik jeg psykofarmaka, fordi jeg så ting, ånder og alt muligt over det hele [...] [Jeg] troede på, at de var der, og jeg troede, de kom ud af forskellige kontakter og ledninger, og jeg så dem rundt omkring og lavede ritualer for, hvornår jeg skulle i seng, og hvornår lyset slukkede, altså sådan... ja, meget tvangspræget". (Anne)

Danny og Stig er begge diagnosticeret skizofrene. Danny er paranoid skizofren og fortæller:

"Jeg har kun de stemmer der, det er sådan set det eneste, jeg fejler. [Jeg er] paranoid skizofren. Og det får jeg så medicin for. Jeg får sådan en lille lyserød pille hver morgen, som de giver mig. Fordi jeg glemmer det selv. Jeg tænker ikke over det. Jeg er så vant til at have de stemmer der. Det er først, når jeg har taget dem, så når der er gået en halv time, så lige pludselig, så... "ahhhh". Så slipper alle stemmerne, og så bliver der ro. Så er der kun mine egne tanker. [...] Jeg tror, jeg er født med det. Jeg har altid haft stemmer, tror jeg. Jeg kan slet ikke huske, at jeg ikke har haft det. Og det har altid noget med stoffer at gøre, eller også skal jeg gøre skade på mig selv. Så jeg har fixet snaps og whisky og alt muligt andet. Har jeg siddet og sprøjtet ind i min egen arm, ikke også. Og så på den måde, så fik jeg gjort skade på mig selv, og så forsvandt stemmen, ikke også, og så var der kun den anden tilbage, og den sagde, at jeg skulle springe ud foran en bus eller en lastbil eller et eller andet". (Danny)

Ligesom Danny har Stig også været psykisk syg en stor del af sit liv. Han fortæller, at han blev "psykisk nedbrudt i hvert frikvarter" i folkeskolen, og at han "blev jagtet rundt i skolegården" af andre elever. For Danny har den psykiske sygdom stor betydning for hans sociale liv; han har svært ved at være sammen med for mange mennesker. Hvis han for eksempel skal til familiefest, tager han ekstra medicin for at holde stemmerne væk og for at kunne holde det ud. Ulrik har ikke fået konstateret en psykisk sygdom men mener selv, at han lider af angstneurose. Han kan som Danny heller ikke være sammen med mange mennesker på én gang. Han bliver meget nervøs og får hjertebanken. Han fortæller videre:

"Jeg har ikke rigtig gæster, jeg gider ikke at have gæster. Også på sådan et lille værelse der, ikke. Jeg kan bedst lide at være alene. Stod det til mig, ville jeg gerne være i fængsel nu, så kan de kaste nøglen væk, bare jeg har kaffe, tobak og mit fjernsyn. Og en lille pibe, du ved. Jeg trives bedst i et fængsel. Jeg har siddet 14 år i fængsel". (Ulrik)

Birgit siger meget tidligt i interviewet, at hun har det *"psykisk dårligt"*. Hun er mani-depressiv og psykotisk og får dagligt antidepressiv og antipsykotisk medicin. Hun fortæller også, at hun har en borderline personlighedsforstyrrelse men uddyber ikke dette nærmere, fordi hun *"slet ikke tænker på den"*. Hun fortæller endvidere, at hun engang imellem får nervesammenbrud, fordi hun synes, det hele *"simpelthen er for meget"*, og at hun *"ikke kan klare det"*.

Opsamling

Ifølge SUSY UDSAT har mange socialt udsatte et dårligt psykisk velbefindende og et dårligt psykisk helbred. Resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen kan dog ikke give indsigt i, hvordan det opleves at leve som socialt udsat. De interviewede oplever næsten alle at have et dårligt psykisk velbefindende, og enkelte lider af egentlige psykiske sygdomme. De interviewede beskriver tilværelsen som præget af stress, ensomhed, angst og lavt selvværd, og deres psykiske velbefindende påvirkes således af, at basale psykologiske behov om tryghed og omsorg ikke opfyldes. Hovedparten fortæller, at 'det psykiske' er det hårdeste ved livet som socialt udsat. For enkelte hænger det dårlige psykiske velbefindende sammen med tanker om det liv, der engang har været med familie og arbejde. For de fleste hænger de psykiske belastninger sammen med en følelse af at leve et liv, der er uværdigt, skamfyldt og i de sorteste stunder føles forspildt og som et liv, der slet ikke er.

Seksuelle problemer og overgreb, vold og selvmordsforsøg – de værste sider af livet

SUSY UDSAT viser, at de socialt udsatte trives dårligt, og at de trives markant dårligere end den øvrige befolkning. Den enkeltes trivsel og livskvalitet påvirkes ikke mindst af udsathed for vold og seksuelle overgreb, og selvmordsforsøg må endvidere betragtes som udtryk for manglende trivsel og livskvalitet. SUSY UDSAT viser, at 43 % af de socialt udsatte har forsøgt selvmord mod 1 % i den øvrige befolkning, og at 25 % blandt de socialt udsatte har været udsat for grov fysisk vold inden for det seneste år mod 2 % i den øvrige befolkning. I forhold til seksuelle overgreb viser SUSY UDSAT, at de socialt udsatte kvinder er hårdt ramt. Andelen, der har været udsat for gennemført tvunget samleje, udgør eksempelvis 15 % blandt kvindelige stofmisbrugere og 20 % blandt kvindelige alkoholmisbrugere. Andelen blandt kvinder i den øvrige befolkning er 0,3 %.

Det kan være svært at indfange og forstå betydningen af sådanne alvorlige problemstillinger alene på baggrund af svar baseret på faste kategorier i et spørgeskema, som det er tilfældet i SUSY UDSAT. Fortællinger om seksuelle problemer, vold og selvmord fylder også meget i interviewene, og disse fortællinger kan netop bruges til at uddybe de ovennævnte tal og til at nærme sig en større forståelse af de faktorer, der spiller ind på de socialt udsattes livskvalitet.

Seksuelle problemer og overgreb

I interviewene fremhæves det, at den manglende opfyldelse af seksuelle behov er noget, der påvirker de interviewedes livskvalitet. Seksuelle problemer er ikke blevet belyst i SUSY UDSAT. De seksuelle problemer, interviewpersonerne omtaler, omfatter rejsningsproblemer, manglende lyst til sex, og for kvindernes vedkommende: følelsesmæssige barrierer og problemer med at have tillid til mænd og til, at sex kan være en positiv oplevelse.

Danny oplever rejsningsproblemer på grund af det medicin, han tager for sin psykiske sygdom. Af samme grund tager han Viagra. Danny fortæller, at han har det meget svært med, at sexlivet med hans kone altid skal planlægges, og det bevirker også, at de ikke har sex så ofte, som de gerne ville.

For Maria og Birgit er der tale om følelsesmæssige barrierer, der hænger sammen med deres fortid som prostituerede; og for Birgits vedkommende også en fortid med seksuelle overgreb og incest. Birgit fortæller:

"Jeg kan heller ikke... dyrke sex. Jeg har heller ikke lyst. Jeg gør det ikke selv eller noget. Det siger mig simpelthen ikke noget. Men jeg ville så gerne finde en sød partner..." (Birgit)

Maria har været prostitueret, siden hun var 16 år, og dette i kombination med et mangeårigt misbrug af kokain betyder, at hun i dag føler sig "ødelagt indvendig". Hun fortæller:

"Jeg kan mærke, når jeg er sammen med en mand, som... nu er han [kæresten], han er rigtig god ved mig. Specielt... [med lav stemme] når vi dyrker sex... så han er god ved mig. Det er han. Og der kommer nogle følelser op... jeg bliver ked af det, men det er glædestårer, men jeg bliver samtidig også, hold kæft, hvor er jeg bare ødelagt. [...] Jeg er så ødelagt indvendig". (Maria)

Maria fortæller videre, at hun gennem sit liv har udviklet et had til mænd, som er svært at slippe og derfor også påvirker forholdet til hendes nuværende kæreste på den måde, at det er svært for hende at have tillid til ham og tro på, at han vil hende det godt.

Marias had til mænd hænger ifølge hende selv sammen med, at hun havde sin seksuelle debut som 12-årig med en lidt ældre fyr, som "ikke var særlig sød". Dette har også præget hendes efterfølgende forhold til mænd. Det er forhold præget af fysisk og psykisk vold. Hun mener selv, at hendes "start på mænd" er dét, der har gjort det let for hende at prostituere sig selv. Hun fortæller, at hun som prostitueret ofte har forsøgt at "tage hævn" overfor mændene, for eksempel ved at tænde en cigaret eller læse et blad under den seksuelle ydelse. Hun siger:

"Jeg tænkte, hvordan får jeg ram på de dumme svin... Jeg fik også tæsk og sådan noget. Den har jeg også været igennem. Men jeg kunne ramme dem på den der måde... det kunne de sgu ikke lide. [...] Jeg hader meget mænd, det gør jeg faktisk stadig". (Maria)

Vold

Som for Maria ovenfor, præger vold også hovedparten af de andre interviewpersoners liv og hverdag. De fortæller om alvorlige fysiske skader efter voldsepisoder og overfald. For

enkelte af interviewpersonerne er skaderne direkte synlige på selve interviewtidspunktet, for andre er der tale om tidligere oplevelser, som har lagret sig i hukommelsen. Voldsepisoderne omfatter slag på krop og i ansigt med flasker og jernstænger og angreb med kniv og skydevåben.

Jonas nævner selv voldsskader under beskrivelsen af sit helbred, som han beskriver som *"rimelig godt"* på grund af fraværet af sygdom. Men han har inden for den sidste tid oplevet flere voldsepisoder, hvilket har sat sine spor på kroppen:

"Altså, i øjeblikket, der er jeg jo lige blevet slået ned med en flaske, så altså jeg har sådan nogle hele sår, og jeg har lige været igennem nogle forskellige uheldige perioder, så lige inden for det sidste halve år, der har jeg faktisk haft rimelig mange altså skader sådan, hvor jeg mener, at det er slag eller brud, eller altså ikke sygdomme som sådan". (Jonas)

Jonas' voldsskader er særdeles synlige på interviewtidspunktet. Han er syet i øjenbrynet og har adskillige blå mærker i ansigtet. Volden er også synlig hos Adam, der har blodige sår i ansigtet, fordi han har fået *"smadret et glas i ansigtet"*. Kaj fortæller, at han har fået *"smadret skulderen"* to gange og har haft brækket kravebenet på grund af voldsepisoder. Den ene af gangene blev han overfaldet med et baseballbat bagfra, fordi *"der var én, der mente, at jeg skyldte ham en gang tjald"*. Danny fortæller om et overfald med en jernstang, der resulterede i hjernerystelse og en *"smadret"* arm. Ole har ligeledes været indblandet i mange voldsepisoder og fortæller, at han har været på sygehuset mange gange på grund af voldsskader.

De kvindelige interviewpersoner har også oplevet vold med alvorlige skader til følge. Man kan sige, at kvinderne er dobbelt ramt, fordi de - foruden den vold, de har oplevet i forbindelse med livet på gaden, som prostitueret eller som misbruger – også i flere tilfælde har været udsat for vold i deres forskellige parforhold.

For Maria har livet som prostitueret medført nogle fysiske ar efter at være blevet mishandlet og overfaldet af kunderne eller folk, hun skylder penge:

"Jeg har nogle brændemærker, nogle men. Man kan se lidt af det her [viser brændemærker på brystkassen]. Det her, det er en kunde, der har brændt mig. Så, sådan nogle har jeg". (Maria)

Og hun fortsætter:

"Jeg havde lige lavet en aftale. Jeg skyldte 300, men jeg kunne bare betale dem af i løbet af dagen. Bare de blev betalt den dag. Og jeg havde lavet penge ved et dyt, og så ville han bare have alle sine penge, og så stod han med sådan en af de der rigtig gamle whiskyflasker, sådan en af tungt glas, og han slog bare mod mig. Og jeg tænkte bare "åh, mit ansigt"". (Maria)

Alle de kvindelige interviewpersoner har oplevet vold i deres forskellige parforhold. Kvinderne bruger ord som "øretæver", "tæsk", "gennembanket" og "meget voldeligt forhold". Karen fortæller:

"Han var så jaloux, så jeg kunne lige så godt bare blive hjemme, så var der ikke nogen ballade. Så tit, så rendte jeg jo rundt med blå øjne, så havde jeg ikke lyst til lige at vise mig nogen steder. Der har jeg også haft fat i sundhedsvæsenet, når jeg har været inde og blive lappet sammen. Og blive syet. Når jeg var blevet slået, fået bank. For det meste i ansigtet. For det meste. Han slog mig mest oppe i håret, hvor det ikke kunne ses, ikke? Nogle gange så, rimelig mange gange, så har han ramt en blodåre og brækket en næse og... Ja, sådan var det. Jeg kunne jo bare have gået, men det kunne jeg ikke finde ud af". (Karen)

For kvinderne er der tale om, at deres misbrug af stoffer fastholder dem i et voldeligt forhold, der indimellem sender dem på skadestuen. Kvindernes fortællinger efterlader en fornemmelse af, at den fysiske vold bliver en form for vilkår i samlivet, fordi trangen til stoffer overvinder alt, og fordi de er afhængige af partneren for at kunne få stofferne. Det er, som om volden blot er endnu et grundvilkår i en dårlig tilværelse.

Selvordsforsøg

I alt syv af interviewpersonerne fortæller, at de har forsøgt at begå selvmord én eller flere gange. Nogle selvmordsforsøg skete allerede meget tidligt i livet. En kvinde forsøgte første gang, da hun var 16 år, og har herudover haft yderligere to selvmordsforsøg. En tidligere stofmisbruger forsøgte, mens han var aktiv stofmisbruger, tre gange at tage livet af sig selv, fordi han var ked af det og havde følelser af *"ensomhed, isolation, vrede"*.

Sådanne følelser er også karakteristiske for de øvrige interviewpersoner. Følelsen af *"ikke at gide leve længere"*, fordi det liv, man lever, er uværdigt. Følelsen af at *"hele verden er noget lort"*, og man kan ikke holde nogen ting ud. En anden tidligere stofmisbruger forsøgte selvmord flere gange og havde det i tankerne endnu flere gange, når han fixede sit stof. Han siger, at han ofte tænkte, om han *"lige skulle fylde noget ekstra i og så gøre det forbi én gang for alle"* – netop fordi han ikke syntes, det var værdigt at leve på den måde, han gjorde.

Anders fortæller, at han på et tidspunkt blev indlagt på psykiatrisk afdeling, fordi han var *"så langt nede, selvmordstruet"*. Han beskriver, hvordan han stod på en togstation og var ved at springe ud foran toget. En kvinde på stationen så, hvad han var i færd med og foreslog ham at tage på psykiatrisk afdeling, hvorefter han blev indlagt.

Kasper har for ganske nylig forsøgt selvmord, fordi han *"sgu ikke gad mere"*. Han beskriver hændelsen således:

"Der sad jeg faktisk med en kniv foran mig, fordi... jeg gad sgu ikke mere. Det var lige meget, hvor fanden jeg end kiggede hen, jeg syntes bare, jeg ramlede panden imod en mur hele tiden. Og så kunne det sgu egentlig være pisse lige meget. Men altså, det kan godt skræmme mig, at den del af mig kan sige til sig selv: "bare tag livet af dig selv". Når man ved, hvad man har stået for før. Altså, det er to modsætninger, der siger spar to til noget. Det skræmte mig satanedme". (Kasper)

De beskrevne selvmordsforsøg viser med tydelighed de socialt udsattes dårlige psykiske velbefindende. De har alle befundet sig i håbløse og uværdige livssituationer, hvor døden nærmest har været mere attraktiv end livet.

Opsamling

Det ses i SUSY UDSAT, at socialt udsatte trives dårligt, og at de trives markant dårligere end den øvrige, danske befolkning. Den dårlige trivsel genfindes i interviewene og afspejles i særdeleshed i fortællinger om seksuelle problemer og overgreb, udsathed for vold samt selvmordsforsøg. De seksuelle problemer omfatter rejsningsproblemer, manglende lyst til sex og for de kvindelige prostitueredes vedkommende også følelsesmæssige barrierer i forhold til at have tillid til mænd. Kvinderne fortæller, hvordan dette i et eventuelt parforhold skaber et dilemma mellem at have behov for nærhed samtidigt med, at det er vanskeligt at have tillid til sin partner. Hyppige eller jævnlige oplevelser med vold beskrives af næsten alle, og vold synes at være et vilkår ved livet som socialt udsat. Interviewene efterlader det indtryk, at kvinderne tilsyneladende er dobbelt ramt, fordi de både oplever vold i forbindelse med livet på gaden, som prostitueret eller som misbruger og i deres parforhold. Enkelte interviewpersoner har forsøgt selvmord én eller flere gange, og de forklarer det med følelsen af ikke længere at orke leve et uværdigt liv.

Barndommens svigt – voksenlivets ar

SUSY UDSAT indeholder ingen spørgsmål omkring opvækstmiljø. I interviewene har de socialt udsattes opvækstmiljø (fysisk, økonomisk, socialt, psykisk) derimod i flere tilfælde været et tema – nogle gange bragt på bane af de interviewede selv, andre gange af interviewer. For mange af de interviewede opleves det nuværende dårlige psykiske velbefindende som tæt forbundet med faktorer i opvæksten, og derfor har fortællinger om opvækstmiljøet ofte været uundgåelige i interviewsituationen.

Mange af de interviewede har haft negative oplevelser i opvæksten, som stadig synes at påvirke dem i dag. Dette er dog ikke ensbetydende med, at de interviewede giver barndommen skylden for deres nuværende sociale udsathed. For hovedparten er der tale om, at de bærer rundt på en tung bagage af dårlige oplevelser, for andre er bagagen knapt så tung. Men fælles for de fleste er, at de i dag oplever sig som psykisk mærkede af de negative oplevelser i opvæksten.

Det er kendetegnende for de fleste af de interviewede, at opvæksten har været turbulent. De interviewede bruger også ord som "tummelumsk", "hård", "meget trist", "ensom" og "ikke særlig sjov". Enkelte beskriver dog opvæksten som "tryk og god" og som et "rimelig sundt miljø". Eksempelvis fortæller Knud, at hans opvækst var "suveræn", og at han har haft det "rimelig godt i den retning". Han blev mobbet i skolen, men fortæller kun positivt om barndomshjemmet.

Det turbulente dækker i visse tilfælde over en ustabil barndom, hvor de er blevet "smidt fra det ene børnehjem til det andet", har gået på mange forskellige skoler eller er blevet tvangsfjernet og haft forskellige plejefamilier. I andre tilfælde dækker en turbulent barndom over en opvækst i en misbrugsfamilie, hvor enten far eller mor var misbruger af alkohol, piller eller lignende. Birgits mor var pillemisbruger og var ofte væk fra hjemmet i længere tid, fordi hun var indlagt. Faderen drak meget i perioder. Hun fortæller om sin opvækst:

"Det var meget trist. Vi var fattige. [...] Og så hver lørdag, så holdt mine forældre sildebord. Med snaps. Og min mor drak ikke, så jeg skulle jo drikke sammen med min far. Og det... jeg kunne godt lide snaps. Og så var det, at jeg begyndte at drikke stærk

sprut, da jeg var 11. [...] Det var meget trist. Jeg blev ikke motiveret til noget, og... vi var ikke ude at rejse. Vi var ikke noget, vel? Det var ikke andet, end at jeg skulle handle ind, gøre rent, lave mad og... åh, for helvede, da". (Birgit)

Det er typisk for interviewpersonernes fortællinger om barndommen, at de på grund af forældrenes misbrug har haft ansvaret for de praktiske gøremål og derudover har været overladt meget til sig selv. Karen fortæller, at hun "bare var helt alene", fordi hendes mor, som var pillemisbruger, lå på sofaen og "rallede" og blev "mere og mere skæv", mens faderen altid var på arbejde.

Karakteristisk for opvæksten har også været daglig vold og tæsk. Danny fortæller:

"Tæsk tre gange om dagen, og... det var slet ikke sjovt. [...] Og min far, han drak meget, og min mor, hun drak meget. [...] Min barndom, det har været sådan noget med at få tæsk med bøjler og grydeskeer og... med et bælte og... min mor, hun har sådan et rødt bælte, det er så bredt her [viser med hænderne]... altså, det har hun stadigvæk den dag i dag. Jeg får koldsved. Over det hele. Når jeg tænker på den der livrem. For den går altså ikke i stykker. Det gjorde grydeskeerne og bøjlerne, så vendte jeg mig bare om og sagde: "Ved du hvad, hvis du ikke kan slå ordentligt, så synes jeg, du skulle lade være". Så tændte mig mor fuldstændig af og røg op i soveværelset og hentede den livrem der og sagde til min far: "Her! Slå ham med den her! Den går ikke i stykker! Den går ikke i stykker!" [råber]. Og så fik jeg tæsk, så jeg ikke kunne sidde ned i en hel uge. Jeg sad med benene sådan... rundt om stolebenet, og så sad jeg sådan, så jeg hang i mine ben uden at sætte røven ned". (Danny)

Jakobs opvækst minder på mange måder om Dannys, og han siger, at det jo var dét, han gik ud i verden med, fordi han jo ikke vidste andet. "Det tog mig mange år og mange konsekvenser siden hen at se, at det var ikke sådan, det skulle leves", fortæller Jakob. Det er dog ikke alle, der ser de daglige tæsk i opvæksten som noget bemærkelsesværdigt eller specielt negativt. Kaj siger, at han var familiens sorte får, og at det altid var ham, der skulle have tæsk, men han tager det ikke så tungt og siger: "Nå, ja, skide være med det. Jeg har

fået nogle på skallen engang imellem. Dengang måtte de jo godt slå". Ifølge Kaj lærte det ham respekt.

Enkelte af interviewpersonerne fortæller, at de i løbet af opvæksten blev seksuelt misbrugt af enten en forælder eller af et andet nært familiemedlem. De fortæller, at de i ungdommen fortrængte det seksuelle misbrug, og at det først er kommet til overfladen senere i livet og i forbindelse med behandlingsforsøg. Anders, der på interviewtidspunktet er i behandling for sit stofmisbrug, fortæller, at det er nødvendigt for ham at forholde sig til det for at kunne komme videre, og at han bearbejder hændelserne i gruppesessionerne i behandlingen. Han fortæller om sin opvækst:

"Jeg har haft en hård barndom. [...] Det er jo klart, at når man ikke er særlig gammel, og man bliver påført de ting, så får man nogle år. [...] Altså, min barndom gjorde mig hård. Og det var faktisk først, da jeg var 20-21-22, at det ligesom kom frem alt det, som var sket i min barndom. Fordi jeg havde gået og fortrængt det alle de år. Og der kommer da stadigvæk i dag nogle ting frem, som jeg ikke var klar over". (Anders)

Som Anders fortæller, har opvækstens oplevelser og erfaringer givet nogle år, som opleves som tilstedeværende og tydelige i voksenlivet. Dette gælder naturligt nok i forhold til så grove svigt, som Anders har været udsat for, men det gælder også for de interviewpersoner, for hvem opvæksten ikke var præget af vold eller anden fysisk misrøgt, men hvor det sociale og kulturelle miljø i opvæksten bidrog til negative oplevelser. Dette er for eksempel tilfældet for både Anne og Kasper, der fortæller, at de følte sig anderledes og udenfor i deres barndom, og at denne følelse af at være anderledes og ikke passe ind nogle steder stadig forfølger dem i dag. Kaspers forældre var Jehovas Vidner, og han oplevede i løbet af opvæksten mange konflikter på grund af forskellen mellem forældrenes og omverdens levevis. Kasper beskriver sit barndomshjem som "*kæft, trit og retning*" og fortæller, at grænserne og reglerne for, hvad han måtte, altid var tilrettelagt og sat i bås. Han måtte for eksempel ikke deltage i fødselsdagsfester eller julearrangementer og skulle altid tidligere hjem end vennerne, når der blev spillet fodbold om aftenen. Han fortæller, at han følte sig latterliggjort i skolen. Han følte sig altid anderledes og afskåret fra virkeligheden. Og disse følelser har sat sine spor.

Anne er vokset op med to kulturer – med en egyptisk far og en dansk mor – og har haft problemer med at føle sig hjemme i nogen af kulturerne. Anne fortæller også om sådanne

følelser, og at hun har følt sig splittet mellem den danske og muslimske kultur. Hun føler, at denne splittelse blandt andet er årsag til, at hun begyndte sit stofmisbrug. Hun siger i denne forbindelse:

"Jeg tror, at det handler meget om... skammen. Ikke at kunne leve op til det, jeg følte mig frem til, jeg skulle. Og den anerkendelse og lavt selvværd samtidig med at være lukket på en eller anden måde. Og hele tiden prøve at leve op til noget. Og så.. den skam over ikke at måtte være som de andre. Jeg måtte ikke lege med drenge, og jeg måtte ikke være ude lige så længe som de andre, og jeg måtte ikke sove hos mine veninder. Og... bare en følelse af at være anderledes. Og så begyndte jeg som sagt at skære i mig selv. [...] Jeg tror, jeg har været en 10-11 år. [...] Jeg skammede mig også, når jeg havde skåret i mig selv, og folk kunne se det bagefter". (Anne)

For at dulme følelserne af skam og manglende anerkendelse begyndte Anne som 13-årig at drikke, ryge hash og tage piller og speed. Som 14-15-årig begyndte hun på heroin.

For både Anne og Kasper synes problemerne i opvæksten således at være opstået på baggrund af at være anderledes og udenfor i forhold til omverdenen. Det er samtidig også disse følelser, de sidder med i dag som socialt udsatte. Både Anne og Kasper er overbeviste om, at konflikterne i opvæksten på en eller anden måde har haft en betydning for deres sociale deroute.

Opsamling

SUSY UDSAT indeholdt ingen spørgsmål om opvækstmiljø, men fortællinger om opvæksten har været fremtrædende i de fleste interviews. Mange af de interviewede oplever i dag at være psykisk mærkede af dårlige oplevelser i opvæksten. De negative oplevelser spænder vidt fra vold, seksuelle overgreb, gentagne svigt, manglende opmærksomhed og tryghed, ustabilitet, erfaringer med misbrugende forældre og til følelser af at være anderledes, udenfor og trist. Disse oplevelser har sat sig sine spor og spiller stadig en rolle for det psykiske velbefindende i voksenlivet.

Skrøbelige relationer til børnene – en høj pris at betale

SUSY UDSAT viser, at socialt udsatte har markant dårligere sociale relationer end den øvrige befolkning. Som tidligere vist føler socialt udsatte sig ofte ensomme. I SUSY UDSAT svarer 29 % af de socialt udsatte, at de ofte føler sig uønsket alene mod 3 % i den øvrige befolkning. Kun 7 % af de socialt udsatte ser familie, som de ikke bor sammen med, dagligt eller næsten dagligt mod 16 % i den øvrige befolkning.

Tallene giver ikke et nærmere indblik i, hvordan de socialt udsatte oplever den manglende kontakt til familien. Interviewene har vist, at forholdet til børnene er særdeles vigtigt og via interviewene belyses det, hvilken betydning tilværelsen som socialt udsat har for kontakten til børnene.

I alt har 17 af de 25 interviewpersoner børn. Kendetegnende for de fleste relationer til børnene er, at der enten ikke er kontakt eller er meget lidt kontakt, og at forholdet er skrøbeligt. Kun de stofmisbrugere, der nu er stoffri og har været det et par år, fortæller om hyppig kontakt med børnene. Der er ingen tvivl om, at det i interviewene er et meget følsomt emne, som alle interviewpersoner bliver berørte af at tale om, og enkelte er da også relativt fåmælte omkring emnet. Ulrik har ikke børn, men hans svar på spørgsmålet, om han har børn, afspejler meget vel det vanskelige i situationen ved at have børn som socialt udsat. Han siger: *"Desværre og heldigvis. Ja, med det liv, jeg har levet, ikke?"* Ulrik ville på den ene side ønske, at han havde børn, men på den anden side er han helt bevidst om, hvor svært og næsten umuligt det er, når man, som han, er stofmisbruger, og at hans nuværende tilværelse ikke er noget at byde et barn. Interviewpersonerne, der har børn, er meget bevidste om det umulige i situationen og ønsker ikke, at børnene skal se eller være en del af det hårde liv, de lever. Både Ole og Jonas fortæller, at de ikke vil have, at deres børn skal opleve dem som stofmisbrugere, og dette er en af grundene til, at de ikke har kontakt med børnene. På spørgsmålet om, hvor tit han ser sine børn, svarer Jonas *"desværre for sjældent"* og fortæller:

"Altså, jeg har ikke lyst til, at de skal se... misbrugereren i mig, eller hvad man skal sige. [...] Så på den måde, så får jeg ikke set mine børn så meget..." (Jonas)

Kontakten til børnene er i mange tilfælde relativt begrænset, men tankerne omkring dem fylder meget for alle de interviewede. De fortæller om at savne børnene, og at det skrøbelige forhold til børnene gør dem skamfulde, kede af det, vrede og giver dem dårlig samvittighed. Anders siger for eksempel:

"Det, der gør mig ked af det, er, når jeg tænker på min søn, for jeg ikke har nogen kontakt til ham. Det er sådan det, der gør mig allermest ked af det... og det gør mig også vrede og irriteret. Sur på mig selv, ikke. Men det har jo været en af omkostningerne ved at føre det liv, som jeg har ført, det er, at jeg har mistet kontakten til min søn. Det vil jeg sige, det er faktisk den allerstørste pris, som jeg har måttet betale for min misbrug, det er at miste kontakten til min søn". (Anders)

Kasper har ligesom Anders ingen kontakt til sine børn og fortæller, at han i høj grad ønsker at se dem igen, og at han har prøvet at skabe kontakt flere gange:

"Jeg har prøvet på at sende breve... til mine børn. Jeg har prøvet på at ringe... men... nej. Der sker ikke noget. Og det er jo klart. Altså, jeg kan godt forstå mine børn. Jeg forstår dem udmærket godt, fordi altså... sådan et svigt, det... det er sgu også synd for dem. Uha. Og jeg hader også mig selv for det, jeg har gjort. Men... jeg kunne bare ikke handle anderledes. Altså, det lyder måske åndssvagt, og det lyder måske egoistisk, men jeg kunne altså bare ikke handle anderledes. Det var den eneste måde, jeg kendte det på. Ja, det var sgu at drukne mine sorger". (Kasper)

Citatet afspejler, hvor meget børnene fylder i Kaspers liv, både på grund af den manglende kontakt, men også fordi tankerne om dem fylder så meget, at han får det psykisk dårligt. Han har dårlig samvittighed overfor sine børn og har det dårligt med, at han, som han siger: "ikke kan sætte ord på, hvad det er, der er galt med mig", og at "de ikke forstår, hvad der går mig på". Kasper afslutter med at sige, at mentalt "har jeg det fandeme ikke så godt".

Johnny fortæller på samme måde, at han *"bliver mere og mere ked af det"*. Hans fysiske helbred er meget dårligt, han lider af mange sygdomme, og han har svært ved at stoppe med drikke, og det gør ham især ked af det, fordi han ikke har lyst til at dø fra sine børn. Det er i denne samtale omkring børnene tydeligt at mærke, at Johnny er splittet og frustreret på grund af det skrøbelige forhold til sine børn. Det ene øjeblik er børnene hans overlevelseskilde, og han er bange for, at hans ekstremt udsatte situation vil tage livet af ham og dermed endegyldigt sætte en stopper for, at forholdet til børnene kan forbedres. Det andet øjeblik fortæller han ophidset, at han slet ikke ønsker at have kontakt til sine børn, og at de skal lade ham være, fordi han *"overhovedet ikke er parat til at have noget at gøre med dem"*. Johnny har indimellem kontakt til børnene, og han fortæller, at det ofte er børnene, der opsøger ham. De leder efter ham, finder ham på stationer og ønsker, at han skal stoppe med at drikke. Han siger [ophidset]:

"Jeg er ikke parat til at være sammen med mine børn, når jeg er så skide fuld hele tiden, konstant. Det kan da ikke være så svært at forstå. Så kommer den lille i vejen og finder mig, ikke. [...] Han kørte alle stationer fra Sorø Strand, oppe fra hans bror af, kørte han alle stationer igennem. Og så fangede han mig på Østerport...[...] Du skal sgu da ikke bestemme, om jeg skal lege med dig. Din lille lort, mand". (Johnny)

Johnnys følelse af splittelse og frustration i relation til sine børn hænger tydeligt sammen med hans mangeårige liv som misbruger og den håbløshed, han føler, i forhold til at forbedre sin egen sociale og helbredsmæssige situation.

Følelsen af at børnene holder én i live gælder ikke kun for Johnny. Birgit siger, at hun *"sådan set kun lever for sine børns skyld"*, og Karen fortæller, at det udelukkende var børnene, der holdt hende oppe, da hun var stofmisbruger. På spørgsmålet om, hvordan hun havde det psykisk, da hun var misbruger, siger hun:

"Da var alt sort. Alt var sort. Altså, det kan jeg også se i mine dagbøger, hver dag der står endnu en dag i helvede, ikke? Jeg overlevede kun for mine børns skyld". (Karen)

Birgit og John fortæller omvendt mere positivt om deres forhold til børnene. De har jævnligt kontakt til deres børn, men de ser dem ikke så tit, som de gerne ville. For John kan der gå

to til fire måneder imellem, at han ser sine børn. Både Birgit og John understreger, at den lidt sjældnere kontakt skyldes, at børnene har travlt med uddannelser, arbejde og familie. Men mellem linjerne opstår fornemmelsen af, at forholdet til børnene har fået nogle skår, og at det er præget af, at Birgit og John har dårlig samvittighed og måske skammer sig over deres tilværelse. For John er det tydeligvis forbundet med en vis form for skam, at han ikke kan tilbyde at mødes med sine børn i hjemlige omgivelser. Han bor på herberg og siger, at dette *"jo ikke kan gøre det ud for et familiehjem"*. Det er et opholdssted, hvor han kan sove, spise og se fjernsyn, men det er ikke et sted, han har lyst til invitere sine børn hen. Dermed kan det at bo på herberg eller andre sociale institutioner være en praktisk hindring for at skabe eller opretholde gode relationer til børn eller andre familiemedlemmer.

Birgit er ked af, at hun ikke ser sine børn oftere men glæder sig over, at de er *"kommet godt på vej i livet"* med uddannelse og familie. Dette er en trøst for hende, fordi hun, som hun siger, *"har nok i mig selv"* forstået på den måde, at hendes egne helbredsmæssige og sociale problemer fylder meget.

For Karen er situationen i dag anderledes, fordi hun nu er stoffri. Hun har i dag meget kontakt til sine to børn og beskriver forholdet som: *"rimelig godt til min søn og helt suverænt til min datter"*. Begge børn bor i dag hos faderen, men da Karen var aktiv stofmisbruger boede de hos hende. Hun fortæller om denne tid, at:

"Det var svært, fordi jeg prøvede.. altså dengang, jeg kun var alkoholiker, da vidste de det jo, for det kunne de jo se. At jeg blev fuld og tosset og alt det der. Men stofferne gemte jeg jo for dem, altså de vidste ikke, jeg var narkoman. De vidste bare, der skete et eller andet, når vi lukkede døren. Og de kunne høre sølvpapir hele tiden. Og de har spurgt rigtigt mange gange. "Hvad er det, I laver med det sølvpapir?". Så alle de der hemmeligheder, og ungerne, der blev holdt udenfor og... hold kæft, det var hårdt, mand. Men jeg sørgede for, at de fik mad hver dag, og jeg sørgede for, at de ikke manglede noget. Altså, jeg prøvede virkelig at gøre så meget for dem, jeg kunne, men det var pænt hårdt, og de blev også... altså, min søn især, han har taget skade. Han var den type, der passede på mig, så han sad altid hjemme på sit værelse og ville aldrig have nogen kammerater med hjem eller noget. For nu var det et meget voldeligt forhold, jeg var i, ikke.

Så ungerne var ikke så glade for at have nogen med hjem. Hvis jeg nu lige pludseligt skulle have øretæver, ikke. Men tøsen, hun flygtede ud af huset, hun var ude hos veninder altid". (Karen)

Citatet afspejler tydeligt, hvor hårdt et misbrug - i dette tilfælde et dobbeltmisbrug - kan belaste forholdet til børnene. For Karen er perioden fyldt med hemmeligheder, løgne og svigt samtidig med, at hun forsøger at opretholde et almindeligt familie- og arbejdsliv og sørge for børnenes behov.

Opsamling

Af SUSY UDSAT fremgik det, at socialt udsatte har markant dårligere sociale relationer end den øvrige befolkning. Undersøgelsen kunne imidlertid ikke give et nærmere indblik i, hvordan de socialt udsatte oplever den manglende kontakt til familien. Interviewene har vist, at forholdet til børnene er særdeles betydningsfuldt.

De fleste interviewpersoner har skrøbelige forhold til deres børn og har kun sjældent kontakt til dem. De skrøbelige relationer til børnene synes at påvirke det psykiske velbefindende og give følelser af skam, dårlig samvittighed og vrede. Endvidere gør det interviewpersonerne endnu mere frustrerede og kede af det, at deres socialt udsatte situation ofte virker håbløs, fordi chancerne for et forbedret forhold til børnene er minimale. Samtidig fortæller enkelte af de interviewede, at det netop er børnene, der holder dem i live.

Konklusion

Formålet med nærværende kvalitative interviewundersøgelse har været at uddybe og nuancere billedet af socialt udsattes sundhed og uddybe resultaterne af spørgeskemaundersøgelsen, SUSY UDSAT. De socialt udsattes egne fortællinger om helbred, sygdom og livssituation har således bidraget til en større forståelse af, hvordan livet som socialt udsat og sundheden blandt socialt udsatte ser ud.

Den kvalitative undersøgelse skal ses som et supplement til spørgeskemaundersøgelsen. SUSY UDSAT er unik i både dansk og international sammenhæng på den måde, at den giver en detaljeret beskrivelse af sundheds- og sygelighedstilstanden blandt såvel den samlede gruppe af socialt udsatte som de enkelte grupper af socialt udsatte: hjemløse, sindslidende, alkohol- og stofmisbrugere og fattige. Samtidig giver undersøgelsen mulighed for at sammenligne de socialt udsattes sundhed med den øvrige danske befolknings sundhed på en lang række centrale parametre. Den kvalitative undersøgelse bidrager til en uddybet viden om socialt udsattes livssituation og hermed om en gruppe af mennesker, hvis tilværelse adskiller sig markant fra den typiske danskers, og hvis sundhedsmæssige tilstand der eksisterer meget lidt viden om. Der er med interviewene opnået et vigtigt indblik i de socialt udsattes helbredsmæssige situation og deres tilværelse, som netop de oplever og lever den.

I det følgende gennemgås og kommenteres undersøgelsens resultater.

Typiske helbredsproblemer

SUSY UDSAT viste, at socialt udsattes fysiske helbred er markant dårligere end den øvrige befolknings, og dette gælder uanset hvilket mål for sygelighed, der anvendes. Dette afspejles ligeledes i interviewene, der viser, at de socialt udsattes fysiske helbredsproblemer er omfattende og forskelligartede, og at der er mange, for hvem langvarige sociale belastninger, i form af misbrug og hjemløshed, har sat sine tydelige spor på kroppen. Det er kendetegnende for de fleste, at de lider af mere end ét helbredsmæssigt problem. Interviewpersonerne fremhæver dog nogle helbredsproblemer mere end andre. Det drejer sig om problemer med hjerte, lunger og lever, der viser sig som hjertekramper, hjertebanken, vejrtrækningsproblemer og i form af smitsom leverbetændelse. Desuden er det typisk, at de socialt udsatte har problemer med ben og fødder i form af sår og vabler, dårligt blodomløb og smerter. Endelig fortælles om misbrugsrelaterede skader og ulykker, som eksem-

pelvis fixeskader, blodprop i benet, blackouts og trafikulykker, hvor alkohol og stoffer har spillet en central rolle.

Selv om de interviewedes fortællinger om deres fysiske helbred generelt er negative og i visse tilfælde efterlader en følelse af nærmest håbløshed i forhold til en forbedring af situationen, findes der dog også positive elementer i fortællingerne, der afspejler, at de interviewede tænker over deres helbred og er opmærksomme på at passe på helbredet. Eksempelvis fortæller nogle stofmisbrugere, at de fixer med påpasselighed; de undlader at dele sprøjte med andre og forsøger hele tiden at være opmærksomme på hygiejne og smittefare. Dette indikerer en vis omtanke og omsorg for eget helbred fra de interviewedes side. Dermed rummer fortællingerne også et udviklingspotentiale forstået således, at omtanken for eget helbred måske kunne udbredes til at omfatte eksempelvis påpasselighed og omtanke i forhold til forskellige former for sundhedsadfærd eller i form af hyppigere kontakt til sundhedsvæsenet, når der er behov for det.

Dårligt liv - dårligt helbred

Socialt udsattes helbred og trivsel forværres gradvist, når antallet af belastende livs-omstændigheder, som alkohol- eller stofmisbrug, hjemløshed, sindslidelse eller fattigdom, øges. Det fremgik af SUSY UDSAT, og det samme mønster genfindes i interviewene, hvor mange af de interviewede netop oplever at leve med flere forskellige sociale belastninger på én gang og samtidig har flere forskellige helbredsproblemer. Det ses også, at interviewpersoner, der i mindre grad er socialt belastede og eksempelvis er hjemløse uden at være misbrugere, fortæller om færre helbredsproblemer og generelt synes at have det helbreds-mæssigt bedre end andre, mere socialt belastede. Det er kendetegnende for hovedparten af de interviewpersoner, der har færre helbreds-mæssige problemer, at deres sociale deroute er begyndt relativt sent i livet, og at de forinden i flere år har levet et 'almindeligt' liv med arbejde og familie. Omvendt er et mangeårigt liv som socialt udsat mere typisk for de helbreds-mæssigt mest belastede.

Via interviewene har det endvidere været muligt at synliggøre de tanker og refleksioner, som de socialt udsatte gør sig om deres helbred og om helbredet set i sammenhæng med deres sociale situation. Interviewene afspejler for de fleste en klar bevidsthed om konsekvenserne af det hårde liv som socialt udsat; risikoen for et dårligere helbred og i sidste ende at dø tidligt. Nogle har indstillet sig herpå og mere eller mindre forliget sig med tanken, mens andre er bange og frygter for fremtiden. Men fælles for alle er, at grænserne for,

hvad der helbredsmæssigt tolereres og accepteres hele tiden flyttes, og at et dårligt helbred på mange måder opleves som et grundvilkår ved livet som socialt udsat.

Interviewene giver endvidere det indtryk, at de interviewede i vid udstrækning oplever deres helbredsmæssige og sociale problemer som selvforskyldte snarere end som forårsaget, eller fremmet, af uheldige og urimelige livsbetingelser. Flere af de interviewede har det meste af livet levet under forhold, der kan betegnes som fattige, sommetider både i økonomisk og omsorgsmæssig forstand. Det er derfor bemærkelsesværdigt, at et liv under ringe levevilkår ikke fremtræder tydeligere som en betydningsfuld faktor i de interviewedes fortællinger om deres sociale deroute og udsathed.

Ondt i økonomien – ondt i tænderne

Både SUSY UDSAT og de kvalitative interviews viser, at de socialt udsatte generelt har en dårlig tandsundhed, det vil sige dårlige tænder, tandpine, smerter og problemer med at tygge mad. I interviewene fortælles det, at barriererne for regelmæssig tandpleje omfatter, at alkohol- eller stofmisbruget overskygger alt, at de socialt udsatte generelt mangler overskud, eller at der er praktiske hindringer, fordi de er uden hjem og faste rutiner. Der fortælles desuden om det stigmatiserende i at mangle tænder eller at have dårlige tænder, og tandstatus har på denne måde betydning for identiteten ved at påvirke udseendet og dermed facaden udadtil. Enkelte interviewpersoner fortæller dog, at de sørger for at pleje tænderne regelmæssigt, fordi de finder det vigtigt.

Trods de mange tandproblemer, er det de færreste, der går regelmæssigt til tandlæge, og interviewpersonerne fortæller, at en dårlig økonomi udgør den største barriere herfor. Enkelte siger i denne forbindelse, at de føler sig klemt i systemet, fordi de er for velfungerede til at kunne modtage gratis tandlægehjælp men samtidig er for dårligt stillede til selv at kunne betale for tandlægebesøget. Tandlægeskræk udgør en anden barriere for tandlægebesøget, og dét at gå til tandlæge kræver således også for nogle en mental forberedelse.

Kontakten til sundhedsvæsnet – en broget affære

SUSY UDSAT viste, at der er en større andel blandt de socialt udsatte grupper, der inden for en periode på tre måneder har haft kontakt til sundhedsvæsnet end blandt den øvrige befolkning. Interviewene afspejler dog en mindre entydig tendens, og de interviewede kan fortælle om både positive og negative oplevelser med sundhedsvæsnet. I forhold til hvorvidt de socialt udsatte tager kontakt til sundhedsvæsnet, kan der i interviewene spores tre

tendenser: én gruppe tager kontakt, når de har behov for det og er kendetegnet ved at have tillid til systemet. Den anden gruppe tager kun kontakt til sundhedsvæsnets i nødstilfælde, og når deres helbredsmæssige situation er ekstrem. Udskydelsen af kontakten skyldes i nogle tilfælde et massivt stof- eller alkoholmisbrug og i andre tilfælde ensomhed og en manglende kontakt til andre mennesker, der kan hjælpe med eventuelle praktiske problemer i forbindelse med sygdommen. For andre igen hænger udskydelsen af kontakten sammen med en mere eller mindre bevidst nedprioritering af problemerne. Den tredje gruppe er karakteriseret ved at nære en grundlæggende mistillid til sundhedsvæsnets på grund af tidligere, dårlige erfaringer, hvilket betyder, at de slet ikke, eller kun meget sjældent, tager kontakt.

I relation til selve mødet med sundhedsvæsnets, fortælles om erfaringer med at blive mødt med en nedladende tone, en mindre grad af imødekommenhed og i enkelte tilfælde også en nedværdigende eller manglende behandling fra sundhedspersonalets side. De socialt udsatte føler ofte, at deres problemer ikke tages alvorligt, de føler sig anderledes og indimellem også svigtet af systemet, eksempelvis i form af manglende smertelindring eller for tidlig udskrivning. Der kan også opstå konflikter mellem sundhedspersonalet og de socialt udsatte på grund af en forskellig prioritering fra de to parter side, for eksempel hvor misbrugerens i forbindelse med en indlæggelse prioriterer sit misbrug frem for behandling af sygdommen. Enkelte interviewpersoner har også positive erfaringer med sundhedsvæsnets.

Interviewene efterlader i visse tilfælde en fornemmelse af en mangel på fysisk og psykisk omsorg overfor socialt udsatte i sundhedsvæsnets samt en manglende viden om, hvordan denne patientgruppe bedst håndteres. Det viser blandt andet fortællingerne om en nedladende omgangstone, manglende eller nedværdigende behandling fra sundhedspersonalets side og fortællingerne om de interviewedes oplevelser af svigt og ikke at blive taget alvorligt. Et andet væsentligt problem, som interviewene peger på, og som bør anerkendes, er de socialt udsattes fortællinger om manglende smertelindring i forbindelse med indlæggelser.

Det psykiske er det hårdeste – at leve et uværdigt liv

Ifølge SUSY UDSAT har mange socialt udsatte et dårligt psykisk velbefindende og et dårligt psykisk helbred. Resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen kan dog ikke give indsigt i, hvordan det opleves at leve som socialt udsat. I interviewene fortæller næsten alle, at de har det dårligt psykisk, og enkelte fortæller om egentlige psykiske sygdomme. De interviewede beskriver tilværelsen som præget af stress, ensomhed, angst og lavt selvværd, og

deres psykiske velbefindende påvirkes således af, at basale psykologiske behov om tryk-
hed og omsorg ikke opfyldes. Hovedparten fortæller, at 'det psykiske' er det hårdeste ved
livet som socialt udsat. For enkelte hænger det dårlige psykiske velbefindende sammen
med tanker om det liv, der engang har været med familie og arbejde. For de fleste hæn-
ger de psykiske belastninger sammen med en følelse af at leve et liv, der er uværdigt,
skamfyldt og i de sorteste stunder føles forspildt og som et liv, der slet ikke er.

Seksuelle problemer og overgreb, vold og selvmordsforsøg – de værste sider af livet

Af SUSY UDSAT fremgik det, at de socialt udsatte trives dårligt, og at de trives markant
dårligere end den øvrige, danske befolkning. Den enkeltes trivsel og livskvalitet påvirkes
ikke mindst af udsathed for vold og seksuelle overgreb, og en stor andel har forsøgt selv-
mord. Interviewene giver mulighed for at forstå betydningen af disse alvorlige problemstil-
linger nærmere, idet de interviewede fortæller uddybende herom. Hyppige eller jævnlige
oplevelser med vold beskrives af næsten alle, og vold synes at være et vilkår ved livet som
socialt udsat. Både de mandlige og kvindelige interviewpersoner fortæller om voldsepiso-
der, og interviewene efterlader det indtryk, at kvinderne tilsyneladende er dobbelt ramt,
fordi de både oplever vold i forbindelse med livet på gaden, som prostitueret eller som
misbruger, og fordi de udsættes for vold i deres parforhold. De interviewede fremhæver
desuden seksuelle problemer som noget, der har betydning for livskvaliteten. De fortæller
om rejsningsproblemer, manglende lyst til sex og for de kvindelige prostitueredes ved-
kommende også følelsesmæssige barrierer i forhold til at have tillid til mænd. Enkelte in-
terviewpersoner har forsøgt selvmord mindst én gang, og de forklarer det med følelsen af
ikke længere at orke leve et uværdigt liv.

Temaerne om psykisk helbred og om seksuelle problemer, vold og selvmordsforsøg viser,
at de socialt udsatte har det psykisk dårligt, og at de ofte udsættes for voldsomme og ne-
gative oplevelser i hverdagen. De oplever at leve et uværdigt liv, og fortællingerne herom
peger også på en tilværelse karakteriseret ved en mangel på mening og kontrol over eget
liv. Oplevelse af meningsfuldhed i livet og kontrol over eget liv er anerkendt som væsentli-
ge betingelser for et sundt og godt liv. WHO definerer sundhed som *"en tilstand af fuld-
stændig fysisk, psykisk og socialt velbefindende og ikke blot fravær af sygdom eller svæk-
kelse"*, og med nærværende undersøgelse står det klart, at socialt udsattes sundhed både
fysisk, psykisk og socialt halter langt bagud. Dette indikerer et behov for mere helhedsori-
enterede initiativer, der ikke blot retter sig mod de socialt udsattes fysiske helbredsproble-
mer men også de psykiske og sociale problemer.

Barndommens svigt – voksenlivets ar

SUSY UDSAT indeholdt ingen spørgsmål om opvækstmiljø. Fortællinger om opvækstmiljøet har ofte udgjort en del af interviewene, og mange af de interviewede fortæller, at de oplever det nuværende dårlige psykiske velbefindende som tæt forbundet med faktorer i opvæksten. Adskillige interviewpersoner fortæller om dårlige oplevelser i opvæksten. De negative oplevelser spænder vidt fra vold, seksuelle overgreb, gentagne svigt, manglende opmærksomhed og tryghed, ustabilitet, erfaringer med misbrugende forældre, til følelser af at være anderledes, udenfor og trist. Disse oplevelser har sat sig sine spor, således at de interviewede stadig oplever at være psykisk mærkede heraf som voksne.

Det er tankevækkende, at ingen af de interviewede giver de dårlige oplevelser i opvæksten skylden for deres nuværende sociale udsathed. Især fordi flere af de interviewede sidder med en erkendelse af, at konflikterne i opvæksten har haft betydning for deres sociale deroute. Som nævnt i forhold til temaet *'Dårligt liv - dårligt helbred'* hænger dette formentlig sammen med en følelse af, at de sociale belastninger, de interviewede oplever at leve med, langt hen ad vejen ses som selvforskyldte og ikke som forårsaget af uheldige eller urimelige levevilkår.

Skrøbelige relationer til børnene - en høj pris at betale

Ifølge SUSY UDSAT har socialt udsatte markant dårligere sociale relationer end den øvrige befolkning, hvilket blandt andet viser sig ved, at de sjældnere ser familie. Spørgeskemaundersøgelsen kunne imidlertid ikke give et nærmere indblik i, hvordan de socialt udsatte oplever den manglende kontakt til familien. Interviewene viser, at forholdet til børnene er særdeles vigtigt, og at dette forhold ofte er skrøbeligt og præget af sjældnen kontakt. De skrøbelige relationer til børnene påvirker det psykiske velbefindende og giver følelser af skam, dårlig samvittighed og vrede. Samtidig gør det interviewpersonerne endnu mere frustrerede og kede af det, at deres socialt udsatte situation ofte virker håbløs, fordi chancerne for et forbedret forhold til børnene er minimale. Samtidig fortæller enkelte af de interviewede, at det netop er børnene, der holder dem i live.

De interviewedes fortællinger om relationerne til børnene efterlader et indtryk af, at der nogle gange er tale om omvendte forældre-børn-relationer. Det afspejler sig blandt andet i fortællinger om barnet, der leder efter sin hjemløse, misbrugende far og finder ham på togstationen eller barnet, der bliver hjemme fra besøg hos kammeraten for at passe på sin misbrugende mor, der udsættes for vold af kæresten. Disse fortællinger kan kobles til fortællingerne om de interviewedes egne oplevelser i opvæksten, hvilket i de værste tilfælde

indikerer en sluttet cirkel og en tung social arv: de omsorgsrelationer, som nogle af de interviewede selv har oplevet som børn og unge, synes i visse tilfælde at være de samme, som de giver videre til deres børn.

Perspektivering

Sammenfattende bekræfter interviewene den markant dårlige sundhedstilstand blandt socialt udsatte, som spørgeskemaundersøgelsen, SUSY UDSAT, også viste. Med interviewundersøgelsen er dog opnået en dybere indsigt i de socialt udsattes tilværelse generelt samtidig med en større forståelse af, hvad der ligger bag den markant dårlige helbreds-tilstand blandt denne gruppe.

Der synes at være behov for forbedring i forhold til de socialt udsattes møde med sundhedsvæsenet. De interviewede oplever generelt mangel på omsorg og fortæller om problemer med manglende smertelindring og behandling. Undersøgelsen indikerer, at der er behov for mere viden om håndtering af de socialt udsatte patienter fra sundhedsvæsenets side. Mere forskning på dette område vil kunne afdække problemernes omfang og udpege anbefalinger til, hvordan sådanne udfordringer kan løses. I forhold til tandbehandling peger undersøgelsen på et udækket behov, ikke mindst fordi en del socialt udsatte oplever at komme i klemme i systemet, fordi de er for velfungerende til at kunne benytte den gratis tandlægehjælp og for dårligt stillede til selv at kunne finansiere tandlægeregningen.

Undersøgelsen viser endvidere, at der synes at være potentiale for forbedring i relation til sundhedsfremme. De socialt udsatte udviser på nogle områder påpasselighed og omsorg for eget helbred, og denne omsorg kunne udvikles og udbredes til eksempelvis forskellige former for sundhedsadfærd. Interviewene peger på, at de socialt udsatte interesserer sig for egen sundhed, og at de gerne *vil* forbedre deres livssituation. De skyder ikke skylden på hverken nuværende livsbetingelser eller opvækstvilkår – selvom det ofte, om ikke altid, ville være rimeligt – og dette afspejler formentlig både et ønske om at ville genvinde kontrollen over eget liv og et potentiale for forandring. Forstået således rummer de socialt udsattes fortællinger en vilje og parathed til at ændre på livssituationen og eget helbred, men en mangel på ressourcer og kræfter til at gøre det. Initiativer, det være sig ændringer i vilkår eller på anden vis, der kan bidrage til, at de socialt udsatte oplever mening i livet og kontrol over eget liv bør således gå hånd i hånd med konkrete sundhedsfremmeindsatser og forbedringer i sundhedsvæsenet.

Metode

Baggrund og formål med undersøgelsen

Rådet for Socialt Udsatte har bedt Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet gennemføre en undersøgelse med henblik på at belyse sundheds- og sygelighedstilstanden blandt socialt udsatte. Som første led i undersøgelsen blev der i 2007 udarbejdet et litteraturstudium samt analyser af eksisterende undersøgelser vedrørende socialt udsatte sundhed: "Hvad ved vi om socialt udsattes sundhed?" (1). I april 2008 blev næste delprojekt offentliggjort: "SUSY UDSAT – Sundhedsprofil for socialt udsatte i Danmark 2007". Dette delprojekt blev udarbejdet på baggrund af en spørgeskemaundersøgelse gennemført på væresteder, herberger og andre sociale tilbud i hele Danmark. Undersøgelsen havde til formål at give en detaljeret beskrivelse af sundheds- og sygelighedstilstanden blandt hjemløse, sindslidende, alkohol- og stofmisbrugere og fattige. Samtidig havde undersøgelsen til formål at sammenligne de socialt udsattes sundhed med sundheden i den øvrige danske befolkning på en række parametre. SUSY UDSAT viste, at de socialt udsatte grupper på alle målene for sundheds- og sygelighedstilstand var markant dårligere stillet end den øvrige danske befolkning. Dette gjaldt uanset hvilken parameter, der blev undersøgt: eksempelvis selvvurderet helbred, stress, psykisk velbefindende, sundhedsadfærd, sygelighed, generel trivsel og sociale relationer (2).

Nærværende undersøgelse udgør tredje delprojekt i Rådet for Socialt Udsattes sundhedsundersøgelse og omfatter et kvalitativt studie af socialt udsattes sundhed og sygelighed. Denne kvalitative undersøgelse skal ses i forlængelse af SUSY UDSAT-rapporten og har til formål at uddybe og nuancere billedet af socialt udsattes sundhed – og hermed supplere resultaterne af spørgeskemaundersøgelsen. I et spørgeskema baseres svar på faste svar-kategorier, og svarpersonen har ikke mulighed for at nuancere sit svar. Med kvalitative interviews er det muligt at gå i dybden med et emne, komme bag om de "tørre tal" og forsøge at forstå betydningen af disse. Og endnu vigtigere: man får mulighed for at forstå verden ud fra den interviewedes synspunkt. Det er således formålet med nærværende undersøgelse at uddybe billedet af socialt udsattes sundhed ved hjælp af de socialt udsattes egne fortællinger om helbred, sygdom og livssituation.

Målgruppe

Målgruppen for dette kvalitative studie er socialt udsatte personer. Socialt udsatte defineres af Rådet for Socialt Udsatte som hjemløse, stofmisbrugere, alkoholikere, sindslidende og prostituerede. Der er således tale om en meget forskelligartet gruppe, hvis tilværelse og problemer kan være vidt forskellige. Tilværelsen som socialt udsat er ofte præget af flere sociale problemer, hvor man måske både er misbruger og hjemløs eller både sindslidende og misbruger. Dette er da også tilfældet for mange af de interviewede til denne undersøgelse. Fælles for gruppen af socialt udsatte er dog, at de er blandt de svageste i samfundet, og at der er tale om mennesker med en farebiografi og hermed en livssituation præget af manglende kontrol og selvbestemmelse, stigmatiseringsrisiko, manglende deltagelse i samfundets centrale systemer (blandt andet arbejde og familie) samt en begrænset mulighed for social anerkendelse (3).

Kontakt til interviewsteder og udvælgelse af interviewpersoner

Der er i alt gennemført 25 interviews. Udvalgelsen af interviewpersoner er foregået ved, at der er taget kontakt til væresteder, herberger og andre sociale institutioner, som også deltog i SUSY UDSAT undersøgelsen, og hvor spørgeskemaerne havde været uddelt. Det har ikke været et krav, at interviewpersonerne til nærværende undersøgelse også har udfyldt spørgeskemaet til SUSY UDSAT, og de er da heller ikke blevet adspurgt herom. Ideen har blot været at benytte den kontakt til undersøgelsesfeltet, som allerede var etableret via spørgeskemaundersøgelsen. Der er gennemført interviews på i alt syv forskellige herberger, væresteder, natcaféer og andre sociale institutioner i henholdsvis København, Aalborg og Sakskøbing. Der blev aftalt en interviewdag på yderligere et herberg i København, men det lykkedes ikke at finde interviewdeltagere her.

Efter at være blevet informeret om undersøgelsen har lederen, afdelingslederen eller anden person på det pågældende sted etableret den videre kontakt til brugerne, eller vedkommende har udpeget en kontaktperson, som dernæst har været behjælpelig med at etablere kontakt til brugerne. Der har ikke været særlige krav til interviewstederne om at lokalisere bestemte typer af mennesker, udover at interviewpersonen skulle kunne betegnes som socialt udsat.

Interviewene foregik alle på den måde, at der blev aftalt én (eller flere) dage, hvor interviewerens kunne komme. Kontaktpersonen på stedet havde så enten allerede lavet aftaler med interviewpersoner eller også hjalp kontaktpersonen med at finde interviewpersoner på selve dagen. Denne kontaktperson har spillet en helt central rolle, da brugerne på de på-

gældende væresteder og herberger således allerede kendte og havde en vis tillid til vedkommende. Kontaktpersonen har eksempelvis vidst, hvem der har haft det for dårligt, og hvem der har været for stof- eller alkoholpåvirket til at kunne gennemføre et interview den pågældende dag. Kontaktpersonens tillid og vedkommendes indgående kendskab til brugere har været altafgørende for deltagelsen i interviewet. Den valgte strategi med at intervieweren besøger interviewstedet uden konkrete og planlagte interviewaftaler har været brugt med succes i andre undersøgelser om socialt udsatte.

De 25 interviews er fordelt på fire kvinder og 21 mænd. Denne skæve kønsfordeling afspejler det typiske mønster blandt brugere af væresteder og herberger og ses også i andre undersøgelser. I SUSY UDSAT besvarede langt flere mænd (72 %) end kvinder (28 %) spørgeskemaet.

At interviewe socialt udsatte

Det er anderledes at interviewe socialt udsatte mennesker end mennesker, der deltager og er inkluderet i samfundets forskellige arenaer. Det er anderledes af flere grunde. For det første er der tale om mennesker, der lever en kaotisk tilværelse, hvorfor det kan være vanskeligt at aftale et fast interviewtidspunkt. Dette blev forsøgt overkommet ved at besøge de respektive herberger og væresteder og være der i længere tid. Med til den kaotiske tilværelse hører også sommetider et misbrug, der kan indvirke på interviewet. Nogle interviewpersoner havde således 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. Varigheden af interviewene svinger fra cirka 20 minutter til 1 time og 30 minutter.

Der er en risiko for, at man kun opnår interviews med de bedst stillede af de socialt udsatte på et givet værested eller herberg, fordi kun de bedst stillede siger ja til at deltage. Dette er søgt minimeret ved, at der er taget kontakt til forskellige former for sociale institutioner, således at der er opnået interviews med mennesker, hvis sociale og helbredsmæssige problemer spænder vidt, og som befinder sig forskellige steder på spektret fra de socialt sårbare og lidt marginaliserede til de socialt udstødte. Nogle af de interviewede til denne undersøgelse har det relativt godt, og andre kan betegnes som stærkt socialt belastede og har store fysiske og psykiske helbredsproblemer. Dette indikerer, at en endnu større grad af sociale belastninger formentlig ville være ensbetydende med endnu flere helbredsmæssige belastninger.

Tillid mellem interviewer og den interviewede er ekstra vigtig, når den interviewede er socialt udsat. Det er en gruppe af mennesker, hvis historier typisk er svære at fortælle, fordi de indeholder mange svigt, nederlag og negative oplevelser. Oplevelser som næsten uomgængeligt inddrages i en interviewsituation næsten uanset emnet, hvilket skyldes, at de socialt udsattes fortællinger om, og forklaringer på, deres nuværende, sociale situation oftest indebærer en reference til oplevelser tidligere i livet.

Tryghedsfølelsen og tilliden blev forsøgt sikret ved, at interviewene foregik der, hvor de interviewede bor eller har deres daglige gang, og hvor der er mennesker i form af personale, som de har tillid til, eller i det mindste: som er kendte ansigter. Der blev desuden før hvert interview gjort meget ud af introduktionen, hvor interviewpersonen blev informeret om formålet og baggrunden for undersøgelsen. Alle fik desuden besked om, at interviewet var helt frivilligt, at de når som helst kunne trække sig fra interviewet, og at de ikke behøvede at svare, hvis de ikke havde lyst. Der blev endvidere spurgt om lov til at optage interviewet, informeret om fortrolig behandling af interviewmaterialet samt om fremstilling af resultaterne i anonymiseret form. Endelig blev interviewpersonerne præsenteret for interviewets opbygning og de forskellige emner. Hvert interview blev afsluttet med en form for debriefing, hvor der blev spurgt til, om interviewpersonen selv havde mere at tilføje, og hvor der blev spurgt til, hvorvidt nogle spørgsmål havde været svære eller ubehagelige at svare på. Ingen af interviewpersonerne svarede, at de havde oplevet det ubehageligt at svare på spørgsmålene, og interviewene blev således rundet af på en ordentlig måde.

Interviewguide

Interviewene er gennemført som semistrukturerede interviews. Det vil sige, at intervieweren tog udgangspunkt i en interviewguide med allerede formulerede spørgsmål men samtidig havde mulighed for at ændre og tilpasse fremgangsmåden og de forskellige temaer til hver situation og interviewperson. Desuden blev der lagt vægt på at give plads til emner og fortællinger, som lå uden for interviewguiden, men som de interviewede selv fandt relevante.

Spørgsmålene var opdelt i følgende temaer:

1. Faktuelle oplysninger som alder, ægteskabelig status, børn, uddannelse og arbejde.
2. Nuværende situation, baggrund for at bo på eksempelvis herberget.
3. Fysisk og psykisk helbred
4. Kontakt til sundhedsvæsenet
5. Opvæksten

6. Kontakt til eventuel familie/venner

Interviewguiden er udformet på baggrund af resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen. Hensigten har således været at få uddybet og belyst udvalgte emner fra SUSY UDSAT, som var særligt interessante, manglede en uddybning eller som slet ikke var blevet belyst via spørgeskemaundersøgelsen. Eksempelvis viste SUSY UDSAT, at de socialt udsatte havde et dårligt psykisk velbefindende – via interviewene var det muligt at opnå en større forståelse for, hvad der ligger bag det dårlige psykiske velbefindende. Opvækstmiljø eller kontakt til børn er eksempler på emner, der ikke blev belyst i spørgeskemaundersøgelsen, men som udgør temaer i interviewene.

Hvor muligt blev hvert tema indledt med et åbent spørgsmål med henblik på at øge fortællelysten og få interviewpersonens egne fortællinger og prioriteringer frem. Kun få interviewpersoner var fåmælte; de fleste var meget fortællelystne og havde meget på hjertet i forhold til emnet.

Interviewnoter

Umiddelbart efter gennemførelsen af hvert interview skrev intervieweren interviewnoter, en slags 'feltbeskrivelse', med informationer og indtryk af interviewpersonen, interviewsituationen og de omgivelser, interviewet fandt sted i. Interviewnoterne har haft til formål at indkapsle interviewsituationens fysiske og psykiske (stemningsmæssige) rammer, forholdet mellem interviewer og interviewperson, graden af fortællelyst samt de første, umiddelbare overvejelser i forhold til interviewets temaer. Interviewnoterne har også været et redskab i forbindelse med gennemlæsningen af de transskriberede interviews, og i den senere analysefase, til at genskabe interviewets stemning.

Bearbejdning af interviewene

Alle interviews blev optaget digitalt og transskriberet ordret. Alle person- og stedsnavne er ændret med henblik på anonymitet.

I første omgang er interviewene blevet analyseret på den måde, at der er gennemført en temaanalyse ud fra interviewguidens temaer. Temaanalysen er foretaget på tværs af interviewene. I denne proces er også identificeret nye temaer, som interviewpersonerne selv har bragt op. Herefter har analysearbejdet bestået i at opdele og omstrukturere temaerne i mindre temaer – stadig på tværs af interviewene - samt at finde mønstre i fortællingerne ved at udlede interviewpersonernes fælles og forskellige betragtninger.

Kodning og tematisering af interviews er foretaget i analyseprogrammet NVivo, der er et værktøj til at håndtere et stort interviewdatamateriale.

-
1. Simonsen MK, Christensen AI, Hesse U et al. Hvad ved vi om socialt udsattes sundhed? Gennemgang af litteratur samt analyse af eksisterende datamaterialer vedrørende socialt udsattes sundhedsvaner, helbred og sygelighed. Rådet for Socialt Udsattes småskriftserie nr. 6, 2007.
 2. Pedersen PV, Christensen AI, Hesse U, Curtis T. SUSY UDSAT. Sundhedsprofil for socialt udsatte i Danmark 2007. København: Rådet for Socialt Udsatte, 2008.
 3. Servicestyrelsen, Udsatteenheden: <http://www.vfcudsatte.dk/>. Begrebspapir: Socialt Udsatte. Videns- og Formidlingscenter for Socialt Udsatte. 2008.

Dårligt liv - dårligt helbred

Socialt udsattes oplevelse af eget liv og sundhed

Denne rapport beskriver resultaterne af en kvalitativ interviewundersøgelse om socialt udsattes sundhed, som Rådet for Socialt Udsatte har gennemført i samarbejde med Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. Undersøgelsen er et supplement til en spørgeskemaundersøgelse om sundhed og sygelighed, SUSY UDSAT, der udkom i 2008, og har til formål at uddybe og nuancere billedet af socialt udsattes sundhed ved hjælp af deres egne fortællinger om helbred, sygdom og livssituation.

I rapporten behandles temaerne:

- Typiske helbredsproblemer
- Dårligt liv - dårligt helbred
- Ondt i økonomien - ondt i tænderne
- Kontakten til sundhedsvæsenet - en broget affære
- Det psykiske er det hårdeste - et leve et uværdigt liv
- Seksuelle problemer og overgreb, vold og selvmordsforsøg - de værste sider af livet
- Barndommens svigt - voksenlivets ar
- Skrøbelige relationer til børnene - en høj pris at betale

Undersøgelsen bygger på 25 kvalitative interviews med socialt udsatte brugere af væresteder, herberger og andre sociale tilbud i København, Aalborg og Sakskøbing.