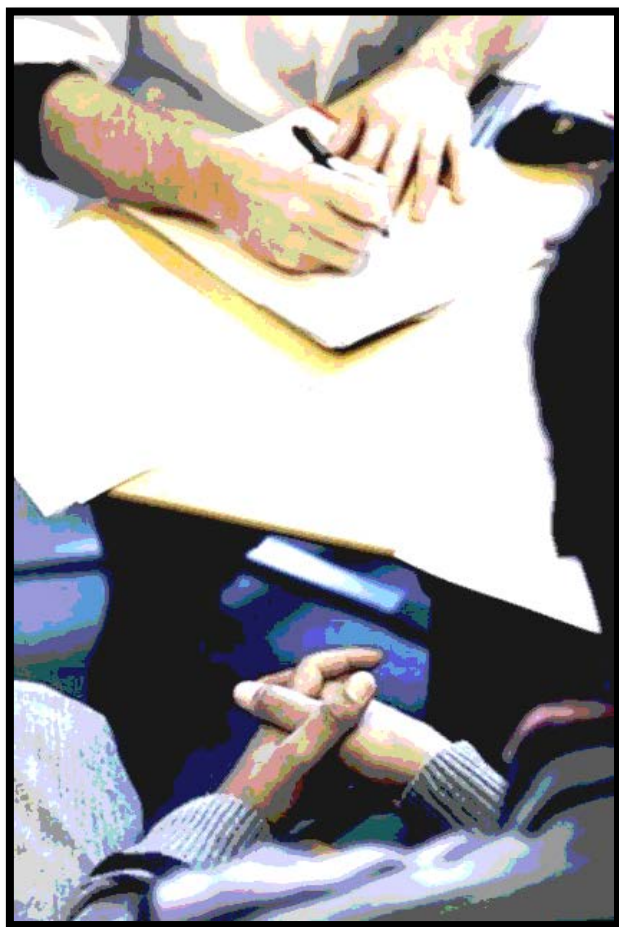


# SÅRBARHED I EN SUNDHEDSFAGLIG KONTEKTST

*Rapport om udfordringer og løsninger i patienters sårbarhed  
– et projekt i Region Syddanmark*



**Dorthe Nielsen, Ida Nygaard Mottelson, Morten Sodemann**

Indvandrermedicinsk klinik, afd. Q

Odense Universitetshospital

December 2018

## Indholdsfortegnelse

<b>Forord</b> .....	<b>4</b>
<b>Kort resumé</b> .....	<b>6</b>
<b>1. Undervisning og oplæg i Region Syddanmark</b> .....	<b>9</b>
Fokus på patienten og de sundhedsprofessionelle.....	10
Hvem er de sårbare patienter? .....	11
Selvoplevet sårbarhed.....	11
Social position.....	12
Multisyge (flere diagnoser).....	12
Kognitiv svækkelse.....	13
Manglende netværk .....	14
Alder og skrøbelighed.....	14
Empowerment.....	14
Mistet identitet.....	15
Fremmed i systemet.....	15
Personalets oplevelser af den sympatiske, den kompetente, den inkompetente og den usympatiske patient .....	16
Opsummering af undervisningen .....	19
Referencer .....	20
<b>2. Strukturel sårbarhed</b> .....	<b>22</b>
Pseudo-kompleksitet.....	23
Hverdagens onde etik og ”wicked problems” .....	24
Guideline-tyranni .....	25
<b>3. Relational sårbarhed: eksempler fra den kliniske hverdag</b> .....	<b>27</b>
Patienter, der ikke vil involveres .....	30
Patienter, der går meget langsomt .....	30
Uens fordeling af afdelingens ressourcer .....	30
Uklar ansvarsfordeling rammer skævt .....	31
Anbefalinger i forhold til at møde den sårbare patient .....	34
Perspektiver og nye spørgsmål .....	34

<b>4. Evaluering af sårbarhedsoplæg – en spørgeskemaundersøgelse.....</b>	<b>36</b>
<b>5. Litteraturgennemgang.....</b>	<b>38</b>
Yderligere litteratur .....	43
Søgestrategi .....	45
Forslag til videre læsning.....	46
Generel udbredelse af kliniske, tværkulturelle og sproglige erfaringer fra Indvandrermedicinsk Klinik .....	49
Støtte opstartsfasen til andre Indvandrermedicinske klinikker og ambulatorier .....	49
Særlig indsats omkring tolke kvalitet og uddannelse i Region Syddanmark.....	50
Sammenfatning, diskussion og anbefalinger.....	52
Publikationer udgivet i projektperioden.....	59
Peer-reviewed artikler .....	59
Bøger.....	61
Bogkapitler.....	61
Rapporter .....	62
Andre publikationer .....	62
Blogindlæg om sårbarhed.....	65
Presse, omtaler og multimedie .....	68
<b>6. Det videre forskningsarbejde omkring sårbarhed.....</b>	<b>72</b>
Igangværende ph.d.-projekter .....	72
Afsluttede kandidatspecialer (2015-2017) .....	73
Bacheloropgaver .....	74
Øvrige projekter og udviklingsarbejde.....	74
<b>7. Referencer .....</b>	<b>76</b>
<b>8. Bilag.....</b>	<b>80</b>
Bilag I: Oversigt over sårbarhedsoplæg.....	80
Bilag II: Spørgeskema .....	95
Bilag III. Besvarelser af spørgeskemaet.....	99

## Forord

Indvandrermedicinsk Klinik (IMK) blev startet i maj 2008 med henblik på en bedre klinisk forståelse og håndtering af en gruppe af patienter, der med en blanding af komplekse symptomer, krigsoplevelser, mistillid og sprogbarrierer ofte udgør en udfordring for sundhedsvæsenet og dets ansatte. Klinikken har ikke som mål at erstatte specialafdelinger men derimod at sikre en øget grad af lighed i adgang til og udbytte af højt specialiseret sygehustilbud for etniske minoritetspatienter. IMK modtager patienter med uforklarede symptomer trods relevant udredning, komplekse compliance-problemer eller behov for tæt koordination af sygehusudredning. IMK har relativt konstant modtaget ca. 200 henvisninger om året og har indtil august 2017 vurderet knapt 1800 patienter henvist fra praktiserende læger, praktiserende speciallæger, sygehusafdelinger på Odense Universitetshospital (OUH) og regionens øvrige sygehuse samt fra kommunallæger og psykiatere.

Hver patient henvist til IMK er blevet vurderet på to forskellige kriterier:

- 1) Hvordan kan den enkelte patients forløb bedres og/eller hvordan kan den enkelte patients compliance/behandling forbedres?
- 2) Hvad kan sundhedsvæsenet lære af de identificerede problemer ved det konkrete patientforløb (specialespecifikt og overordnet)?

Dette har medført, at IMK, udover de opbyggede tværkulturelle, kliniske kompetencer, har opbygget en ganske omfattende viden om specialespecifikke årsager til ulighed i sundhed, hospitalsspecifikke årsager til ulighed i sundhed samt tværsektorielle årsager til ulighed i sundhed. Erfaringsindsamlingen sker løbende og IMK har i dag derfor meget bredere kompetencer end for bare få år siden. Erfaringer fra IMK er blevet udbredt i regionen gennem den etniske patientkoordinatoruddannelse på OUH<sup>1</sup>, regionale indvandrermedicinske teams på regionens øvrige sygehuse og en nyoprettet praksiskonsulent i indvandrermedicin.

Der er nu ingen tvivl om, at etniske minoritetspatienter, udover de mere oplagte sproglige og kulturelle barrierer, også kan bidrage til at blotlægge mere grundlæggende og tværgående mekanismer i ulighed i sundhed, som er generaliserbare og almengyldige: dvs. mekanismer, der også udspiller sig blandt visse grupper af etnisk danske patienter. Den observation var en af

---

<sup>1</sup> Det Etniske Patientkoordinator Team er et særligt, tværfagligt team, der skal optimere information, kommunikation og forløb for patienter med anden etnisk herkomst end dansk på Odense Universitetshospital. Formålet med dette team er at effektivisere forebyggelse, udredning og behandling hos en særligt udsat gruppe af patienter med anden etnisk baggrund end dansk.

årsagerne til at Regionsrådets ligestillingsudvalg i 2015 bad IMK om at udbrede sine erfaringer til andre patientgrupper.

Sundhedsstyrelsen og Danske Regioner har i princippet godkendt ideen om at etablere et nationalt videnscenter for indvandrermedicin og ansvaret for det videre forløb er blevet lagt hos OUH og sundhedsstaben i Region Syddanmark. Det foreslås, at etableringen af et sådant videnscenter sikres gennem et 3-årigt pilotprojekt, der bygger på IMK's kliniske og undervisningsmæssige erfaringer. Videncenterets målgruppe udvides samtidigt til generelt at omfatte udsatte og socialt sårbare patientgrupper. Videncenterets fysiske udgangspunkt vil være IMK og den tilhørende forskningsenhed (Global Sundhed og Indvandrermedicin) på Syddansk Universitet.

Sårbarhedsprojektet har derfor været centret om at skabe dialog i de enkelte afdelinger inden for følgende emner:

- Hvordan "ser" man om en patient er sårbar?
- Rammerne for mødet med sårbare og socialt udfordrede patienter
- Multisyge og forløbskoordination
- Sektor- og specialeovergange
- Kliniske beslutningsprocesser med sårbare patienter
- Health literacy (sundhedskompetencer)
- Patienten i centrum – men hvordan?
- Compliance og patientinddragelse
- Medicingennemgang
- Kommunikation og barrierer
- Sårbarhed i relationer

Herværende rapport beskriver de erfaringer om patientsårbarhed, som er kommet ud af dialogmøderne med de enkelte afdelinger og specialer.

**Tak** til de mange engagerede deltagere i møderne – uden jeres tydelige motivation og levende bidrag ville vi stå uden denne værdifulde viden om relationel sårbarhed: hvad er sundhedspersonalets egen rolle i patienters sårbarhed og hvordan kan vi blive bedre til at reducere den?

## Kort resumé

Indvandrermedicinsk Klinik (IMK) på Odense Universitetshospital (OUH) har siden 2008 undersøgt ca. 1800 komplekse patienter med anden etnisk baggrund end dansk. IMK har høstet mange erfaringer og særligt erfaringer om kronikeres skjulte behandlingsbyrder samt patienters sårbarhed har vist sig at være gennemgående temaer. IMK har udviklet metoder og samarbejdsformer, som førte til, at Ligestillingsudvalget i Region Syddanmark bad IMK udbrede sine metoder til andre, dvs. etnisk danske patientgrupper med særligt fokus på sårbare patientgruppers behov.

Denne rapport præsenterer resultaterne af de første års arbejde med at udbrede erfaringerne fra IMK. Dette er bl.a. sket gennem en omfattende undervisnings- og foredragsvirksomhed, som indebar systematisk dialog med de afdelinger og sygehuse, der tog imod invitationen. Undervisningen har haft karakter af korte oplæg og efterfølgende dialog om afdelingsspecifikke udfordringer med sårbare patienter. Målet har været at få et så bredt billede som muligt af afdelings-, sygehus- og specialespecifikke sårbarheder: *hvad er sårbarhed? Hvordan opstår sårbarhed? Hvordan reduceres sårbarhed?*

Den gennemgående erfaring er, at den traditionelle sårbarhedsforståelse må revideres: der er ikke kun tale om ældre, demente, misbrugere, hjemløse og indvandrere. Sårbarhed har ikke et CPR-nummer! Sårbarhed er en faktor i relationen mellem patienten og den sundhedsprofessionelle som erfaringer, tilgang, rammer og motivation kan styrke eller svække. Hvad der er en sårbar patient for én læge er det ikke for en anden. En patient kan være selvhjulpent og uproblematisk i ambulatoriet men sårbar på sengeafdelingen. En patienttype kan være en udfordring på hjerteafdelingen på ét sygehus i regionen, men ikke et andet. Der er stærk indflydelse på sårbarhed fra afdelingers uformelle "kultur", arbejdsgange og tilpasningsevne og de toneangivende rollemodeller, herunder ledelsen, i hver afdeling, ser ud til at have central betydning for typer og omfang af patientsårbarheder.

Den model, der er anvendt i undervisningen har vist sig konstruktiv og frugtbar i forhold til at kunne tale meningsfyldt om svære, belastende, krævende, mærkværdige eller "støjende" patienter, og det er klart, efter de første års erfaringer, at personalet og ledelsen ikke er vant til at tale om, hvordan man møder svære, komplekse patienter. Heri ligger muligvis en del af sårbarhedsproblemet: der tales ikke om det, det anerkendes ikke som et "kollektivt" problem, men snarere som et "nødvendigt onde", som den enkelte medarbejder selv må søge at løse inden for eksisterende tidsrammer og struktur – vel vidende at det ikke er muligt. Vores undersøgelser har vist, at

personalet er meget optaget af, og stressede over, sårbare patienter. Derfor ønsker personalet flere redskaber og mere tid til at tage sig bedre af de sårbare patienter.

De relationelle og personlige aspekter af sårbarhed har vist sig centrale og der er behov for, at der arbejdes mere med "den lille ulighed", der opstår når ledelsen lader den enkelte ansatte bestemme i hvilket omfang en sårbar patient skal have støtte og tid.

Ulighed i sundhed har ansigter: de strukturelle (uddannelse og social status) kender vi, men den ulighed, der udspiller sig i patienters møde med nogle afdelinger og nogle sundhedsprofessionelle er knap så tydelige. Herværende projekt har derfor sat fokus på "den lille ulighed", som langsomt bliver til betydende ulighed, eftersom netop sårbare patienter møder dette flere steder i mødet med det offentlige.

Enkelte sygehuse har endnu ikke taget imod invitationen ligesom flere specialer savnes i undersøgelsen og store dele af lægestanden har fravalgt at deltage i dialogmøderne. Det foreslås derfor, at projektet med udbredelse af IMK's erfaringer fortsættes med fokus på de dele af sundhedsvæsnet, der ikke har deltaget endnu og med henblik på at vedligeholde de opnåede kompetencer på de afdelinger, der har valgt at deltage.

Den sårbarhed der har vist sig at opstå i relationer mellem patienter og ansatte i sundhedsvæsnet er påvirkelig og det foreslås at projektet fortsættes så denne erfaring kan udbygges mhp anvendelse i sundhedsuddannelserne.

Der er endvidere forslag om at en række nyere specifikke indvandrermedicinske erfaringer indenfor patientsikkerhed bør uddybe og udbredes ligesom tolkeuddannelsen har vist sig at være en uudnyttet mulighed for at øge de tværkulturelle kompetencer blandt ansatte i sundhedsvæsnet. Denne opgave er en fortløbende opgave som vil kræve en egentlig fast forankring i Indvandrermedicinsk Klinik.

Endelig hviler etableringen af et nationalt kompetencecenter på en stabil permanentgjort grundstruktur for IMKs kompetenceområde.

Det foreslås derfor at kompetenceudviklings området under IMK permanentgøres subsidiært at de eksisterende kompetenceudviklingsmidler forlænges 3 år.





## 1. Undervisning og oplæg i Region Syddanmark

Adskillige undersøgelser har påvist, at dårlige sociale og økonomiske forhold påvirker menneskers helbred negativt (1-4). Sygelighed og dødelighed stiger for hvert skridt, man bevæger sig ned ad den sociale rangstige. Sårbarhed er i flere studier, blandt andet af Sundhedsstyrelsen, defineret ud fra både social udsathed og graden af sygelighed hos den enkelte patient:

*Patienter, som på grund af svær sygdom, flere samtidige behandlingskrævende sygdomme, handicap mv. og evt. svagt personligt netværk er stærkt afhængige af sundheds- og/eller sociale ydelser (5)*

*Patienter, som på grund af svage personlige ressourcer og dårlig eller anderledes sygdomsindsigt, sociale eller kulturelle forhold er ude af stand til at yde en hensigtsmæssig adfærd og egenomsorg (5)*

Denne rapport arbejder med at definere sårbarhed i en klinisk, sundhedsfaglig kontekst bygger på kontakt til 59 forskellige afdelinger i sundhedsvæsenet. Her har sårbarhed været i fokus og er blevet diskuteret med personalegruppen. Italesættelse af sårbarhed har taget udgangspunkt i personalets oplevelser af deres respektive patienter og derved afdelingernes egne definitioner af sårbare patienter.

I løbet af 59 afholdte oplæg (se Bilag I for opgørelse over afholdte sårbarhedsoplæg) med varierende tidsrum og deltagerantal, er der taget udgangspunkt i forskellige afdelingers og sundhedsprofessionelles erfaringer med sårbare patienter. Alle oplæg blev introduceret med en kort introduktion til Indvandrermedicinsk Kliniks (IMK) arbejde, og hvordan klinikkens personale havde erfaret en sammenhæng mellem sårbare patienter med anden etnisk baggrund end dansk og øvrige sårbare patienter med etnisk dansk baggrund, hvorfor der var behov for dette overordnede sårbarhedsprojekt.

Oplæggende startede med en fælles diskussion af hvilke patientgrupper, der kunne identificeres som særligt sårbare. Deltagerne i sårbarhedsoplæggene tog udgangspunkt i egne erfaringer, hvorfor svarene var meget varierende. Fælles for alle eksempler var, at disse typer patienter tager ekstra tid og kan være ekstra besværlige. Det blev endvidere italesat, at sårbare grupper i sundhedsvæsenet også kunne omfatte personalet. Mange havde oplevet at tage arbejdet "med hjem". Flere af deltagerne påpegede, at sårbarheden kommer, når patienterne ikke føler de bliver hørt eller forstået af de

sundhedsprofessionelle. Endelig var der flere, der nævnte, at patienter med manglende netværk har det svært i det danske sundhedsvæsen. Mange oplevede, at man som sundhedsprofessionel følte, at man var patientens eneste netværk. Dette kunne give patienter uden netværk et stort tomrum når de var færdige med deres behandling.

Region Syddanmarks slogan "Du tager ansvar for din sundhed – sammen tager vi hånd om din sygdom" blev diskuteret med deltagerne. Sloganet kunne tolkes på mange forskellige måder, men mange nævnte, at sårbare patienter ikke nødvendigvis evnede at tage det forventede ansvar for egen sundhed.

Der var bred enighed blandt deltagerne om, at fokus på sårbarhed tager ekstra tid. Dette var et problem for mange, da der til daglig var et stramt program med ringe mulighed for at tillægge ekstra tid da dette ville skabe unødigt ventetid blandt de øvrige patienter. Flere udtrykte endvidere utryghed ved at skulle 'åbne op' for patientens personlige problemer. En deltager udtrykte det således: "Min faglige baggrund gør, at jeg føler, at jeg havner på dybt vand i forhold til at 'lukke op' for sårbare patienter. Jeg er nervøs for om jeg kan håndtere det".

### **Fokus på patienten og de sundhedsprofessionelle**

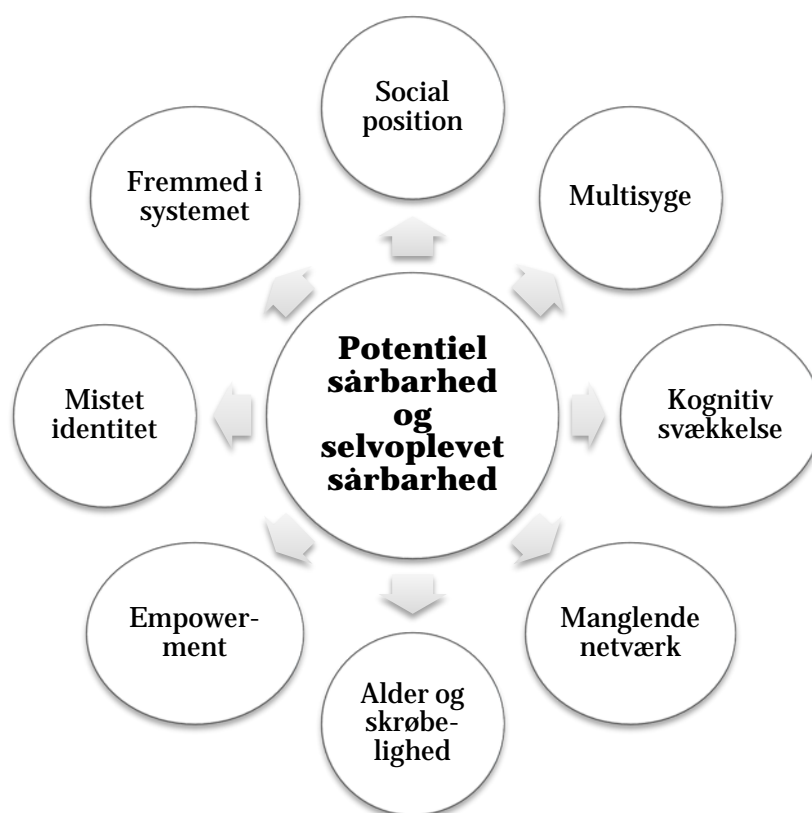
Patienter har nyttige historier, som blandt andet kan bruges til at undgå negativ forskelsbehandling og ulighed i sundhed (6, 7). Erfaringer fra IMK har påvist, at man ved at følge særligt udsatte og potentielt sårbare patienter over længere tid på forskellige sygehusafdelinger, kan få vigtige indsigter i de barrierer og udfordringer, de møder på deres vej. De foreløbige erfaringer har vist, at de svage punkter som flygtninge- og indvandrerpatienter ofte rammes af, i høj grad også deles af andre, etnisk danske, sårbare patienter (8, 9). Sårbare patienter kan være svære og udfordrende at håndtere i klinisk praksis. Generelt stresses personale yderligere ved de særlige og ofte tidskrævende behov, som sårbare grupper af patienter kan have. Derved øges risikoen for, at der slækkes på kvaliteten og den lige adgang til sundhedsfaglige ydelser bliver udfordret.

Ved at tage udgangspunkt i de sundhedsprofessionelles egne erfaringer med særlige patientgrupper, blev der i dette projekt skabt rum for italesættelse af de særlige udfordringer, det enkelte personale mødte i forhold til pleje og behandling af den sårbare patient. Det blev italesat hvordan det hos nogle af de sundhedsprofessionelle blev en stressende faktor, der kunne medføre, at der blev slækket på kvaliteten af pleje og behandling. Hos andre blev den "inkompetente" og "usympatiske" patient til en fagligt spændende udfordring – alle oplevelser blev anerkendt og diskuteret med det formål at finde frem til

metoder, der kunne være med til at fremme arbejdet med sårbare patientgrupper inden for den enkelte afdelings givne rammer og ressourcer.

### Hvem er de sårbare patienter?

Ud fra de 59 oplæg i forskellige afdelinger og specialer, har vi tematisk sammenfattet følgende faktorer, der, ifølge personalet, medvirker til øget sårbarhed blandt patienterne. Nedenfor er skitseret de risikofaktorer, som kan være med til at udgøre en potentiel risiko for, at patienten, i mødet med sundhedsvæsenet, enten selv opfatter sig som værende sårbar eller opfattes som værende sårbar af de sundhedsprofessionelle:



**Figur 1.** Oversigt over personalets angivelser af deres patienters sårbarhed(er).

### Selvoplevet sårbarhed

Ved de fleste oplæg blev det af enkelte personaler understreget, at sårbarhed er iboende hos alle mennesker. Alle rummer en potentiel sårbarhed som kan udløses hvis man udsættes for tilstrækkelige stressorer. Mennesker er sårbare

i forskellige situationer, på forskellige tidspunkter og på forskellige måder. Forskellen ligger i oplevelsen af *sårbarhed*, som for det enkelte menneske er både individuel og unik.

Med betegnelsen "sårbare patienter" kom der forskellige reaktioner. Sårbarhed blev af nogle sundhedsprofessionelle opfattet som stigmatiserende og nogle få udtrykte, at man ikke kunne tillade sig at kategorisere patienter som sårbare. Andre oplevede begrebet som positivt og som noget, der motiverede mødet med patienten til øget omsorg og professionalisme. Der var konsensus om, at sårbarhed ikke er noget stationært, men foranderligt i forhold til tid, sted, ressourcer og netværk men også foranderligt i forhold til, at man som sundhedsprofessionel kan gøre en forskel og være med til at hjælpe patienten til at håndtere og mestre egen situation.

### *Social position*

At være socialt udsat med dårlig økonomi, lav uddannelse, misbrug, dårlige bolig forhold og/eller manglende netværk blev ved hvert oplæg beskrevet som en risikofaktor, som kunne gøre nogle patienter særligt sårbare. Dårlig økonomi besværliggør indkøb af dyr medicin og er for nogle patienter også en hindring i at komme frem pga. transportudgifter. De fleste personaler udtrykte, at ringe økonomi kunne medvirke til udeblivelser og til manglende kontrol og opfølgning.

Det blev ligeledes understreget, at socialt udsatte patienter ofte har brug for mere tid i mødet med sundhedsvæsenet, da disse patienters sprog, sundhedsfaglige forståelse og opfattelse kan være divergerende med de sundhedsprofessionelles opfattelser af sundhed og god livsstil.

Patienter med multiple sociale problemstillinger blev italesat som en særligt sårbar gruppe. Grundet de mange sociale udfordringer var der mange, der oplevede, at de ikke kunne udføre deres arbejde tilfredsstillende. I flere tilfælde blev det beskrevet at det var altafgørende, at der var kontakt til en socialrådgiver.

### *Multisyge (flere diagnoser)*

At have flere diagnoser kan gøre patienten sårbar i forhold til at skulle håndtere mange besøg på sygehus, forskellige kontroller og undersøgelser samt behandling. Dette kan besværliggøre en hverdag med andre forpligtelser som arbejde, børn og sociale aktiviteter, og dermed er der nogle patienter, med mange diagnoser, der oplever sig isolerede og ensomme. Dette stiller igen større krav til personalet om at møde disse patienter med overskud og fleksibilitet – men også krav til personalet om at være opmærksomme på

koordination på tværs af afdelinger, specialer og sektorer. Multisyge er blevet til et stort administrativt, organisatorisk og fagligt problem pga. strukturelle og speciemæssige ændringer, der er direkte uhensigtsmæssige for multisyge, for kronikere, for psykisk syge med somatisk sygdom og for patienter med komplekse eller uforklarede symptomer. Kort sagt: de sårbare patienter. Omstrukturering, der tilgodeser stærke patienter med én sygdom ad gangen, rammer sårbare patienter med mange samtidige sygdomme.

At få overblik over komplekse patientforløb blev af mange oplægsdeltagere beskrevet som en ekstra tidskrævende udfordring og opgave som sjældent blev løst. Enkelte afdelinger havde en kultur omkring koordinering for at støtte patienterne i deres behandlingsforløb – fx i form af en ekstra SMS og/eller opkald.

### *Kognitiv svækkelse*

At være kognitiv svækket blev nævnt som en sårbarhedsfaktor, som kan medføre, at patienten er særlig sårbar i mødet med de sundhedsprofessionelle. Der skal ekstra tid til at sikre, at patienten har forstået behandling og formål med kontakt til sundhedsvæsenet. Mange procedurer i sundhedsvæsenet bygger på, at patienter har forberedt sig hjemmefra og at patienten er i stand til at læse eller hente information på internettet. Magter patienten ikke dette, er der risiko for at han/hun møder uforberedt op og derved vil koste ekstra tid og ressourcer for personalet.

*Health literacy* (sundhedskompetencer) er i flere studier (10, 11) beskrevet som værende årsag til ulige adgang til sundhedsfaglige ydelser. Lav health literacy betyder, at patienten ikke er i stand til at anvende, forstå eller drage nytte af den sundhedsfaglige information (12). Dette medfører, at afdelingen har særlige rammer for at nå disse patienter og at personalet må anvende og besidde særlige kompetencer og fleksibilitet for at kunne dække disse patienters behov for pleje og behandling.

De accelererede patientforløb og pakketilbud, som er til for at sikre hurtig og effektiv behandling til patienterne, blev nævnt som en faktor, der gjorde patienten endnu mere sårbar, da nogle patienter ikke magtede at følge med tempoet og sætte sig ind i de undersøgelser og behandlinger, der var en del af pakken. Patienter som havde dårlige erfaringer med sig fra tidligere behandlingsforløb, blev ligeledes beskrevet som en særligt sårbar gruppe, og som en gruppe, der også selv oplevede sig som sårbar og udsat. Mødet med patienten blev derfor ofte præget af mistillid og angst og krævede mere tid og flere ressourcer for personalet.

### *Manglende netværk*

En afgørende faktor for godt forløb i sundhedsvæsenet er familie og netværk. Dette blev understreget ved alle oplæg. God støtte fra familie og venner er med til at gøre det nemmere for personalet at støtte patienten og udføre en god pleje og behandling. Patienter uden netværk blev oplevet som sårbare i forhold til at komme frem til sygehuset, at modtage information og opfølgning på behandling og livsstilsændringer og at forstå den givne information.

Patienten uden netværk blev også sårbar under indlæggelse i forhold til kontakt, pleje, omsorg og behandling. Disse patienter kunne af nogle personalegrupper blive beskrevet som 'usynlige' patienter, der kunne blive overset i en travl hverdag. Flere personalegrupper beskrev patienter, som udtrykte angst for at blive glemt. Omvendt blev det også beskrevet, at der er patienter, der bliver sårbare i systemet grundet for mange pårørende og for stort et netværk. Dette er især patienter med anden etnisk baggrund end dansk, der risikerer at blive misforstået og mødt med mistillid grundet kulturelle sammenstød og misforståelser.

### *Alder og skrøbelighed*

Især de ældre blev beskrevet som sårbare. Dog blev det understreget, at der også var overraskende mange ældre med overskud og med ressourcer i forhold til at finde vej som patient i sundhedsvæsenet. Når de sårbare ældre blev betegnet som en udsat gruppe ifølge personalet, drejede det sig primært om, at den ældre ofte kunne tage ekstra tid. Tiden blev især udfordret i forbindelse med undersøgelser, der kunne kræve afklædning eller omklædning. Men tiden kunne også udfordres i forhold til den ældres behov for ekstra tid til at forstå diagnose, pleje og behandling.

Skrøbelighed relaterede sig gennem oplæggene mest til oplevelsen af en fysisk skrøbelighed (13). Skrøbelige patienter, med forskellige former for fysiske handicaps, blev ligeledes anset for at være en potentielt sårbar patientgruppe – dette til trods for, at mange handicappede ikke selv anser sig som sårbare, men fordi at skrøbelige patienter på forskellig vis kan have særlige behov, som udfordrer systemet og som kræver ekstra tid i et udredningsforløb, et ambulatorium eller ved hospitalsindlæggelse.

### *Empowerment*

Sundhedsvæsenet bygger på, at patienter skal tage medansvar for egen sundhed – ønsket er at have *empowered* patienter(14, 15). De fleste patienter ønsker medbestemmelse og medansvar og er i stand til at mestre dette, men mange patienter har ikke den samme forståelse som personalet i forhold til

hvad sundhed er, hvilket blev beskrevet som en potentiel sårbarhedsrisikofaktor.

Indforstået viden om sund kost, motion og hygiejne og om hvordan man helst skal håndtere sin patientrolle blev problematiseret ved flere møder. Patienter kunne blive dis-empowered ved, at de blev (mis)forstået ind i en bestemt sygehuskontekst og ikke blev mødt eller forstået ud fra deres egne præmisser eller forståelsesrammer.

### *Mistet identitet*

At blive syg og komme i kontakt med sundhedsvæsenet betyder for nogle patienter, at de helt mister deres identitet. Dette beskrives af personalet som årsag til, at nogle patienter bliver meget krævende, usikre, bange, grædende og/eller vredladede. Især højtstående personer (fx overlæger, egne kolleger og sågar borgmestre) blev af flere beskrevet som særlige grupper, der kunne være udfordrede ved at skulle tilpasse sig rollen som patient.

På samme måde som sårbarhed opstår, når patienter går fra at være raske til at være syge, blev det at gå fra syg til rask også beskrevet som en mulig udfordring for den enkelte patient. At være syg gennem lang tid kunne være med til, at sygdom blev en identitet, som patienten påtog sig. Derfor kunne det at blive fri for sygdom især være svært for folk, der havde været patienter igennem lang tid. Identitet og 'rolleskift' hos patienten medførte misforståelser mellem patient og den sundhedsprofessionelle og kunne være med til skabe sårbarhed, konflikt og usikkerhed hos den enkelte patient.

### *Fremmed i systemet*

Ved møderne blev der beskrevet forskellige patientgrupper, der blev sårbare af ikke at kunne finde vej. Der blev fortalt om demente, der var blevet væk i systemet fordi en chauffør havde kørt patienten til en forkert afdeling, og hvor ingen sundhedsprofessionelle havde reageret før de pårørende havde efterlyst patienten. Patienter, der er kognitivt svækkede og ikke selv er i stand til at finde vej og bede om hjælp, bliver derved udsat for en særlig risiko.

Patienter, der kommer fra andre lande med en meget anderledes opbygning af sundhedsvæsenet, er ligeledes udfordrede og har svært ved at *finde vej*. Personalet oplever, at patienter møder op til forkerte tider, til forkerte undersøgelser og også på forkerte sygehuse. Misforståelser opstår ofte også på baggrund af en uklar brevkorrespondance mellem hospitalet og patienten. Flere sundhedsprofessionelle angav, at de selv kunne være udfordrede i forhold til at kunne forstå breve udsendt fra sundhedsvæsenet.



## Personalets oplevelser af den sympatiske, den kompetente, den inkompetente og den usympatiske patient

Det blev tydeligt i alle oplæg, at sårbarhed og ulighed går hånd i hånd. Det var derfor vigtigt at få identificeret hvem de sårbare var og hvordan de blev oplevet af personalet. Under gennemgang af hvad der i de respektive afdelinger kendetegner den sårbare patient, fremgik det, at sårbare patienter kræver ekstra overskud, til tider særlige kompetencer og indimellem betragtes de som værende besværlige. Italesættelse af fordomme og forforståelser var afgørende vigtigt at få afdækket i en anerkendende og professionel kontekst for at kunne arbejde konstruktivt videre med det sårbare i den enkelte patient. Mange af deltagerne opfattede sårbare patienter som særdeles udfordrende i en travl hverdag. Som et dialog redskab til at facilitere dialog om det følsomme emner blev der derfor udarbejdet en model over fire patient stereotype kategorier. Ved alle oplæg blev deltagerne bla. præsenteret for de 4 stereotype patientkategorier, som deltagerne blev bedt om at diskutere og reflektere over herunder at beskrive cases relateret til hver af stereotypi kategorierne:

Den "sympatiske" stereotypi ("*likeable*", venlig, sød, rar, imødekommende, positiv, charmerende, tillidsvækkende, samarbejdsvillig etc.)

Den "usympatiske" stereotypi ("*un-likeable*", uvenlig, negativ, uengageret, u-samarbejdsvillig, ligeglad, vred, krævende, konfronterende etc.)

Den "kompetente" stereotypi (anerkendende patient, vidende, forstår information, kan læse, forberedt, følger regler, kompliant, høje sundhedskompetencer, spontan oplyser, løser selv problemer, høj egenomsorg, aktive pårørende)

Den "inkompetente" stereotypi (inkompliant, kan ikke læse, forstår langsomt, misforstår let, forvirret, tager ikke ansvar, lave sundhedskompetencer, lav egenomsorg, mangler pårørende, inaktive pårørende)

De ansattes eksempler på de forskellige patientgrupper og-typer ses i Tabel 1 nedenfor:

---

<b>Den sympatiske og kompetente stereotypi</b>	<b>Den sympatiske og inkompetente patient stereotypi</b>
Patienter, der ligner os selv	Den søde, ældre og svækkede patient, der er taknemmelig



Patienter, der siger tak	Patienter, der siger tak men ikke helt kan finde vej i sundhedsvæsenet
Patienter, der forstår det vi siger	Patienter, der ikke forstår hvad vi siger men er søde og høflige
Patienter, der gerne vil samarbejde	De lidt forsømte men charmerende patienter
Patienter, der er motiverede overfor behandling	Den psykisk syge patient som er stille og rolig
Patienter, der er forberedte	Den demente patient, som er sårbar men venlig
Patienter, der kender systemet	De hjælpeløse patienter, som skal have noget ekstra støtte og omsorg
Patienter, der er hurtigt ude igen	Børnene, som har brug for noget ekstra
Patienter, der tager et medansvar	Patienter, der siger tak og undskyld men som ikke forstår behandling og anbefalinger
Patienter, der respekterer vores kompetencer	
Patienter, der anerkender vores arbejde	
Patienter, der er dygtige patienter	
Patienter, der ikke klager	
Patienter, der er velovervejede i forhold til råd og vejledning	
Patienter, der er venlige, søde og taknemmelige	
Patienter, der er samarbejdsvillige	
Patienter, der er positive overfor den tilbudte pleje og behandling	

### **Den usympatiske og kompetente patient stereotypi**

### **Den usympatiske og inkompetente patient stereotypi**

Andre sundhedsprofessionelle	Patienter, der ikke ligner os
Højtuddannede, som stiller krav	Patienter, der ikke forstår systemet
Patienter, der ikke har tillid	Patienter, der er vrede og aggressive
De skeptiske patienter	Patienter, der klager og brokker sig
Patienter, som er "klogere" end behandlerne	Patienter, der er usønderede og lugter
Patienter, der er bedreviddende og har læst alt på internettet	Patienter, der er uforskammede
Patienter, der klager og brokker sig	Patienter, der er larmende og højtråbende

Patienter, der blander sig i behandlingen	Patienter, der er truende og gør hvad der passer dem
Patienter, der stiller mange spørgsmål	Patienter, der ikke viser respekt over for andre
Patienter, der hele tiden skal kontrollere	Patienter, der er utaknemmelige
	Klagende og forstyrrende patienter
	Patienter, der ikke vil
	Patienter, der ikke forstår

**Tabel 1.** Oversigt over personalets udlæggelser af forskellige patientkategorier.

Ovenstående er et sammendrag af de sundhedsprofessionelles oplevelser af de fire opstillede patientkategorier. Øvelsen havde til formål at hjælpe personalet med at italesætte særlige patientgrupper, der af det respektive personale kunne opleves udfordrende og ressourcekrævende i en travl hverdag.

Kategoriseringen gjorde det visuelt for personalet, at det krævede særlige ressourcer, og i særlige tilfælde også særlige kompetencer, for at håndtere den sårbare eller særligt krævende patient på en professionel og kompetent måde. Hvis man gav patienter i stereotypi kategori 3 ("den usympatiske og kompetente patient") og stereotypi kategori 4 ("den usympatiske og inkompetente patient") ekstra tid, fik lyttet til patientens livshistorie, fik indtryk af hvem personen bag patienten var, så var det muligt at flytte den 'tunge' patient til en mere 'let' gruppe og dermed blev pleje og behandling også mere professionel og meningsgivende.

Der var forskel på personalets oplevelse af den enkelte patient. Således kunne nogle personaler placere en patient som værende usympatisk, mens andre havde en helt anden opfattelse af samme patient. Den afgørende forskel var relationen mellem patient og den sundhedsprofessionelle. Personale, der kunne beskrive en relation og et godt kendskab til den lidt mere krævende patient, oplevede ikke patienten som usympatisk og besværlig, men som patienter med særlige udfordringer og behov. Relationen og patientens livshistorie var med til at nedbryde den negative opfattelse og fremstilling af patienten. Dette medførte en afgørende forskel i kvaliteten af den ydede pleje og behandling. Ligeledes var relationen og kendskabet til den enkelte patient med til at motivere personalet til at afprøve nye metoder og tilgange til de sårbare patienter.

Tid blev en afgørende faktor og betingelse for at personalet kunne 'nå ind' til patienten, og dermed en afgørende faktor for udfaldet i mødet med patienten. Øvelsen tydeliggjorde, at patienter, som fik tid af de sundhedsprofessionelle, var de 'lette' patienter i kategori 1 og 2, mens de patienter, der tog tiden fra

personalet, var de patienter, der blev beskrevet som usympatiske, krævende og inkompetente stereotyper i kategori 3 og 4. Der blev skabt konsensus om, at man kunne blive bedre til at håndtere de udfordrende og sårbare patienter i en travl hverdag, ved at fokusere mere på de patienter, der var særligt tidskrævende ved at give dem den fornødne tid, samtidig med at det kunne forsvares at bruge lidt mindre tid på de patienter, som klarede sig meget godt.

Uden synliggørelse og italesættelse af hvordan sårbare patientgrupper mødes og håndteres i praksis er der risiko for, at sårbare patienter med særlige behov stigmatiseres og kategoriseres uden at få en individuel og kompetent pleje og behandling. Sundhedspersonale arbejder i en organisation under konstant forandring. De skal reagere på retningslinjer, økonomi, praksis og faglige krav. Men de skal også finde mening i en tilsyneladende tsunami af skiftende værdipolitikker med meget lidt plads eller tid til refleksion eller kritisk dialog. Den daglige virkelighed i sundhedsvæsenet betyder, at personale ofte skal prioritere hastighed, konkret opgavefokus, behandling, pleje, kvantitative patientmålinger og dokumentation. Der er tilsyneladende for lidt tid til at reflektere over betydning og værdi af behandling og pleje samt på faktorer, der understøtter eller underminerer behandling og, ret afgørende, tid til at lære af praksis.

For at møde patienten dér hvor patienten er, med respekt og professionalisme, kræves der kommunikative og kulturelle kompetencer. Derfor blev der i oplæggene også spurgt ind til de enkelte personalegruppers særlige interesse for den sårbare patient og om der var behov for flere kompetencer for at håndtere mødet professionelt. Da øvelsen blev vendt om og rettet mod personalet selv (i forhold til om de *selv* kunne være hhv. sympatiske, usympatiske, kompetente og inkompetente), blev der reflekteret over egen rolle overfor patienterne. Refleksionerne gjorde det synligt for alle, at oplevelsen af sårbarhed også hang sammen med personalets eget overskud, værdigrundlag, identitetsopfattelse, forståelse af værdighed samt deres relationelle, sociale og kulturelle kompetencer.

### **Opsummering af undervisningen**

På baggrund af de mange afholdte oplæg, vil der fremover arbejdes med følgende definition af sårbarhed:

*Sårbarhed er iboende alle mennesker, og alle kan komme i livssituationer, hvor den enkelte kan opleve sig sårbar. Eksempelvis ved belastende livsændringer, ensomhed og isolation. Sårbarhed kan forstås som et begreb, der er afhængig af den kontekst hvori sårbarheden opleves. Alle kommer til at føle sig sårbare i større eller mindre grad gennem et livsforløb, og graden af sårbarhed er unik for det enkelte menneske. For at forstå den enkeltes*

*opfattelse af sårbarhed spiller livshistorien en vigtig rolle og kan være med til at mindske diskrimination og ulighed i sundhed.*

Det blev ligeledes tydeligt, i forbindelse med oplæggene, at patienter, der ikke passer ind i systemet; den specialiserede kassetænkning samt den driftstyrede pleje og behandling – kolliderer med de faktorer, der er med til at gøre et menneske sårbart. Potentielt sårbare patienter er således i risiko for ikke at få samme behandling som andre patienter. Talrige studier understreger, at sårbare gruppers adgang og tilgang til sundhedsvæsenet bliver yderligere besværet af udeblivelser, uafklarede men afsluttede behandlingsforløb, misforståede behandlinger, fejl diagnoser og utilfredsstillende patientforløb (16-20). Ved at fokusere på de sundhedsprofessionelles erfaringer og oplevelser fra hverdagens daglige rutiner (herunder mødet med den enkelte patient, kommunikation, forforståelse og fordomme), er det muligt at øge kvaliteten i pleje og behandling og samtidig give mulighed for at skabe hensigtsmæssige arbejdsgange for de sundhedsprofessionelle og ikke mindst skabe en mere lige adgang til sundhedsfaglige ydelser for patienterne. I stressede situationer bliver det svært at erkende, at der findes to eksperter – patienten i eget liv og den sundhedsprofessionelle inden for de sundhedsfaglige emner.

Sårbare patienter havner ofte i et gråzone-område, hvor der skal forhandles og besluttet udenfor afdelingens vante rammer. Her kommer etik og rigide regler til kort – de kommer for sent med for mange sygdomme og har mange uløste sociale problemer: kan ikke læse, har ikke internet og E-boks er en kasse med elektroniske cigaretter! Det er overladt til den enkelte medarbejder på sygehuset at afgøre om de orker at gøre en helt ekstraordinær menneskelig indsats. Uanset deres valg, så bliver enten patienten eller kollegerne sure. Hverdagens sure etik kender ingen nåde! De enkelte medarbejdere er på godt og ondt de komplekse sammenvævede problemer og etiske dilemmaer, der opstår som naturlig følge af sociale uligheder, uhensigtsmæssige patientforløb i et moderne højtspecialiseret sundhedsvæsen

Der blev i de fleste oplæg skabt konsensus om vigtigheden i at give den nødvendige tid i starten af et patientforløb. Den professionelle relation mellem patient og sundhedsprofessionel er afgørende for kvaliteten i pleje og behandling, hvorfor det er vigtigt at bruge ressourcerne bedst muligt: mere tid til dem, der har brug for det og mindre tid til dem, der kan og vil selv.

## Referencer

1. Seeman TE, Crimmins E. Social environment effects on health and aging: integrating epidemiologic and demographic approaches and perspectives. *AnnNYAcadSci.* 2001;954:88-117.

2. Nielsen SS, Krasnik A. Poorer self-perceived health among migrants and ethnic minorities versus the majority population in Europe: a systematic review. *IntJPublic Health*. 2010;55(5):357-71.
3. Diderichsen F, Andersen I, Manuel C. Ulighed i Sundhed - årsager og indsatser. Sundhedsstyrelsen, 2011.
4. Bak CK, Andersen PT. Social ulighed i sundhed i et udsat boligområde: En undersøgelse af sammenhængen mellem selv vurderet helbred, etnicitet og social position. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*. 2014;9(2):17-29.
5. Nielsen D, Svabo A, Kristensen TR, Sodemann M. [The life story is essential in The Migrant Health Clinic] Livshistorien er i centrum i Indvandrermedicinsk Klinik. *Sygeplejersken*. 2011;7.
6. Sodemann M, Kristensen TR, Nielsen D, Svabo A, Korsholm SBKM, Hermansen MM, et al. Tak fordi I lavede en bedre version af mig. Odense: Indvandrermedicinsk Klinik, Odense Universitetshospital, 2013.
7. Wiuff MB, Grøn L. Sårbarhed og handlekraft.
8. Sodemann M. Sårbarhed har ikke CPR nummer. 2016.
9. Nørgaard O, Sørensen K, Maindal HT, Kayser L. Måling af patientens sundhedskompetence kan bedre kommunikation i sundhedsvæsenet. *Ugeskr Læger*. 2014;176(1):37-9.
10. Maindal HT, Vinther-Jensen K. Sundhedskompetence (Health literacy) – teori, forskning og praksis-Health Literacy – Theory, Research and Practice. *Klinisk Sygepleje*. 2016;30(01):3-16.
11. Speros C. Health literacy: concept analysis. *Journal of advanced nursing*. 2005;50(6):633-40.
12. Sodemann M. Dét du ikke ved får patienten ondt af. 2014.
13. Sodemann M, Svabo A, Jacobsen A. [The hardest battles begin after the war] 1. *UgeskrLaeger*. 2010;172(2):141-4.
14. Norredam ML, Nielsen AS, Krasnik A. Migrants' access to healthcare. *DanMedBull*. 2007;54(1):48-9.
15. Norredam ML, Nielsen AS, Krasnik A. [Access to health care for migrants]. *Ugeskrift for læger*. 2006;168(36):3008-11.
16. Norredam M, Nielsen SS, Krasnik A. Migrants' utilization of somatic healthcare services in Europe--a systematic review. *European journal of public health*. 2010;20(5):555-63.

## 2. Strukturel sårbarhed

Sårbarhed kan uforvarende blive forstærket når velfærdsstatens mange institutioner sætter ind overfor udsatte eller svage borgere. I en undersøgelse, som *LG Insight* lavede i 2011, fandt man, at hvis man tilhører en ud af 10 udsatte borgertyper (fx psykisk syge, kontanthjælpsmodtagere eller flygtninge) skal man ofte samtidigt forholde sig til 15-20 professionelle kontaktpersoner alene i kommunalt regi (21). Som lederen af undersøgelsen Lars Larsen udtalte:

*"Hvor sympatisk og velmenende det end kan virke, er resultatet kaotisk og nedbrydende for de i forvejen sårbare mennesker. De oplever manglende koordination og modstridende tiltag. De kan ikke forstå de enkelte aktørers roller. Det gør dem apatiske og opgivende, hvis ikke de ligefrem begynder at modarbejde systemet".*

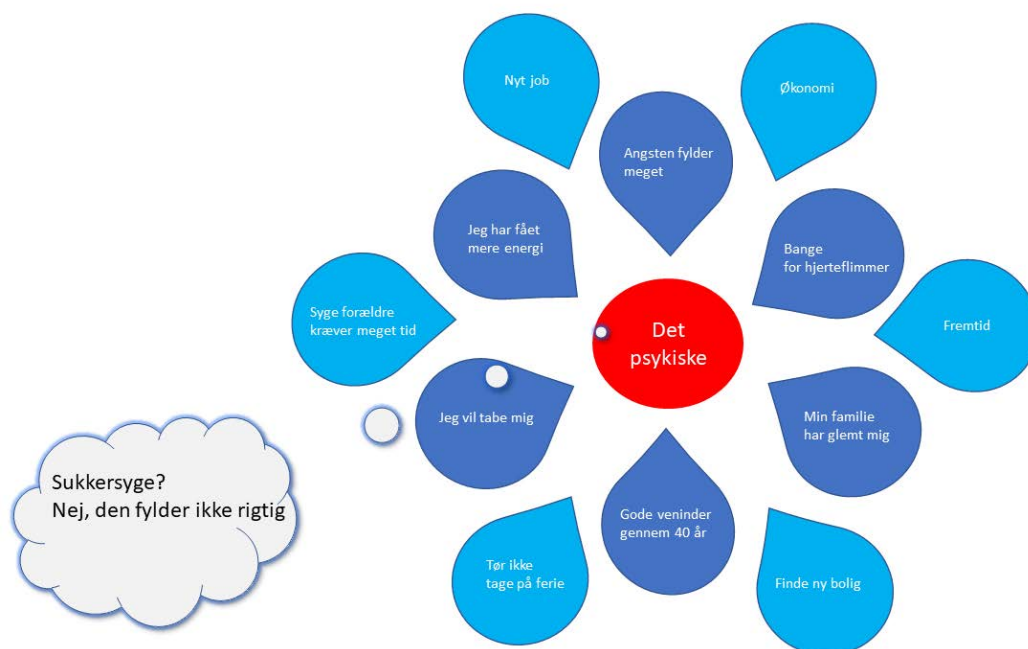
Hvis de samme udsatte borgere også er patienter, kan man dertil lægge yderligere fire til seks kontaktpersoner oveni (fx praktiserende læge, sygehuslæger, kontaktsygeplejersker). Risikoen for funktionel umyndiggørelse, og dermed en unødvendig sårbarhed, er i den situation meget stor. Daværende formand for Socialrådgiverforeningen, Bettina Post kommenterede undersøgelsen således:

*"De ansatte sidder med hver sit fokus og hver sin plan. De burde koordinere, men det sker bare ikke i en travl hverdag. Og borgerne kan ikke selv overskue at gøre det. De prøver febrilsk at samarbejde, hvis ikke de til sidst giver op og dropper hele systemet" (21).*

Moderne standardisering og overstrukturering af behandling har vist sig at ramme skævt i forhold til sårbare patienter. Sundhedsvæsnet prioritering af organisatoriske færdigheder sker tilsyneladende på bekostning af lægers klinisk-kulturelle færdigheder, der skulle identificere patienters individuelle behov, bekymringer og viden – særligt vigtige informationer for sårbare patienter (22). Læger, der er under tidspres, er mindre tilbøjelige til at foretage etiske overvejelser og har mindre overskud til at være empatiske (23). Patienter med kort uddannelse og lav social status strander oftere i primærsektoren, som de bruger mere end sekundær sektor. Det kræver verbal styrke at blive henvist til speciallæge og de får ringere udbytte af standardbehandling (24-26).

I en undersøgelse lavet af Kompetencecenter for patientoplevelser for Region Sjælland om sårbare diabetes patienter (psykisk syge, hjemløse, multisyge og

etniske minoritetspatienter) fandt man at mens patienterne havde mange psyko-sociale og praktiske udfordringer, så lå diabetes sygdommen langt væk fra deres primære problemer. Man er bekymret for økonomi, relationer og konsekvenser af sygdommen men ikke selve sygdommen (se fig.).



Sårbare kan kræve en anden strategi ifht. Patient involvering end andre patienter og der kan være behov for en systematisk tilgang til "præ-professionel" oprydning. Der kan være situationer hvor den bedste læge samtale starter hos en socialrådgiver. For at diabetes sygdommen kan få plads i den sårbarens liv skal der skabes plads og dén opgave kan være for stor for patienter med mange samtidige udfordringer.

### **Pseudo-kompleksitet**

Danske Regioner bad KORA om en analyse af hvordan de fem *megatrends*, identificeret af The Advisory Board Company i 2012, ville udspille sig i det danske sundhedsvæsen (27). KORA kom frem til nedenstående:

- Den aldrende befolkning
- Flere kronikere
- Revolutionen inden for data og information
- Den bioteknologiske udvikling
- Den nye sundhedsforbruger

Det er klart, at de fem *disruptive trends* er kendsgerninger og udfordrende, men hvis man ser på de to første, så er det en noget langsommelig disruption: den aldrende befolkning blev grundlagt for en generation siden og ligeledes



gjorde de fleste af dagens kronikere: tobak, alkohol, sukker og stillesiddende arbejde blev ikke opfundet i går. Kronikere har altid været der og er en del af sygehusvæsnets *raison d'être* – de er sundhedsvæsnets eksistensberettigelse! I skrivende stund er der debat om et nyt, sundhedspolitisk forslag. Dette skal samle alle oplysninger om aftaler i sundhedsvæsnets for komplekse patienter i én database, som alle involverede behandlere skal have adgang til for at kunne skabe mere hensigtsmæssige patientforløb for de sårbare patienter. Men kritikken er heglet ned over forslaget fra lægeselskaber, Etisk Råd og Patientdataforeningen. Hvis man ser på kritikken, så er det, igen, de stærke patienters behov, der italesættes med baggrund i privatlivets fred, manglende samtykke, lægers manglende mulighed for at blokere registreringen og ”vidtgående beføjelser til at indsamle personfølsomme data” (28). Men hvem er talerør for de patienter, der er *målet* med databasen? Hvis det lykkedes at forhindre databasen vil det være endnu et eksempel på at etik, datasikkerhed og privatlivets fred er defineret af stærke patienters overskud, behov og muligheder, mens der ingen er til at forsvare, at de sårbare patienter kan have helt andre etiske og menneskelige behov end den beskyttelse af privatlivets fred, som netop kan gøre dem sårbare.

I forsøget på at beskytte sårbare patienter, har nogle advokeret for behovet for *slow ethics*, langsom etik. Dette indebærer temporeduktion, så alle kan følge med, samt refleksion på forholdet mellem den faglige socialisering, det skjulte curriculum, ledelsesforhold og rollemodellering i universitetet og i praksis (29). Vi har vores egen indre fagligt-etiske dialog, der oftest falder ud til vores egen fordel: besværlige patienter må vente eller stille sig til tåls med standardbehandlingen! Det fagligt-etiske regnskab skal gå op indeni os selv, og rammerne i sundhedsvæsnets tillader desværre, at vores egen moral vinder og får mere plads på bekostning af patientens. Den officielle etik støder ofte sammen med hverdagens etik i mødet med den enkelte patient. Her vinder den øjeblikkeligt anvendelige, men lidet etiske, løsning over den officielle etik fordi der hverken er tid, rammer eller midler til at involvere den officielle udgave. Personalet har ikke andre handlemuligheder uden en forandringskultur i organisationen.

### **Hverdagens onde etik og ”wicked problems”**

Andre taler mere om, at hverdagen på sygehuse er serielle ”wicked problems”, som hverken organisationen eller den enkelte medarbejder har rutiner eller kompetencer til at tackle.

Hvis man ser på lægevidenskabelige artikler gennem de sidste 30 år, er etiske spørgsmål hastigt på vej ud af lægers begrebsverden (30). Desværre er den etiske grunduddannelse på universiteterne også blevet ringere: etikken rustet



væk på universiteterne (31). Etik har altid været noget, som ansatte i sundhedsvæsnet diskuterer, når der er tid til det eller hvis det ikke koster noget. I en artikel om hvordan læger og sygeplejersker klarer at have med HIV-patienters sammensatte problemstillinger at gøre i USA, Sydafrika, Thailand og Uganda, viser der sig at være en kæmpe afgrund mellem ”officiel etik” og så ”etik på gulvet” (32). Deres konklusion er, at presset fra den officielle etik gør, at løsningen af faktiske etiske hverdagsproblemer for den enkelte patient bliver mere umulige at løse. Disse bliver til onde og uløselige etiske problemer (*wicked ethics*). I 1973 beskrev Rittel og Weber et dilemma i hverdagen: mens virkelighedens sociale problemer er onde og komplicerede så beskæftiger videnskaben sig kun med tamme, upraktiske og helt overordnede spørgsmål, der selvfølgelig fører til tamme og ubrugelige svar og løsninger (33). Politikerne ser kun optimale løsninger for ”det fælles offentlige bedste”. Men i hverdagen findes der ikke optimale løsninger og der er i praksis ikke enighed om hvad der egentlig er det fælles bedste. Heller ikke i etisk forstand. Rittel og Weber beskrev 10 karakteristika ved hverdagens *wicked problems*. Bl.a. at de ikke er sande-falske, men onde-gode. De har ingen klar løsning, de er ikke klart afgrænsede, mangler klare valgmuligheder, hvert problem er unikt, erfaringer er sjældent anvendelige og hænger tit sammen med andre uløselige problemer og den der forsøger at løse problemet får ballade uanset hvordan man løser eller ikke løser problemet.

### **Guidelines og sårbarhed**

En anden skjult faktor i den kliniske beslutningsproces er, at der i sårbare patienters tilfælde ofte er tale om multiple kliniske problemer og deraf følgende multiple behandlinger. Dette kan risikere at ramme sårbare særligt hårdt. Studier har vist, at læger, som stilles overfor mere end én behandlingsløsning, ofte enten helt fravælger behandling eller vælger en suboptimal, umiddelbart simplere behandling, som ikke ville være blevet valgt under ”normale” omstændigheder (34). Et forskningsprojekt fra Medicinsk Endokrinologisk Klinik på Rigshospitalet har vist, at patienter med kortvarige uddannelser reagerer med mistillid og fremmedgjorthed over for digitale sundhedsløsninger – dvs. løsninger som ellers skulle hjælpe med at forbedre patientens sundhedstilstand og adgang til sundhedsvæsnet (35).

Hvis patienten og lægen er enige om, hvor god egen-kontrol patienten har over sit helbred, opnår patienten bedre compliance og sygdomskontrol (blandt andet ved hypertension og sukkersyge). Det er derfor blandt andet vigtigt, at lægen sammen med patienten danner sig et billede af patientens helbreds locus of control (HLOC) (36). Men at opnå denne enighed og gensidig indsigt kræver samtidig motivation og investering i samtalen fra både lægen og patienten. Og mangler den på den ene side af bordet, kan sårbarhed opstå eller

forstærkes. Nogle patienter kan ligefrem føle sig presset til - eller være mere trygge i - rollen som sårbar, afhængigt af hvad der giver mest mening, tryghed og de færreste ydmygelser. Gennem den manglende forståelse af sociale faktorerers betydning for patienters sygdomsoplevelse og compliance, kan lægen, sammen med lægens manglende inddragelse af patienters autentiske sygehistorie, være med til at skabe både multimorbiditet og kronicitet (37). På samme måde kan bevidstløs fastholdelse af guidelines og retningslinjer påføre patienter invaliderende kroniske tilstande – en situation Sarosi kalder guideline tyranni (38). Endelig afhænger faktisk patientinddragelse i hverdagen af patientens alder, køn, situationen, sygdommens art, patientens *locus of control* og autonomiopfattelse. Inddragelse er med andre ord situations-, relations- og individbestemt (39).

Bevidstløse rutiner kan også bidrage til sårbarhed. I en ny undersøgelse fandt man, at personer, der i forbindelse med rutinelægebesøg får foretaget hjerteundersøgelse, bliver henvist over fem gange flere undersøgelser og hjertespecialister end patienter der ikke får foretaget rutine-EKG (40). Begge grupper har samme overlevelse og hyppighed af blodprop i hjertet i årene efter. Det kræver udtalte kommunikative evner og viden at gå i dialog med lægen om denne type defensiv medicin og de mange undersøgelser, og tvetydige svar, der altid er resultatet. Noget så simpelt som et EKG eller en tilfældig blodtryksmåling risikerer at bringe en rask, selvhjulpne person ud i en sårbar ukontrollabel situation med usikkerhed og ventetid, der kan forværre sårbarheden.

For en detaljeret gennemgang af evidensen for relationel og organisatorisk sårbarhed henvises til bogen *Sårbar? Det kan du selv være*, der er et produkt af aktuelle projekt.

### 3. Relationel sårbarhed: eksempler fra den kliniske hverdag

I løbet af undervisningen på forskellige sygehusafdelinger i Region Syddanmark fremkom personalerne med følgende eksempler på relationelle, organisatoriske sårbarheder som udfordrede organisationen og dens ansatte:

<b>Relationel, organisatorisk sårbarhed</b>	<b>Kommentar</b>
Patienter, der ikke holder sig til dagsordenen	<i>Udfordrer kommunikationsevner, tidsrøvende, forlænger udredning, manglende tid til at gå i dialog.</i>
Patienter, der gør sig dygtigere end de er	<i>Personalet mangler kompetencer til at opdage det. Patienten overlades for meget ansvar, hvilket medfører mislykkede undersøgelser og behandlingsforsøg.</i>
Patienter, der forhindrer os i at være professionelle	<i>Personalet mangler en Plan B: der er ikke tid eller rammer til at have en dialog med patienten.</i>
Overinddragelse af patienter i beslutninger	<i>Patienter overbelastes og giver op, men vil ikke indrømme det.</i>
Patienter, der med rette har mistet tilliden til sundhedsvæsenet	<i>Patienter med dårlige erfaringer og som er trætte af systemet.</i>
Kompetente patienter, som mister sociale kompetencer fordi de tvinges til et fuldtidsarbejde som patient: ”Jeg er ansat af sygehuset til at passe min sygdom”	<i>Overfokus på sygdom, compliance og egenomsorg fører til tab af fokus på det sociale. To meget forskellige organisationstilgange rykker ved patientens overblik og forstyrrer hinandens plan og flow.</i>
Et overdrevent fokus på sociale/kommunale opgaver kan gøre patienten socialt kompetent men samtidig taber de egenomsorg og sygdomskompetencer	<i>To meget forskellige organisationstilgange rykker ved patientens overblik og spænder ben for hinanden.</i>
Patienter med meget kort, kognitiv tidshorisont	<i>Standard information er målrettet patienter, der kan huske og kan</i>

	<i>planlægge. Organisationen mangler alternative informations muligheder.</i>
Hvis personalet ikke opfanger, at der er noget, der hindrer en løsning på patientens side	<i>Patienten bliver funktionelt umyndiggjort eller besværlig af de sundhedsprofessionelles manglende kompetencer. Det bliver vanskeligt at 'rette op' igen.</i>
Når afdelinger afskaffer eller ikke har en socialrådgiver	<i>Mange patienter er syge for første gang og kender derfor intet til kommunen. Patienten kan derfor ikke selv overskue at sætte sig ind i det kommunale system under sygdom.</i>
Overinformerede patienter	<i>Har mange spørgsmål, der kræver ekstra tid fra personalet.</i>
Hvis sygdommens kompleksitet overmatcher patientens evner og kapacitet	<i>Flytter opgaver til uforberedt plejegruppe. Svært at skærme de sårbare patienter mod overinformation.</i>
Patienter, der ikke har pårørende	<i>Flytter opgaver til uforberedt plejegruppe.</i>
Patienter, der har sygdomme udenfor afdelingens speciale	<i>Udfordrer personalets faglighed og skaber manglende sammenhæng i behandlingen. Dette forårsager underbehandling/ingen behandling.</i>
Patienter, der er meget afhængige af pårørende, som bor langt væk	<i>Mange skjulte sårbarheder belaster personalet.</i>
Usynlige/stille patienter, der ikke vil være til besvær	<i>Patienterne siger ikke til, når der er problemer og bliver væk eller glemmes.</i>
Patienter, der tror, vi har styr på det	<i>Overlader koordination til personalet, der tror patienten har overblik (uden at have det).</i>
Patienter, der ikke kan/vil vælge, men afviser afdelingens forslag	<i>Kortslutter rutiner, stress, konflikter. Skaber faglig frustration, der går ud over andre patienterne.</i>
Patienter, som er "splittere"	<i>Spiller afdelinger ud mod hinanden og skaber kunstige konflikter, forsinkede forløb og personale bliver indbyrdes fagligt uenige. Patienter</i>

	<i>får behandling, som ingen egentlig kan stå inde for.</i>
Når patient og personale ikke er enige om, hvad sygdom og sundhed er (værdier, overbevisninger)	<i>Organisationen er ikke gearet til det. Personalet kommer til kort med vanlige argumenter, de stresses og kommer i konflikt med patienten: rutiner brydes og forløb forsinkes.</i>
Patienter, der er vrede, aggressive og udadreagerende	<i>Organisationen er ikke gearet til det. Personalet kommer til kort med vanlige argumenter, de stresses og kommer i konflikt med patienten: rutiner brydes og forløb forsinkes.</i>
Utilfredse patienter, der ikke kan forklare, hvad de grundlæggende er utilfredse med	<i>Fører til en ukonstruktiv og ufokuseret samtale – især hvis den sundhedsprofessionelle ikke er opmærksom på det.</i>
De 'kasseløse' patienter: patienter uden diagnose eller uden relevante sundhedstilbud	<i>Medicinsk Uforklarede Symptomer (MUS), uforklarede smerter eller hjerneskadede uden behandlingsmulighed. Patienter bliver kasterbolde mellem kommune og sygehus.</i>
Samme speciale – forskellige fokusområder	<i>Forskelsbehandling: På nogle ortopædkirurgiske afdelinger er den kirurgiske behandling af den brækkede hofte i centrum, mens der på andre fokuseres på årsagen til at patienten brækkede hoften.</i>
Uens patienttilgange	<i>Nogle afdelinger optager ikke patienters sygehistorie og skriver derfor ikke journaler mhp. at der er detaljerede retningslinjer for udredning og behandling i afdelingen, som erstatter behovet.</i>
Multisyge, kroniske patienter, der giver op	<i>Går pludselig fra at være selvhjulpne til at have behov for støtteperson, forsløbskoordination og hyppige kontakter. Men organisationen er ikke parat eller mangler ressourcerne.</i>

Stressede kolleger	<i>Sekretær på kirurgisk afdeling: "Når en bestemt kirurg er på arbejde, så sætter vi ikke de tungeste patienter på programmet".</i>
Patienter, der ikke vil involveres	<i>Personalet mangler tid og rammer til et sundhedspædagogisk forløb og må opgive. Dette opfattes som fagligt demotiverende.</i>
Patienter, der er trætte af deres sygdom	<i>Typisk kronikere i kriseperioder: de svinger mellem at være selvhjulpne og støttekrævende. Personalet har ikke ressourcer til at følge op på op- og nedture.</i>
Fejlhenviste patienter, der ønsker hjælp	<i>Patienterne har ventet længe, er vrede og frustrerede, men personalet har ikke tid.</i>
Patienter, der går meget langsomt	<i>Bryder rutiner og kræver ekstra tid fra personale.</i>
Patienter uden netværk, men som er afhængige af transport	<i>Besværlig procedure: mange kontakter, går ofte galt.</i>
Patienter med mange sociale udfordringer	<i>Mange sociale modspillere. Uden en socialrådgiver er svært for sundhedspersonalet at hjælpe. Skaber kolleger, der ikke gør det de skal pga. fordomme og besvær.</i>
Uens fordeling af afdelingens ressourcer	<i>Nogle ambulatorier er tidsmæssigt voldsomt pressede (multisyge, handicappede, misbrugere, psykisk syge med somatisk sygdom), mens andre ambulatorier i samme afdeling udelukkende ser rutinepatienter: de sygeste får ikke nok tid mens velbehandlede får for meget tid.</i>
Stram tidsplan	<i>Personale kan ikke variere indsatsen eller flytte tider fra ét ambulatorie til et andet.</i>

Ventetid rammer skævt	<p><i>"Vores system gør, at de sårbare rammes særligt hårdt fordi den lange ventetid får dem til at opgive eller glemme tiden".</i></p> <p><i>"Vores sundhedsvæsen er indrettet til at frasortere de tunge besværlige patienter".</i></p>
Uklar ansvarsfordeling rammer skævt	<p><i>Det er uklart, hvem der har det endelige ansvar for at de sårbares behandling lykkes.</i></p>
Nem-ID og E-boks	<p><i>Ingen bestemt afdeling føler ansvar for patientens IT-problemer. Skaber udeblivelser.</i></p>
Personaleopgaver flyttes til patienter	<p><i>Patienter går personalets ærinder: patienter skriver lægens journal gennem udfyldelse af omfattende skemaer, som skal printes og udfyldes eller udfyldes på en computer som patienten ikke har adgang til. Skemaer er ikke testede på funktionelle analfabeter, svagtseende eller ordblinde (32).</i></p>

**Tabel 2.** Relationelle, organisatoriske sårbarheder.

Det er tydeligt, at én og samme patient kan være sårbar på én afdeling eller på ét sygehus, mens samme patient kan være upåfaldende og selvstændig på en anden. Sårbarhed udspiller sig på forskellige måder, afhængigt af rammer og de enkelte afdelingers kulturelle tilgang til patient-flow. Der er aldrig gjort forsøg på at beskrive hvordan individuelle afdelingers kulturelle tilgang kan påvirke sårbarhed negativt eller positivt. Men der er ingen tvivl om, at de ansatte på afdelingerne har mange værdifulde observationer, som burde have større værdi i bekæmpelsen af forskelsbehandling.

Læger og patienter er uforberedte på en ny type sårbarhed: organisations-skabt, digital sårbarhed, der opstår i situationer, hvor informationstyper og adgang til information pludselig ændres. Hermed stilles der pludselig nye krav til intetanende patienters sundhedskompetencer og til uforberedte lægers kliniske beslutningskompetencer. Læger med professionel empati kan regulere patienters sårbarhed og opnå bedre patient-compliance, fx diabeteskontrol, kolesteroltal, rygestop, angstsymptomer og egenomsorg, men også her

mangler flere præcise studier om andre sygdomme (41-43). Empatisk og støttende præ-operativ samtale fremskynder sårheling, kirurgiske outcomes, halverer morfinbehov og halverer indlæggelsestid efter operation (44-46). Hvis patienten og lægen er enige om hvor god egenkontrol patienten har over sit helbred, opnår patienten bedre compliance og sygdomskontrol (her hypertension og sukkersyge). Det er derfor vigtigt, at lægen sammen med patienten danner sig et billede af patientens helbreds *locus of control* (HLOC) (36). Men at opnå denne enighed og gensidig indsigt kræver samtidig motivation og investering i samtalen fra både lægen og patienten. Og mangler den på den ene side af bordet kan sårbarhed opstå eller forstærkes. Nogle patienter kan ligefrem føle sig presset til, eller mere trykke i, rollen som sårbar afhængigt af hvad der giver mest tryk og færrest ydmygelser. Gennem den manglende forståelse af sociale faktorerers betydning for patienters sygdomsoplevelse og compliance kan lægen, sammen med lægens manglende inddragelse af patienters autentiske sygehistorie, være med til at skabe både multimorbiditet og kronicitet (37). På samme måde kan bevidstløs fastholdelse af guidelines og retningslinjer påføre patienter invaliderende kroniske tilstande – en situation Sarosi kalder *guideline-tyranni* (38). Endelig afhænger faktisk patientinddragelse i hverdagen af patientens alder, køn, situationen, sygdommens art, patientens *locus of control* og autonomiopfattelse. Inddragelse er med andre ord situations-, relations- og individbestemt (39).

Den politiske beslutning i 2017 om at patienter har ret til strakssvar på blodprøver og undersøgelser, er ét eksempel på en situation, der skaber en bilateral sårbarhed, som ikke umiddelbart kan reduceres (47). Der er udtrykt lægefaglig bekymring over den ukontrollable tendens til at lade semi-fagprofessionelle stå for at patientbaseret *big data* genererer tal til analyser af kliniske svarmuligheder og algoritmer, der igen skaber spørgsmål, der er vanskelige at besvare for de uforberedte læger (48, 49). Enhver sundhedsprofessionel, der har været syg, ved, at information kan skabe frygt og tvivl, som ellers ikke ville være kommet frem. Information kan, med andre ord, føre til komplekse spørgsmål, som ingen har svar på. Dette gælder især sårbare patienter, der kan have vanskeligt ved at håndtere klinisk tvetydighed og usikkerhed (50). Hvad der uden tvivl er et fremskridt for flertallet af patienter ender med at øge sårbare sårbarhed. Patientforeninger og sundhedspolitikere er ofte talerør for flertallet af patienter, men for de sårbare er konsekvenserne af nye tiltag i sundhedsvæsenet sjældent repræsenteret med samme kraft. Først længe efter at E-boks blev indført blev det gjort lettere for digitalt udfordrede at udbede sig brevpost, hvorpå PostNord øgede udbringningstiden til 10-14 dage. Efter protester blev varigheden af gyldighed af fravalg af E-boks øget fra ét år til tre år.



Organisationer skaber selv problemer for de sårbare, fordi der ikke er rutiner til at analysere den potentielle sårbarhed eller forskelsbehandling i nye tiltag. Cost-benefit-analyser er obligatoriske men deri indgår ikke omkostninger ved ulighed eller øget sårbarhed. Der mangler i det hele taget en bredere forståelse af digital analfabetisme og dens betydning i forhold til lighed og sårbarhed (51).

Et andet eksempel på sundhedsvæsenets kollektivt selektive holdning til evidens og sårbarhed er det årlige genoptræningskursus i genoplivning, som alle ansatte i sundhedsvæsenet gennemgår. Dette på trods af at der ingen evidens er for dets effekt (52). Derimod er der oceaner af evidens for social forskelsbehandling i sundhedsvæsenet og dokumenterede effekter på alt – lige fra primær/sekundær forebyggelse til behandlingsvalg, rehabilitering og overlevelse (53-60). På trods af den tunge evidens er der ingen hospitaler, der tilbyder obligatorisk årligt kursus i ligebehandling af patienter eller systematisk træning af studerende i klinik (61). Paradoksalt nok er der ligefrem evidens for fagligt ubegrundet ulighed i behandlingsvarighed og vilkårlig håndtering af evidens – netop under genoplivning (62).

Tendensen i sundhedspolitik og sundhedspædagogik går mod en mere individualistisk forståelse af sundhed, sygdom og behandling. Sociale determinanter, strukturel ulighed og organisationers rolle i forskelsbehandling er blevet mindre fremtrædende i sundhedsforskning. Dette på trods af skelsættende arbejde af fx Sir Michael Marmot (53, 63). Social kontekst er langsomt forsvundet ud af de sundhedspolitiske modeller (64). På trods af at den sundhedspolitiske diskurs retorisk set er gået i retning af øget patientinddragelse og tilpasning af sundhedsvæsenet til patienters behov og oplevelser, så viste en nylig gennemgang af de sidste 30 års sundhedsinterventioner rettet mod etniske minoriteter, at over 90% interventioner var rettet mod at tilpasse patienten til sundhedsvæsenet mens kun 9% var rettet mod organisatoriske interventioner (65). Interventioner mod ulighed i sygehus behandling overfokuserer på *hvem* der behandles men overser *hvordan* de behandles. Dette er bl.a. dokumenteret i forhold til nyreinsufficiens (66).

De fleste undersøgelser af underbrug af relevante sundhedsydelser har fokuseret på at måle effekten af (ofte prædefinerede og teoretisk funderede) løsninger på problemet (ofte rettet mod at øge den enkelte patients tilpasningsevne og robusthed overfor sundhedsvæsenet) med betydeligt mindre opmærksomhed på problemets dynamik eller konsekvenser for patienter. Selv om fokuseret indsats og øgede ressourcer kan bekæmpe specifikke underbrugsproblemer, er der meget få studier rettet mod bedre at forstå barrierer og bekæmpe barrierer, der forhindrer bedre udbredelse af

effektive interventioner (67). Der mangler ligheds- og sårbarhedsanalyser når det kommer til evaluering af interventioner (68).

### **Anbefalinger i forhold til at møde den sårbare patient**

Nedenstående anbefalinger er fremkommet på baggrund af forskning på området samt de afholdte sårbarhedsoplæg i Region Syddanmark:

- Afdækning af personalets motivation for at ændre praksis:
  - Vil vi bruge tiden på at afdække sårbarhed?
  - Er vi interesserede i at gøre noget ved det?
  - Vil vi inddrage patienten?
  - Har vi kompetencerne til det?
- Find mennesket "bag" patienten.
- Afdæk patientens største bekymring/problem.
- Lyt til patienten – livshistorien i fokus.
- Mød patienten med en åben og anerkendende tilgang.
- Vær opmærksom på egne fordomme og stigmatiserende oplevelser af patienten.
- Fokusér på den "besværlige" patient og mindre på den "nemme" patient.
- Vær faglig kompetent, men glem ikke, at patienten er ekspert i eget liv.
- Lad patienten være med til at styre samtalen og sætte dagsordenen.

### **Perspektiver og nye spørgsmål**

Det er oplagt, at lægernes manglende deltagelse i dialogmøderne bør diskuteres med sygehus- og afdelingsledelserne med henblik på at skabe rammer for sårbarhedsdrøftelser hvor læger vil deltage. Læger er centrale i den relationelle sårbarhed og det var en tydelig erfaring fra dialogmøderne, at det er u hensigtsmæssigt, at ikke alle faggrupper har en fælles holdning og tilgang til sårbare patienter. Der er dels behov for en systematisk dialogrække med lægegruppen og ved fællesmøder med repræsentanter fra alle faggrupper på hver afdeling.

Bogen "Sårbar? Det kan du selv være" blev skrevet som følge af lægernes sparsomme interesse for området og den er derfor primært rettet mod læger, lægestuderende og lægeuddannelsen. Det er vores indtryk at bogen er blevet vel modtaget af beslutningstagere og at den kan tjene som et udgangspunkt for

en drøftelse af lægers uddannelse indenfor patientologi, professionel empati og kommunikation.

Sekretærer har oftest været udelukket fra at deltage i dialogmøderne, men i de tilfælde hvor de deltog, viste de sig at have en omfangsrig og detaljeret viden om afdelingsspecifikke områder hvor sårbarheder var særligt udtalte. Det vil være relevant med en mere systematisk erfaringsindsamling blandt denne gruppe.

Ledelserne har udvist meget varierende interesse for det overordnede arbejde med sårbarhed på organisatorisk og tværspeciale niveau. Eftersom en del af de identificerede sårbarheder forstærkes af uhensigtsmæssige institutionelle og organisatoriske faktorer vil det være vigtigt at også afdelings- og sygehusledelser drøfter hvordan sårbarhed kan reduceres. Fx ved at disse eksponeres for typiske cases.

De specialespecifikke sårbarheder er interessante, fordi de kræver en afklaring og løsning på afdelingsniveau. Det er oplagt at udvikle et simpelt redskab til afdelingsledelserne til identifikation af interventionspunkter.

Sårbarhed på rehabiliteringsområdet har ikke været målet med dette projekt. Men det er et område, hvor der er påvist stor ulighed, og det er vores fornemmelse, at der her er stort potentiale gennem samme dialogproces som vi har haft på Region Syddanmarks sygehusafdelinger. I et eventuelt kommende sårbarhedsprojekt vil det være oplagt at inddrage rehabilitering.

#### 4. Evaluering af sårbarhedsoplæg – en spørgeskemaundersøgelse

I løbet af perioden oktober 2015 til marts 2017 blev der foretaget 58 oplæg med fokus på sårbare patienter. Oplæggenes tilhørerantal har varieret fra mindre oplæg á 10-20 deltagere til mellemstore oplæg á 30-50 deltagere og til de største oplæg med op til 350 deltagere. Langt de fleste oplæg er foretaget på forskellige hospitalsafdelinger i Region Syddanmark. Efter hvert oplæg er arrangørerne blevet bedt om at besvare et spørgeskema (se Bilag II). I alt har 56 personer besvaret spørgeskemaet, hvoraf 75% (42 personer) arbejdede på Odense Universitetshospitals Odense-matrikel og 25% (14 personer) arbejdede på Odense Universitetshospitals Svendborg-matrikel (se Bilag III for besvarelser).

Generelt var der stor tilfredshed blandt de adspurgte: 97% (53 personer) var enige i, at oplægget havde været relevant og 89% (49 personer) mente, at oplægget havde bidraget med ny viden. I alt mente 80% (44 personer) af deltagerne, at oplægget havde givet dem konkrete redskaber til at håndtere sårbare patienter i deres afdeling.

I spørgeskemaet blev deltagerne bedt om at sætte kryds ved de tre mest hyppige barrierer, der opleves i pågældende afdeling. Herudfra svarede 76% (42 personer), at manglende tid til patienter er den hyppigst oplevede barriere i forhold til at håndtere sårbare patienter. Den anden mest hyppige årsag var for lidt personale: her svarede 40% (22 personer), at der var for lidt personale i afdelingen til at kunne give ekstra tid til sårbare patienter. Som den tredje mest hyppige årsag svarede 27% (15 personer), at hvis patienten er bedreviddende eller kræver særbehandling, opstår der barrierer i forhold til at håndtere den sårbare patient.

I spørgeskemaet blev der stillet tre spørgsmål hvor deltagerne selv kunne skrive om deres oplevelser. Et af disse spørgsmål handlede om, hvad oplægget manglede at sætte fokus på. Flere skrev, at oplægget var tilfredsstillende, som det var. Mens andre savnede konkrete handlemuligheder til brug i praksis. Endvidere var der flere kommentarer, der ønskede at afdelingens specifikke målgruppe og personale blev sat i fokus.

Deltagerne blev også bedt om at sætte ord på, hvilke kompetencer, de mente at have fået efter oplægget. Her mente mange, at oplægget havde givet kompetencer til at kunne identificere sårbarhed blandt forskellige typer patienter. Derudover blev det beskrevet, at det var rart at kunne tale åbent og ærligt om de konflikter, man oplever i forbindelse med sårbare patienter, tidspres samt egne og kollegaers fordomme.

Det sidste spørgsmål, hvor deltagerne blev bedt om selv at skrive, omhandlede hvad man fremadrettet ville sætte mere fokus på i afdelingen. Her nævnte mange, at de ville være mere opmærksomme på at tale mere åbent med kollegaer om sårbare patienter. Flere nævnte, at de ville forsøge at rumme de pårørende bedre og mere professionelt.

## 5. Litteraturgennemgang

Der er igennem projektperioden løbende blevet udført litteratursøgning. Dels en systematisk litteratursøgning, som har haft til formål at afdække den nationale såvel som international forskning inden for sårbarhed. Ligeledes er der løbende søgt inden for den ”grå litteratur”, herunder rapporter og evalueringsundersøgelser. Nedenstående gennemgang af rapporter er sorteret efter årstal og gennem og gennemgår udvalgte danske rapporter omhandlende sårbarhed:

### **Indvandrermedicinsk Klinik ved Odense Universitetshospital**

**(2017):** *Misforståede symptomer, alvorlige fejlrapporteringer og utilsigtede hændelser involverende etniske minoritetspatienter med sprogbarrierer – hyppige udfordringer for patientsikkerheden ved sprogbarrierer*

Sårbarhed handler i denne rapport om flygtninge og indvandrere. Rapporten afdækker hvordan flygtninge og indvandrere oplever forskelsbehandling i sundhedsvæsenet. Disse har et dårligere selvoplevet helbred end den etnisk danske baggrundsbefolkning. Rapporten gennemgår hvilke typer af fejl, der typisk sker for denne gruppe patienter samt hvornår de sker, hvordan de udspiller sig og hvilke konsekvenser de har for patienterne.

**KORA (2015):** *Oplevet diskrimination og stigmatisering blandt mennesker med psykisk sygdom*

Sårbarhed handler i denne rapport om psykisk syge, der føler sig stigmatiserede. Rapporten undersøger diskrimination og negativ forskelsbehandling blandt mennesker med psykisk sygdom. Rapporten peger på, at der er behov for fokus på nære relationer på arbejdsmarkedet, uddannelsessteder, sundhedsområdet og det sociale område. Derudover viser det sig, at selvstigmatisering er et væsentligt problem og relativt set også et endnu større problem end egentlig diskrimination.

### **Røde Kors, Lægeforeningen og Dansk Flygtningehjælp (2015):**

*Sundhedsklinik for udokumenterede migranter*

Sårbarhed handler i denne rapport om udokumenterede migranter. Rapporten afdækker behovet for sundhedshjælp til en gruppe af mennesker, som ikke har CPR-nummer og dermed kun i begrænset omfang har adgang til det almindelige offentlige sundhedsvæsen. Rapporten tager udgangspunkt i Røde Kors' Sundhedsklinikker i København og Aarhus og konkluderer, at der er et stort behov for at sikre nødvendig sundhedshjælp til de mennesker, som opholder sig i Danmark, men som ikke har fuld adgang til sundhedshjælp. Rapporten understreger, at en frivillig indsats er altafgørende for at holde klinikkerne i gang.

**Institut for Menneskerettigheder (2014):** *Lige adgang til sundhed – en analyse af praktiserende lægers møde med patienter med etnisk minoritetsbaggrund*

Sårbarhed handler i denne rapport om patienter i sundhedsvæsenet med ikke-vestlig oprindelse. Rapporten undersøger, om der er hindringer for, at (sårbare) patienter med etnisk minoritetsbaggrund får adgang til den rette behandling i sundhedsvæsenet – fx i form af sproglige og kulturelle barrierer. Rapporten foreslår at der sættes nye tiltag i værk, da det vil give øget lighed i adgangen til sundhedsydelser for (sårbare) patienter med etnisk minoritetsbaggrund. Rapporten kommer med otte konkrete anbefalinger på baggrund af deres undersøgelse.

**KORA (2014):** *Sårbarhed og handlekraft i alderdommen – et etnografisk feltarbejde blandt fagpersoner og ældre i Horsens og omegn*

Sårbarhed handler i denne rapport om ældre. I denne rapport afrapporteres et etnografisk feltarbejde blandt ældre og fagpersoner i Horsens og omegn. Feltarbejdet konkluderer, at det er vigtigt at modvirke opdelingen af ældre i to kasser i form af den 'stærke' og den 'sårbare' ældre. Derudover findes der et sammenfald mellem aldring og alderdom hvorved rapporten konkluderer, at oplevelse og tilskrivelse af alder udspilles mellem fire poler: den kronologiske alder, den oplevede alder, kroppens alder og den alder, man har i den institutionelle aldringsproces.

**Ministeriet for sundhed og forebyggelse (2014):** *Sundhedsydelser til uregistrerede migranter*

Sårbarhed handler i denne rapport om marginaliserede grupper. Rapporten omfatter en beskrivelse af de konventionsmæssige forpligtelser i forhold til uregistrerede migranter samt i hvilket omfang en række andre europæiske lande yder behandling til uregistrerede migranter. Rapporten konkluderer, at Danmark lever op til sine internationale forpligtelser, idet Danmark yder sygehusbehandling ved akut sygdom.

**KORA (2013):** *Menneskelige faktorer i forsinket diagnostik: Et litteraturstudie*

Sårbarhed handler i denne rapport om diagnoseforsinkelser. Rapporten gennemgår den eksisterende viden om årsager til diagnoseforsinkelser, konsekvenserne heraf og mulige løsninger. Rapporten konkluderer, at en række demografiske faktorer spiller ind, såsom alder, socioøkonomiske forhold, uddannelse og delvis køn. Disse bekræfter velkendte faktorer indenfor ulighed i adgangen til sundhed. Rapportens overordnede anbefalinger i forhold til diagnoseforsinkelser vedrører mere information, forskning og uddannelse.

### **Indvandrermedicinsk Klinik ved Odense Universitetshospital**

**(2013):** *Tak fordi du lavede en bedre version af mig*

Sårbarhed handler i denne rapport om etniske minoritetspatienter. Rapporten undersøger hvorvidt sygehuse bidrager til, at der opstår skjult ulighed i kvaliteten af behandling til etniske minoritetspatienter. Rapporten konkluderer, at læger og sygeplejersker yder forskelsbehandling både bevidst og ubevidst i deres valg af undersøgelser, behandlinger og efterkontroller. Læger og sygeplejersker mangler helt basale kliniske og etniske kompetencer for at kunne yde en kvalitet der nærmer sig den andre danskere modtager som en selvfølge. De skal lære at inddrage eksil tilværelsens grundvilkår i vurderingen af patienters behov og ressourcer.

**Dansk Flygtningehjælp (2012):** *At flytte fra ét hjemland til et andet – Oplevelser og erfaringer fra oplysningsindsatsen om repatriering blandt ældre fra Tyrkiet og det tidligere Jugoslavien*

Sårbarhed handler i denne rapport om indvandrere, der ønsker repatriering, men ikke kender til mulighederne herfor. Aktiviteterne på repatrieringsområdet har gennem årene båret præg af ønsket om, at så mange flygtninge og indvandrere som overhovedet muligt opnår en højere livskvalitet gennem afklaring af forholdet til deres hjemland. Dansk Flygtningehjælps målsætning i rådgivningsarbejdet var at give den enkelte udlænding indsigt i rettigheder, pligter og muligheder og derigennem støtte dem i at tage ansvar for deres egen tilværelse.

**Forskningsenheden for Almen Praksis i København (2011):** *Arbejdet med sårbare patienter og perspektiver på social ulighed i almen praksis. En fokusgruppeundersøgelse med alment praktiserende læger i København, Odense og Århus*

Sårbarhed handler i denne rapport om (socialt) udsatte og tunge patienter, samt patienter med ringe egenomsorgsevne. Rapporten belyser praktiserende lægers opfattelse og forståelse af ”den sårbare patient” og ulighed i sundhed. I de adspurgte praktiserende lægers optik er sårbarhed et fænomen, som kan findes i alle sociale lag og som for den enkelte person kan variere over et livsforløb.

**Sundhedsstyrelsen (2011):** *Ulighed i Sundhed – årsager og indsatser*

Sårbarhed handler i denne rapport om sociale og økonomiske forhold. Rapporten beskriver en række sociale determinanternes betydning for sundhed og sygelighed i en dansk kontekst. Disse determinanter omfatter også andre sektorer end sundhedssektoren. Rapporten peger på en række indsatsområder, og det fremgår, at en reduktion af den sociale ulighed i sundhed ikke kan løses af sundhedssektoren alene. Det er et komplekst



arbejde, som forudsætter indsatser fra såvel forskellige sektorer (uddannelse, social, sundhed, beskæftigelse) som forskellige administrative niveauer (kommuner, regioner, stat samt civilsamfund).

**Indvandrermedicinsk Klinik ved Odense Universitetshospital**

**(2011):** *Kun en tåbe frygter ikke sproget – erfaringer fra*

*Indvandrermedicinsk Klinik*

Sårbarhed handler i denne rapport om sprogbarrierer. Rapporten beskriver professionelle tolkes synspunkter vedrørende tolkning i sundhedsvæsenet, herunder tolkes arbejdsbetingelser og arbejdsforhold i det danske sundhedsvæsen. Rapporten synliggør kvaliteten af tolkningen for patienter med begrænsede dansk kundskaber og anbefaler uddannelse og mulighed for kurser for tolke. Desuden er der behov for en stram styring af logistik, kvalitet og monitorering.

**Sundhedsstyrelsen (2010):** *Etniske minoriteter i det danske sundhedsvæsen – en antologi*

Sårbarhed handler i denne rapport om etniske minoriteter. Rapporten beskriver fem afholdte regionale seminarer med henblik på at styrke kommuners og regioners indsats rettet mod etniske minoriteter. Publikationen præsenterer forskellige oplevelser og erfaringer med etniske minoriteter i sundhedsvæsenet ud fra både personalets og patientens perspektiv. Der sættes fokus på udfordringerne i forbindelse med kulturmødet og på, hvor arbejdet med etniske minoriteters sundhed befinder sig og bevæger sig hen.

**Undervisningsministeriet (2010):** *“Jeg kommer heller ikke i dag” – om støtte af sårbare unge i uddannelse*

Sårbarhed handler i denne rapport om psykisk sårbare unge. Denne rapport giver et udvalg af metoder og værktøjer til lærere og uddannelses- og erhvervsvejledere på ungdomsuddannelsesinstitutionerne i deres møde med unge, som kæmper med personlige og sociale problemer. Rapporten giver også viden om forskellige psykiske sygdomme og inspiration til støttemuligheder. Rapporten fokuserer på en forståelse af, at alle unge har ressourcer og er forskellige til trods for enslydende diagnoser.

**Albertslund Kommune, Brøndby Kommune, Glostrup Kommune, Hvidovre Kommune, Høje Taastrup Kommune, Ishøj Kommune, Vallensbæk Kommune, Glostrup Hospital, Hvidovre Hospital**

**(2010):** *Vestegnsprojektet – Sårbare borgere og patienter med Type 2DM og KOL*

Sårbarhed handler i denne rapport om borgere med anden etnisk baggrund end dansk med hhv. Type 2 Diabetes og KOL. Denne rapport bidrager til at

udvikle et fælles sprog omkring sårbarhed, nuancere begrebet og se nye veje til at håndtere den sårbare patient i sundhedsvæsenet. Rapporten foreslår at indsatser/interventioner på Vestegnen skal tænkes i fire forskellige kategorier: (1) Medicinsk sårbarhed, (2) Psykosocial(kulturel) sårbarhed, (3) Sygdomsspecifik sårbarhed og (4) Det sårbare sundhedsvæsen.

**Enheden for Brugerundersøgelser, Region Hovedstaden (2009):**

*Etniske forskelle i patienters oplevelser – En spørgeskema- og interviewundersøgelse om etniske forskelle i patientoplevelser i forløbet fra praktiserende læge til hospital*

Sårbarhed handler i denne rapport om mulige kulturforskelle. Rapporten sammenligner indvandrere/efterkommere fra ikke-vestlige lande og danskeres oplevelser i forløbet, fra de henvender sig hos deres praktiserende læge, til den første tid de er indlagt på hospital. Rapporten konkluderer, at både indvandrere/efterkommere og danskere overvejende har positive oplevelser i forløbet, fra de henvender sig hos deres praktiserende læge, til den første tid de er indlagt på hospital, og at der ikke er forskel på deres samlede indtryk af forløbet. Indvandrere/efterkommere oplever problemer i forløbet, der ikke gør sig gældende for danskere.

**Dansk Sundhedsinstitut (2009): Sårbarhed og handlekraft – borgere og praktiserende lægers forståelse og italesættelse af sociale forskelle i sygdom og sundhed**

Sårbarhed handler i denne rapport om sociale forhold. I denne rapport belyses det, hvordan de forstår og borgere og praktiserende læger italesætter sociale forskelle i sygdom og sundhed. Betydningen af systematiske sociale forskelle udgør en 'blind vinkel' i et erfaringsnært perspektiv, hvad enten der er tale om borgere eller praktiserende læger. Rapporten anbefaler, at der arbejdes systematisk med udvikling af strategier, der ikke overlader det til den enkelte læge at tackle den vanskelige og væsentlige udfordring, som social ulighed i sundhed og i adgang til sundhedsvæsenet udgør.

**Region Midtjylland, Center for Folkesundhed, Sundhedsfremme og Forebyggelse (2008): Tre er et umage par: En undersøgelse af tolkningens vilkår og betydning i kommunikationen mellem etniske minoriteter og sundhedsvæsenet**

Sårbarhed handler i denne rapport om patienter med behov for tolkebistand. Denne rapport undersøger tolkningens vilkår og betydning i kommunikationen mellem etniske minoritetspatienter og sundhedsvæsenet. Rapporten evaluerer den aktuelle tolkebistand og kommer med konkrete råd til, hvordan den kan kvalificeres inden for de givne rammer.

**Institut for Folkesundhedsvidenskab & Københavns Universitet (2006):** *At prioritere social ulighed i sundhed – analysestrategi og resultater for Københavns Kommune*

Sårbarhed handler i denne rapport om mennesker med kort uddannelse. Den sociale ulighed i sundhed er vokset i 1990'erne og det kræver kraftfulde indsatser at bryde denne udvikling. Rapporten peger på 15 forhold i opvækst, boligmiljø, arbejdsforhold og sundhedsadfærd som vigtige årsager til ulighed i sundhed. Ulighed og sårbarhed skyldes mange forskellige komponenter, men kvantitativt er tobaksrygning, alkohol, fysisk inaktivitet og overvægt de risikofaktorer som sammen med deres bagvedliggende årsager har skabt 75 % af dagens sociale ulighed i sygdomsbyrde.

**Sundhedsstyrelsen (2006):** *Social udsathed og viden hos etniske minoriteter – rådgivning fra Sundhedsstyrelsen*

Sårbarhed handler i denne rapport om sociale og økonomiske forhold. Formålet med denne rapport er at rådgive kommunerne om, hvordan de løser de sundhedsfremme- og forebyggelsesopgaver, der retter sig til borgerne. Rapporten peger på nogle problematikker og årsager til at kvinder med anden etnisk baggrund får aborter. Samtidig gives der anbefalinger til hvilke rammer og tilbud kommunerne kan iværksætte for at forebygge uønskede graviditeter blandt kvinder med anden etnisk baggrund end dansk.

**Sundhedsstyrelsen (2005):** *Terminologi: Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed*

Sårbarhed defineres ikke i rapporten. Dog forklares en række begreber med henblik på at undgå sproglige misforståelser og/eller fejltolkninger. Der gennemgås 38 begreber, som er udvalgt efter kriteriet om, at de er centrale og almindeligt anvendt blandt praktikere på forebyggelses- og sundhedsfremmeområdet, eller at de er internationalt anvendt med forventning om at blive snarligt indført i Danmark. Sundhedsstyrelsen har oprettet en begrebsdatabase til formålet, der løbende bliver opdateret ("Begrebsbasen"): <http://sundhedsdata.iterm.dk/>. I maj 2017 defineres sårbarhed (maj 2017) som "Egenskab ved objekt der gør det muligt for en trussel at forårsage sikkerhedsbrud. Denne egenskab kan være fravær af sikringsforanstaltning; enten som følge af, at der ingen relevante sikringsforanstaltninger findes, at de ikke er overvejet, eller at de er fravalgt."

### **Yderligere litteratur**

Gennemgangen af forskningsartikler vedrørende sårbarhed i sundhedsvæsenet samt sundhedsprofessionelles erfaringer viste, at der er begrænset evidensbaseret viden om interventioner for sårbare patienter. I den

videnskabelige artikeldatabase PubMed blev er der bl.a. foretaget nedenstående litteratursøgning. Denne søgning blev foretaget med henblik på at finde redskaber til at "måle" sårbarhed samt for at undersøge interventioner målrettet sårbare patienter. Den manglende litteratur inden for sårbarhed i sundhedsvæsnet er med til at understrege relevansen for dette projekts emnefelt.

<b>Søgeord 1</b>	<b>Søgeord 2</b>	<b>Søgeord 3</b>	<b>Antal artikler fundet</b>
patient*	vulnerab*	quantitative	657

<b>Søgeord 1</b>	<b>Søgeord 2</b>	<b>Søgeord 3</b>	<b>Antal artikler fundet</b>
patient*	vulnerab*	qualitative	896

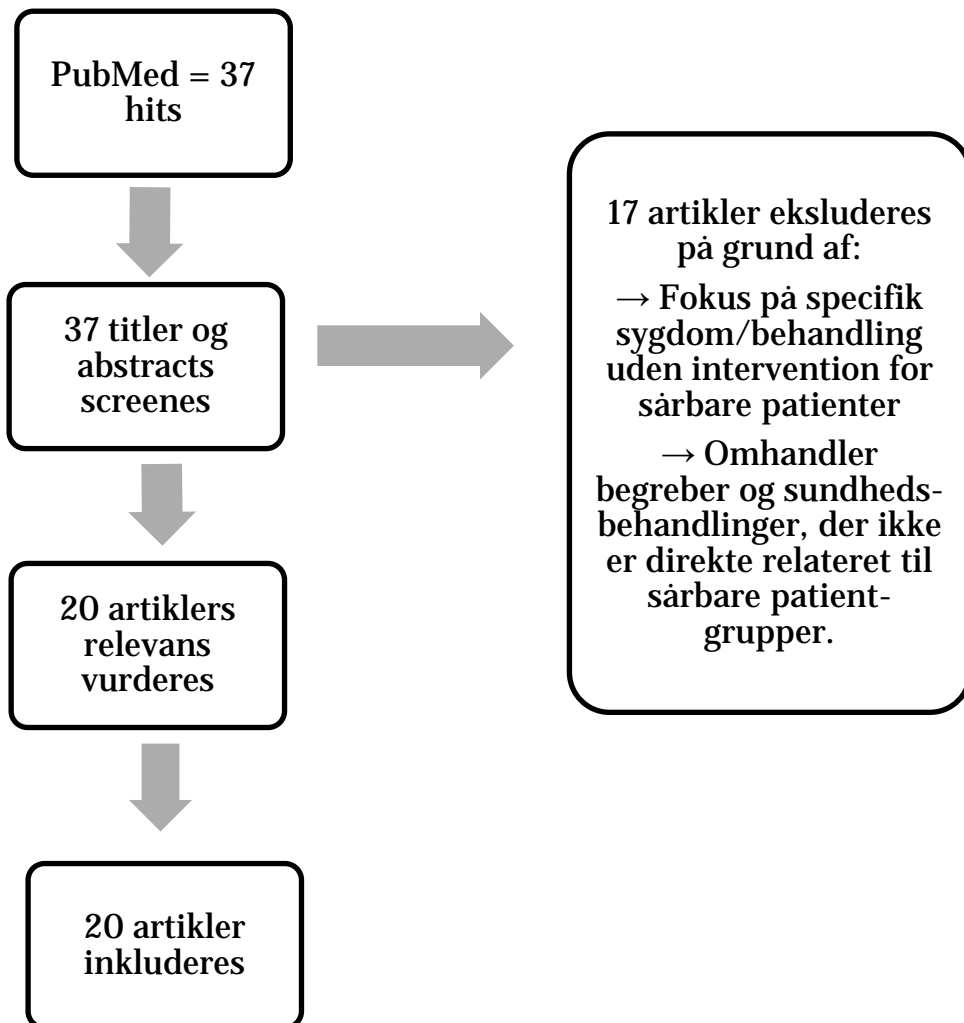
<b>Søgeord 1</b>	<b>Søgeord 2</b>	<b>Søgeord 3</b>	<b>Antal artikler fundet</b>
patient*	vulnerab*	questionnaire	980

Gennem de forskellige søgninger er der medtaget både kvalitative og kvantitative studier, omend de kvalitative studier synes at være en anelse overrepræsenterede. Nedenfor ses en søgerubrik, der havde til formål at finde studier med både kvalitative og kvantitative fund i form af spørgeskemaer omhandlende sårbarhed:

<b>Søgeord 1</b>	<b>Søgeord 2</b>	<b>Søgeord 3</b>	<b>Søgeord 4</b>	<b>Antal artikler fundet</b>
patient*	vulnerab*	qualitative	questionnaire	37

Her blev fundet 37 artikler med stor relevans for sårbarhed, som gennemgås nedenfor. Endvidere er der benyttet kæde- og citationssøgning.

## Søgestrategi



## Forslag til videre læsning

<b>Sårbarheds- område</b>	<b>Titel</b>	<b>Forfattere</b>	<b>Årstal</b>	<b>Tidsskrift</b>
Screening, adherence	<i>Poor knowledge regarding the Pap test among low-income women undergoing routine screening</i>	Breitkopf CR, Pearson HC, Breitkopf DM	2005	Perspectives on Sexual and Reproductive Health
Health literacy (sundheds- kompetencer)	<i>Measuring health literacy among low literate people: an exploratory feasibility study with the HLS-EU questionnaire</i>	Storms H, Claes N, Aertgeerts B, Van den Broucke S	2017	BMC Public Health
Handicap	<i>A qualitative analysis of identity and goals in patients with deformities: preparation for an evidence-based advocacy for a vulnerable population</i>	Tapia VJ, Chang DC, Ramirez M, Gosman A	2013	Annals of Plastic Surgery
Traumer	<i>Educational potential of a virtual patient system for caring for traumatized patients in primary care</i>	Ekblad S, Mollica RF, Fors U, Pantziaras I, Lavelle J	2013	BMC Medical Education
Depression	<i>Why underserved patients do not consult their general practitioner for depression: results of a qualitative and a quantitative survey at a free outpatient clinic in Paris, France</i>	Rondet C, Parizot I, Cadwallader JS, Lebas J, Chauvin P	2015	BMC Family Practice
Netværk, relationer	<i>Social capital in a lower socioeconomic palliative care population: a qualitative investigation of individual,</i>	Lewis JM, DiGiacomo M, Currow DC, Davidson PM	2014	BMC Palliative Care

	<i>community and civic networks and relations</i>			
Netværk, relationer	<i>Impact of sociodemographic patient characteristics on the efficacy of decision aids: A patient-level meta-analysis of 7 randomized trials</i>	Coylewright M, Branda M, Inselman JW, Shah N, Hess E, LeBlanc A, Montori VM, Ting HH	2014	Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes
Alvorlig sygdom	<i>TOGETHER Project to increase understanding of the HIV epidemic among Sub-Saharan African migrants: Protocol of community-based participatory mixed-method studies</i>	Loos J, Vuylsteke B, Manirankunda L, Deblonde J, Kint I, Namanya F, Fransen K, Colebunders R, Laga M, Adobea D, Nöstlinger C.	2016	JMIR Research Protocols
Alvorlig sygdom	<i>Transitions in Parkinson's disease in primary care: protocol of a longitudinal mixed methods study</i>	Plouvier AO, Olde Hartman TC, van Weel C, Bloem BR, Lagro-Janssen AL	2015	BMJ Open
Alvorlig sygdom	<i>Transitional experiences in patients following intracranial aneurysm rupture</i>	von Vogelsang AC, Wengström Y, Svensson M, Forsberg C	2014	Journal of Clinical Nursing
(Behandlings-)tilgang	<i>Delivering compassionate care: the enablers and barriers</i>	Christiansen A, O'Brien MR, Kirton JA, Zubairu K, Bray L	2015	British Journal of Nursing
(Behandlings-)tilgang	<i>Is it possible to measure what truly matters? The paradox of clinical audit in developing continence service standards for older people</i>	Brown P, Billings J, Wagg A, Potter J	2010	The Patient
(Behandlings-)tilgang	<i>Initial validation of an instrument to identify barriers to self-management for persons with co-morbidities</i>	Bayliss EA, Ellis JL, Steiner JF, Main DS	2005	Cronic Illness

(Behandlings-)tilgang	<i>Evaluation of a hospice based reflexology service: a qualitative audit of patient perceptions</i>	Gambles M, Crooke M, Wilkinson S	2002	European Journal of Oncology Nurses
(Behandlings-)tilgang	<i>Whose quality of life is it anyway? Why not ask seniors to tell us about it?</i>	Fry PS	2016	The International Journal of Aging and Human Development
(Behandlings-)tilgang	<i>Prevalence and sources of patients' unmet expectations for care</i>	Kravitz RL, Callahan EJ, Paterniti D, Antonius D, Dunham M, Lewis CE	1996	Annals of Internal Medicine
Ældre, depression	<i>What does depression mean for Korean American elderly? A qualitative follow-up study</i>	Lee-Tauler S, Lee-Kwan SH, Han H, Lee HB, Gallo JJ, Joo JH	2016	Psychiatry Investigation
Ældre	<i>'Heart attack' symptoms and decision-making: the case of older rural women</i>	Jackson MN, McCulloch BJ	2014	Rural and Remote Health
Ældre	<i>The Do-Well study: protocol for a randomised controlled trial, economic and qualitative process evaluations of domiciliary welfare rights advice for socio-economically disadvantaged older people recruited via primary health care</i>	Haighton C, Moffatt S, Howel D, McColl E, Milne E, Deverill M, Rubin G, Aspray T, White M	2012	BMC Public Health
Ældre	<i>Covert administration of medication to older adults: a review of the literature and published studies</i>	Haw C, Stubbs J	2010	Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing
Ældre	<i>Quality of life concerns and end-of-life care preferences of aged persons in long-term care facilities</i>	Chan HY, Pang SM	2007	Journal of Clinical Nursing



## **Generel udbredelse af kliniske, tværkulturelle og sproglige erfaringer fra Indvandrermedicinsk Klinik**

Som en mindre del af sårbarhedsprojektet blev Indvandrermedicinsk klinik bedt om at videreføre to eksisterende IMK aktiviteter :

- Den etniske patient koordinator uddannelse og erfaringsnetværk (2-3 timer hver anden uge)
- De indvandrermedicinske teams på regionens øvrige sygehuse (4-6 timer per måned)

Foredrag og undervisningsaktiviteterne i forbindelse med disse to aktiviteter er derfor fortsat uændret og fremgår af listen over oplæg i bilag nr. 1.

IMK har nu et fast heldagskursus 2 gange årligt under Lægeforeningen og der er arrangeret et nyt kursus under Danske Regioners kursusafdeling seminarer.dk til foråret 2018. IMK er endvidere faste undervisere på U-kurser i flere specialer i indvandrermedicin, den svære samtale og flygtninge i almen praksis.

IMK har i samarbejde med Komiteen for Sundhedsoplysning, Socialstyrelsen og kolleger fra Skejby Sygehus og Aarhus Kommune arrangeret to kurser (Vejle og Aarhus) i helbredsbedømmelse af nyankomne flygtninge.

Selskab for Patientsikkerhed bad om at IMKs erfaringer blev gjort til en del af erfaringsgrundlaget for projektet "Hej Sundhedsvæsen" ved en workshop på Hindsgavl Slot om pårørende inddragelse. Rapport er under udarbejdelse.

Internationalt har IMKs erfaringer fået en plads i WHO sammenhæng i en række webinarer om migrant sundhed i Europa og IMK har en repræsentant i WHO's ekspert gruppe. Erfaringerne er endvidere under anvendelse i en pågående Delphi proces omkring best practices omkring flygtninge helbred og screening. IMK har holdt flere oplæg i det europæiske netværk for traume og torturbehandling af flygtninge. I forbindelse med EU projektet MINDSPRING i Barcelona og på den europæiske folkesundhedskonference i Stockholm har IMKs erfaringer med videotolkning været præsenteret som en gylden standard på tolkeområdet.

## **Støtte opstartsfasen til andre Indvandrermedicinske klinikker og ambulatorier**

Ligesom IMK støttede opstartsfasen for den Indvandrermedicinske klinik på Hvidovre Hospital med at udarbejde rammer, retningslinjer og organisation, så har IMK bidraget med støtte til en Indvandrermedicinsk Klinik i Region Nord (Aalborg) og til en kommende klinik i region Midt. Baseret på erfaringerne fra IMK, OUH har regionspolitikerne i Region Nord besluttet at Klinikken i Aalborg skal have fokus generelt på sårbare patienter og ikke kun flygtninge indvandrere og klinikken er desuden et samarbejde mellem klinisk socialmedicin og center for tværkulturel

psykiatri. Der er endvidere ydet støtte til flere specialambulatorier rettet mod sårbare patientgrupper både i og udenfor regionen. Der er således ydet støtte og praktik ophold til personale på et ambulatorium for sårbare gravide på Horsens Sygehus og der er ydet støtte til opbygning af et tilsvarende ambulatorium på Gynækologisk-obstetrisk afdeling, OUH.

På samme måde har IMK bidraget med viden og input til etableringen af Steno Centeret i Region Syddanmark og på anmodning fra Region Sjælland har IMK bidraget med særligt input til etableringen af et Steno center dér med fokus på ulighed, sårbarhed og på etniske minoriteter. Morten Sodemann er desuden anmodet om at indtræde i Region Sjællands styregruppe for deres Steno center.

Der er udtrykt interesse for IMK kompetencer i sygehusledelsen for Sygehus Midt Vest (Gødstrup Hospital) og der er holdt oplæg for sygehus- og afdelingsledelserne. Sygehusledelsen har bedt om at få MTV-rapporten der skal danne grundlag for deres drøftelser med Regionens politiske ledelse (marts 2018).

### **Særlig indsats omkring tolke kvalitet og uddannelse i Region Syddanmark**

IMK offentliggjorde i 2017 første del af en meget omfattende undersøgelse af arabiske tolkes kompetencer, kvalifikationer, uddannelse og erfaringer med tolkede samtaler. Artiklen (Itani, Nada, Mohammed R. Khalil, and Morten Sodemann. "*Language Skills and Level of Experience among Arabic-Speaking Healthcare Interpreters in Denmark; an Explorative Study.*" (2017)) fik betydelig mediemæssig opmærksomhed og gav sammen med konkrete eksempler i medierne direkte anledning til 1) at Region Syddanmark besluttede at hjemtage tolkeområdet, 2) at regeringen besluttede at etablere et nationalt akut tolkecenter og 3) at Rigsrevisionen fik et mere faktisk grundlag til at færdiggøre deres pågående undersøgelse af tolke i sundhedsvæsenet.

Rigsrevisionen har brugt IMK som konsulenter i to forskellige forundersøgelser i 2017:

- Helbredsbedømmelse af nyankomne flygtninge: kvalitet og lighed i kommunale og regionale indsatser
- Tolkekvalitet og anvendelse i Sundhedsvæsenet

Som en ekstra opgave har Indvandrermedicinsk klinik i efteråret 2017 arbejdet på at skabe grundlag for en tolkeuddannelse sigtet mod sundhedsvæsenet. Der har gennem årene været afholdt tolke fokusgrupper og en mindre gruppe af tolke har, uformelt, været en del af IMKs "ressource base" og sparringspartnere i den kliniske hverdag. I en pilotfase har samme tolke været med til at opbygge og tilpasse et tolke introduktionsprogram. Der er endvidere udviklet en tilhørende præ- og post test. Det er hensigten at erfaringerne herfra skal anvendes i en egentlig fremtidig tolkeuddannelse under AMU i Region Syddanmark.

Det aktuelle tolkeintroduktionskursus kører i 6 moduler á 3 timer. Første (pilothold) er netop færdige med gode evalueringer og erfaringer, der nu bliver en del af en kommende PhD. Det er planlagt at 150 tolke skal gennem de 6 moduler med præ-og post test inden sommerferien 2018. De foreløbige erfaringer tyder på at erfarne tolke er en stor, men uudnyttet ressource, ifht tolkede lægesamtaler og tværkulturelle helbredsproblemer. Mange tolkeproblemer har f.eks. rod i personalets manglende viden og indsigt i tværkulturelle problemstillinger og deres egne kommunikationsevner.

Med udgangen af 2018 er der kørt 5 hold med tolkeundervisning og der er allerede kommet meget værdifulde informationer om udfordringer i den tolkede samtale – i særlig grad har tolke påvist hvordan lægers og sygeplejersker manglende sproglige og kommunikative kompetencer kan påvirke tolkes muligheder for at yde den fornødne kvalitet de faktisk er i stand til. Undervisningen har også givet værdifuld viden om hvad en basal sundhedsfaglig viden skal indeholde (og at der er udfordringer i at alle specialer mener tolke skal have detalje viden som de på den anden side ikke har mulighed for at tilegne sig). Tolkeundervisningen er ledsaget af et forskningsprojekt der dokumenterer erfaringer og effekt – der udkommer en særskilt rapport om dette projekt.

IMK har endvidere bidraget med faglig sparring under regionens forarbejde op til hjemtagelsen af tolkeområdet.

For at kvalificere debatten om sammenhængen mellem sprogbarrierer og patientsikkerhed lavede IMK en analyse af de henviste patienter, offentliggjort i rapporten "*Misforståede symptomer, alvorlige fejlrapporteringer og utilsigtede hændelser involverende etniske minoritetspatienter med sprogbarrierer 2015-2016*", som fik betragtelig presseopmærksomhed og blev anvendt som udgangspunkt for en session på Patientsikkerhedskonferencen i København i 2017. Undersøgelsen gennemgår systematisk hvordan fejl, bivirkninger og alvorlige misforståelser kan opstå på patient siden, hos lægen og som et resultat af u hensigtsmæssig organisering/patient overgange.

Der er udarbejdet to kliniske vejledninger:

- Der er udarbejdet en detaljeret tværkulturel kommunikationsvejledning vejledning i samtaler hvor der er tolkebistand, som er offentliggjort på [www.ouh.dk/indvandrerklinik](http://www.ouh.dk/indvandrerklinik).
- Der er udarbejdet en vejledning i undgåelse af tværkulturelle uenigheder og konflikter i sundhedsvæsnet i samarbejde med etnisk ressource team i Region Hovedstaden og den kan downloades her: [www.ouh.dk/indvandrerklinik](http://www.ouh.dk/indvandrerklinik).

## Sammenfatning, diskussion og anbefalinger

Herværende rapport er primært en redegørelse for de opgaver som regionens Ligestillingsudvalg gav IMK i 2015.

Der blev udsendt breve til samtlige sygehusledelser og uddannelsesafdelinger - på de sygehuse, hvor der ikke kom tilbagemelding efter første brev blev der, udover ovenstående, desuden sendt breve direkte til afdelingsledelserne. Der er derefter sendt endnu 2 breve ud med tilbud om dialogmøder (afdelinger vælger omfang og type). Der er i alt udsendt 4 breve på 2 år om tilbuddet. Der er to regionale sygehuse hvor ingen afdelinger er vendt tilbage, hvoraf ét sygehus kun ville deltage hvis projektet "havde penge med".

Bevillingen fra Ligestillingsudvalget havde tre komponenter:

- 1) At udbrede eksisterende indvandrermedicinske kliniske kompetencer til resten af regionens sygehuse og almen praksis
- 2) Afprøve mulighederne for at udbrede og anvende de indvandrermedicinske metoder og tilgange til andre (ikke-indvandrere) patientgrupper - dvs. patienter tilhørende majoritetsbefolkningen. I daglig tale kaldet "Sårbarheds projektet"
- 3) Sondere et muligt fundament for et nationalt kompetence center for Indvandrermedicin/sårbarhed

### **Ad pkt. 1), At udbrede eksisterende indvandrermedicinske kliniske kompetencer til resten af regionens sygehuse og almen praksis**

Der er i rapporten redegjort for allerede etablerede faglige rutinemæssige sammenhænge, hvor udbredelsen af de indvandrermedicinske kompetencer foregår og efterspørgslen er uændret høj, men stabil.

Der er fra 2016-2018 undervist i alt 30.200 ansatte i sundhedsvæsenet omkring sårbarhed og kliniske erfaringer med sårbare patienter.

IMK er blevet et funktionelt kompetencecenter, der er det naturlige sted at hente viden, ideer og sparring for sundhedsprofessionelle, ansatte i den sociale sektor, forskere, politikere, beslutningstagere og medierne. Undervisningen, der udføres af IMKs tværfaglige personale, er tilpasset således, at der er relevante cases til alle specialer og således at erfaringerne umiddelbart kan kopieres og tilpasses det pågældende speciale. De vidensområder, der typisk efterspørges er: tolkning, sårbarhed, tværkulturelle barrierer i de enkelte specialer, forløbskoordination og tværsektorielt samarbejde, børn og familie arbejde. Det må forudses at der vil være en uændret efterspørgsel i de mange år fremover. Henvisningsmønsteret til klinikken har været forbavsende ensartet og stabilt i 10 år og vil næppe ændre sig.

Klinikken fungerer desuden som et center for tværkulturel uddannelse på alle sundhedsuddannelserne og som praktiksted. Denne rolle er taget til i omfang og der kommer stadig nye fagområder og specialer til der ønsker regelmæssige input. Denne del af IMKs aktiviteter er kun mulig med eksterne midler fra Regionsrådet. Det samme gælder for hele tolkeområdet lige fra forskning, formidling til uddannelse og certificering, som af indlysende grunde er forankret i IMK.

Der er særdeles gode grunde til at forfølge de hidtidige erfaringer fra tolkeuddannelsen omkring tolkenes viden og bidrag omkring de tværkulturelle kompetencer, som bør uddybes og systematiseres i f.eks. en PhD eller post doc i IMK.

Anbefaling: Uddannelses- og kompetenceudviklingskomponenten er en vigtig og tiltagende omfangsrig opgave, som ikke kan finansieres indenfor de eksisterende produktionsmidler tildelt IMK. På sigt vil der være behov for at overveje om dele af denne aktivitet kan fungere som en indtægtsgivende virksomhed (a la Smerteklinikken på OUH). Det er vigtigt at IMK fremadrettet kan bibeholde og udvikle de kommunikative og tolkemæssige kompetencer. Uden eksterne midler vil dette ikke være muligt. Særligt bør tolkes erfaringer om de tværkulturelle aspekter af sygdom og behandling udforskes i en eventuel forlængelse af projektet.

**Ad pkt 2) Afprøve mulighederne for at udbrede og anvende de indvandrermedicinske metoder og tilgange til andre (ikke-indvandrere) patientgrupper - dvs. patienter tilhørende majoritetsbefolkningen. I daglig tale kaldet "Sårbarheds projektet"**

Som anført er sårbarhedsprojektet et forsøg på at præsentere grundlæggende erfaringer omkring sårbarhed og metoder til at reducere personalets følelser af faglige og organisatoriske utilstrækkelighed i forhold til patientgruppen. Dette er bla. sket gennem struktureret specialespecifik dialog om udfordringerne og dermed sam-skabelse af løsninger der er applicerbare i hverdagen på deres egen afdeling. Som det ses er der en broget informationskilde bag undersøgelsen - lige fra rene afdelingsledelser, til små lægegrupper, store plejegrupper, til parakliniske afdelinger, medicinske afdelinger og til løbende undervisning af smågrupper af personale i akutte modtagelser.

Der er fra 2016-2018 undervist i alt 30.200 ansatte i sundhedsvæsenet omkring sårbarhed og kliniske erfaringer med sårbare patienter.

Der er ensartet gode erfaringer med dialogformatet og diskussionerne om det relative og speciale specifikke i sårbarhed har været frugtbare og meningsfulde for både personale og projektets undervisere. Dialogmøderne har udvidet forståelsen af sårbarhedsbegrebet og har dokumenteret hvordan relationer,

tilgange, rammer og organisation kan bidrage til patienters sårbarhed. Øvelsen med dialog om stereotype patient kategorier har vist sig at være konstruktiv i forhold til at konkretisere afdelings/speciale specifikke udfordringer og til at bringe den enkelte ansattes personlige holdninger og forhåndsforståelser ind i opbygning af relationer hvor sårbarhed er en risiko.

De iagttagelser og eksempler der er anført i rapporten er således udtryk for deltagernes observationer og analyser i deres eget speciale og på deres egen afdeling og med deres egne kolleger – men IMK som facilitatorer.

Der er under dialogmøderne fremkommet en lang række organisatoriske og systemiske faktorer der har betydning for håndtering og opfattelse af patienters sårbarhed, som kræver mere detaljerede undersøgelser for at klarlægge deres betydning.

Desværre var læger i det store hele fraværende fra dialogmøderne og kun få afdelingsledelser har fra lægeside taget imod tilbuddet. Da lægegruppen samtidig hyppigt blev fokus for sårbarhedsdiskussionerne i andre faggrupper blev det derfor nødvendigt at se mere fremadrettet på denne specifikke faggruppe i sundhedsvæsenet. Der blev derfor arbejdet målrettet på at identificere videnskabelig viden om patienters sårbarhed i mødet med lægen. Resultatet blev en videnskabeligt funderet bog om sårbarhed primært rettet mod læger, men også mod præ- og postgraduat lægeuddannelse. Bogen udkom 23. februar 2018 og er tilgængelig for gratis download på IMKs hjemmeside.

Sundhedsstyrelsen har efter bogens offentliggørelse udtrykt interesse for sårbarheds området og har inviteret Morten Sodemann til at holde et oplæg i Styrelsen om erfaringerne fra Region Syddanmark om sårbarhed.

**Anbefaling:** Sårbarheds projektet bør fortsættes med øget fokus på de sygehuse og afdelinger/specialer, der endnu ikke har deltaget i dialogmøder om sårbarhed. De relationelle aspekter der er fremkommet er interessante i forhold til prægraduat uddannelse og speciallægeuddannelserne, men kræver en mere systematisk og kritisk analyse (udover at aspekterne mangler at blive beskrevet i flere specialer). Der skal desuden være et særskilt fokus på lægegruppen og på præ- og postgraduat undervisning. De fremkomne observationer omkring sårbarhed i organisationens opbygning og tværspeciale sammenhænge bør også vurderes nærmere. Patientoplevelser omkring relationel/gensidig sårbarhed bør være det andet fokus i en evt. fortsættelse af projektet. Modellen fra FAM-OUH med rullende undervisning (½ time) med fast intervaller over ½ år bør forsøges i andre afdelinger, så alt personale eksponeres.

Erfaringer fra sårbarhedsprojektet peger på et behov for etableringen af et Center for Klinisk patientstøtte for sårbare og multisyge på OUH (subsidiært på regions niveau), hvor tværkulturel støtte er en af flere patientstøtte funktioner med klinisk personale (problemskadestue, dobbeltdiagnosticerede, komplekst compliance svigt, kompleks kommunikation, patienttilpasset information, pårørende involvering, patient buddies, patient råd, etniske patientkoordinatorer, tværkulturel rådgivning mm).

Endelig er der basis for at Region Syddanmark og OUH sammen med SDU arrangerer en masterclass og et PhD kursus i sårbarhed med udgangspunkt i de temaer der er fremkommet på dialogmøderne med specialerne.

Det anbefales at Regionen følger op i Sundhedsstyrelsen mht at anvende erfaringerne fra Sårbarhedsprojektet.

De medicin studerende har, efter bogens offentliggørelse, udtrykt ønske om en systematisk undervisning i sårbarhed og tværkulturel kommunikation og der er afholdt pilot undervisning. Det anbefales at SDU lægevidenskab overvejer muligheden.

Regionen kan evt. overveje at udsende et eksemplar af bogen (bogen koster 40 kr i trykkepris per bog + porto) til alle læger i regionen som led i en indsats for at sikre lighed i patient behandling i Region Syddanmark.

### **Ad pkt. 3) Sondere et muligt fundament for et nationalt kompetence center for Indvandrermedicin/sårbarhed**

Det er desværre ikke gået så hurtigt som forventet at få etableret indvandrermedicinske klinikker i de øvrige regioner, men der er fortsat aktivitet. Region Nord er først startet i oktober 2017 og Regionsrådet i Region Midt prioriterede desværre ikke klinikken på deres budget som ellers ventet i 2016-2017. Region Sjælland har satset på at det kommende Steno center for diabetes senere kunne danne en vis ramme (uden at der er klare planer på nuværende tidspunkt). IMK på Odense Universitetshospital har taget initiativ til flere møder med faktiske og potentielle partnere og interessenter i et evt. nationalt kompetencecenter mhp. at præcisere behov og muligheder på trods af at flere af centrene stadig er usikre. Analysen på nuværende tidspunkt (januar 2018) er at de eksisterende og projekterede klinikker er meget forskellige i organisations placering, baggrund, optage område, personale, metoder og sågar målgrupper (Region Nord er f.eks. en klinik for sårbare patienter, herunder etniske minoritetspatienter). Indvandrermedicin er et nyt fagområde om det må siges at være en styrke at de klinikker der potentielt kunne indgå i et nationalt center har meget forskellige erfaringer og metoder, der primært afspejler deres varierende baggrunde.

Det er en langvarig proces at løbe IMK lignende klinikker op i andre regioner. Der er forskellige behov og varierende politisk interesse som er svært at håndtere fra IMK. OUH. Der er klare signaler fra alle regioner, men meget forskellige modeller og økonomier og skiftende aktører. Det er klart at IMK OUH har spillet og fremover vil spille en central rolle med oplæg, rapporter og sparring og de opgaver vil kræve en vis mængde tid – også i årene fremover.

Rammer for et nationalt kompetencecenter er nærliggende og er beskrevet i særskilt oplæg og vil naturligt skulle ligge på IMK-OUH og SDU. De overordnede temaer og arbejdsområder for et center vil være:

- Ulighed i sundhed, bias i kliniske beslutninger, ulighed i behandling og rehabilitering
- Sårbarhed og patientinddragelse, pårørende inddragelse
- Familiearbejde i tværkulturelle sammenhænge
- Prioriteringer i multisygdom
- Indvandrermedicin, klinik og compliance
- Helbredsvurdering af nyankomne flygtninge
- Sprog og krop i eksil, tolkning, fortolkning og sygdoms tolkning
- Tværsektorielt samarbejde og forløbskoordination
- Præ – og post graduat undervisning
- Kompetenceudvikling
- Undervisningsmaterialer
- Forskning
- Rådgivning af andre fagområder (kommunalt, regionalt, politisk)
- Sårbarheds vurdering af nye tiltag i sundhedsvæsenet
- Opsamling og dialog om erfaringer fra andre Indvandrermedicinske klinikker

Anbefaling: der er fortsat behov for støtte til de øvrige regioner ifht at etablere fundamentet for et nationalt center. Fokusområder og opgaver for et center er blevet tydelige og det anbefales derfor at der etableres et sekretariat på OUH som kan sikre koordination af etableringen af et nationalt center og opsamling af hidtidige erfaringer.

**Samlet anbefaling:**

Indvandrermedicinsk klinik har eksisteret i 10 år 1. maj 2018. Der har været et stabilt patient indtag siden 2008, og erfaringsudviklingen har været anvendelig i en lang række direkte og afledte fagområder. Den største udfordring har været at efterspørgslen efter formidling af erfaringer og kompetencer har været støt stigende – en tendens der ikke ser ud til at aftage. Det er en udfordring denne ikke-kliniske aktivitet udgør så stor en del af IMKs daglige rutiner og aktiviteter, mens finansieringen af den har været sparsom



og afhængig af bevillinger fra Regionsrådet (kronikerbevilling og senere bevilling mhp at udbrede erfaringer fra IMK).

Tolkeorganisering og kvalitet har altid været et IMK vidensområde og det seneste år er disse erfaringer kommet i spil i et omfang som yderligere presser det kliniske IMK personale.

Samlet set synes det derfor nærliggende efter 10 års stabil produktion, og hastigt stigende behov for kompetenceudvikling, mest hensigtsmæssigt af hensyn til rekruttering og fastholdelse af IMK kompetencer på længere sigt, at de 3 ovenstående opgaver indlejres og permanentgøres som en del af IMKs faste opgaver og dermed må overvejes som en fast bevilling. En permanentgørelse vil desuden være det nødvendige fundament for et nationalt kompetencecenter og for en kvalitetsbetonet tolkeuddannelse i Region Syddanmark. Det netop foreslåede nationale akutte tolkecenter kunne også være et område hvor Region Syddanmark har en mulighed for at gøre sig gældende på basis af IMK erfaringerne.

**Foreslået tidsplan 3 år (forlængelse af sårbarhedsprojektet og forudsat man *ikke* ønsker permanentgørelse)**

Eksisterende præ- og post graduate kompetence udviklings aktiviteter udgående fra IMK fortsættes 2018-2020

**januar- maj 2018** – færdiggørelse af eksisterende sårbarhedsprojekt)

**Juni 2018 – juni 2019** – Direkte dialog med specialer og sygehuse der ikke deltog i første projekt om muligheder og afholdelse af dialogmøder.

Undervisning i klinisk relevant sårbarhed for læger (pilot på SLB og udvalgte afdelinger på OUH)

Master class i sårbarhed

Tolkeuddannelse, tolkefokusgrupper, støtte til regionale tolkebureau på SLB.

Fortsat uddannelse af etniske patient koordinatore, opstart på andre sygehuse end OUH-Svendborg og SLB

Ansættelse af akademisk koordinator for nationalt kompetencecenter

**Juli 2019- juni 2021** – nationalt center etableret med kontor OUH/SDU

Undervisning i klinisk relevant sårbarhed for læger

Fortsat dialog med specialer og sygehuse, der ikke deltog i første projekt om muligheder og afholdelse af dialogmøder.

PhD kursus sårbarhed

Fortsat uddannelse af etniske patient koordinorer, opstart på andre sygehuse end OUH-Svendborg og SLB

Tolkeuddannelse, tolkefokusgrupper, støtte til regionale tolkebureau på SLB

Initiativ til Klinisk Patientstøtteenhed på OUH

## Publikationer udgivet i projektperioden

Samtlige nedenstående publikationer omhandler sårbarhed i forskellige kontekster og er udgivet i samarbejde med mindst en af denne rapports forfattere.

### Peer-reviewed artikler

- D. Nielsen, L. Minet, L. Zeraiq, DN. Rasmussen, M. Sodemann. *“Caught in a Generation Gap”: A Generation Perspective on Refugees Getting Old in Denmark—A Qualitative Study*. Journal of Transcultural Nursing, 07/2017
- I. Mottelson, M. Sodemann, D. Nielsen. *Attitudes to and implementation of video interpretation in a Danish hospital – a cross-sectional study*. Scandinavian Journal of Public Health, 07/2017
- D. Nielsen, L. Minet, L. Zeraiq, DN. Rasmussen, M. Sodemann. *Older migrants in exile: The past holding hands with the present – A qualitative study*. Scandinavian Journal of Caring Science, 04/2017
- M. Sodemann, TR. Kristensen, H. Sångren, D. Nielsen. *Barrierer i samtalen med indvandrerpatienten*. Ugeskrift for Læger, 02/2016
- R. Karimi C, CV. Plessen, M. Sodemann, P. Batalden. *Coproduction of healthcare services with immigrant patients – protocol of a scoping review*. BMJ Open, 01/2018.
- Itani, Nada, Mohammed R. Khalil, and Morten Sodemann. *Language Skills and Level of Experience among Arabic-Speaking Healthcare Interpreters in Denmark; an Explorative Study*. (2017).
- *Everyday Life and Mastocytosis – a patient perspective*. Britt Jensen, Sigurd Broesby-Olsen, Carsten Bindslev-Jensen, Dorthe S. Nielsen. Journal of Clinical Nursing. Accepted and in press September 2018.
- "Tools for deprescribing in frail older persons and those with limited life expectancy: a systematic review," Wade Thompson, Carina Lundby, Trine Graabæk, Dorthe S. Nielsen, Jesper Ryg, Jens Søndergaard, Anton Pottegård, accepted and in press in the Journal of the American Geriatrics Society (JAGS) September 2018.
- K.Kielsgaard, H.K.Kristensen, D.Nielsen, (2018). "Everyday life and occupational deprivation in single migrant mothers living in

Denmark". Journal of Occupational Science (ROCC). Online Mar 2018.

- M.Hermansen, D.Nielsen (2018). Perspectives of everyday life in exile and the meeting with the danish health care system". Nordisk Sygeplejeforskning. Årgang 8, nr. 3-2018, s. 204–218
- Abrahamsen, C., Nørgaard, B., Draborg, E. & Nielsen, D. S (2017). "Reflections on two years after establishing an orthogeriatric unit: A focus group study of healthcare professionals' expectations and experiences". BMC health services research. 16 aug. 2017
- Et generationsperspektiv på alderdom i en somalisk familie – et kvalitativt casestudie. Nasteha Ali, Ida Nygaard Mottelson, Dorthe S. Nielsen. Submitted for Klinisk Sygepleje, July 2018
- Cultural competences gained through an education program as Ethnic Patient Coordinator – a qualitative study. D.S. Nielsen, K.M. Korsholm, I. Mottelson, M. Sodemann. Submitted for publication in Journal of Transcultural Nursing, July 2018
- A qualitative evaluation of parenting skills achieved after participation in skills-based training in an eating disorder setting. Annemarie Ginnerup Toubøl, Helle Koch-Christensen, Poul Bruun, Dorthe S. Nielsen. Submitted for publication in Scandinavian Journal of Caring Sciences, August 2018
- The experience of being in the family of a person with early-stage dementia - a qualitative interview study". Laila Mohrsen, Dorthe S. Nielsen, Regner Birkelund submitted for publication in European Journal for Person Centered Healthcare august 2018.
- "Health care professionals' attitudes towards deprescribing in older patients at the end of life: a systematic review" Carina Lundby; Trine Graabæk; Jesper Ryg; Jens Søndergaard; Anton Pottegård; Dorthe Nielsen. Submitted to Drugs & Aging. October 2018
- "What matters at end of life – a qualitative study of older peoples perspectives". Stine Hanson, -----Dorthe Nielsen. Submitted to Journal of Qualitative health research. October 2018
- Sodemann M. Health technology assessment of cross-cultural hospitalbased patient care coordination. Submitted Oct 2018.

- Lundby, C., Graabæk, T., Ryg, J., Søndergaard, J., Pottegård, A., & Nielsen, D. (2018). Health care professionals' attitudes towards deprescribing in older patients nearing the end of their life: A systematic review. In *34th International Conference on Pharmacoepidemiology & Therapeutic Risk Management*.
- Diderichsen, F. (2018). Sårbarhet – ett begrepp till bruk för båda jämlik hälsa och hållbara samhällen. *Socialmedicinsk tidskrift*, 95(6), 621-626.

### **Lærebøger**

- M. Sodemann. *Sårbar? – det kan du selv være. Den kliniske betydning af relationel sårbarhed i patienters møde med sundhedsvæsenet og dets ansatte. En online håndbog for læger om patientologi og sårbarhed*. Med forord af bla. Ole Hartling, Lisbeth Zornig og Svend Aage Madsen. Udkom 23.2. 2018. Gratis download (Pdf): <http://www.ouh.dk/dwn664471>
- Kapitel i: Migrant health in primary care (udkommer august 2019)
- Kapitel i: Nordisk Lærebog i sexologi (udkommer september 2019)
- Kapitel i: Psykologi for sundhedsvidenskaberne (udkommer forår 202)
- M.Sodemann – indgåede kontrakter om følgende bøger
  - Indvandrermedicin i almen praksis (akademisk forlag, forår 2020)
  - Debatbog: Det sårbare sundhedsvæsen (akademisk forlag, efterår 2020)
- 

### **Bogkapitler**

- D. Nielsen (2016): "Familiesygepleje til sårbare udsatte patienter med anden etnisk baggrund" (kapitel 13) i *Familiesygepleje*. Redigeret af B. Østergaard og H. Konradsen, Munksgaard, 1. udgave
- D. Nielsen (2013): "Mødet med patienten med anden etnisk baggrund" i *Patientologi – At være patient*. Redigeret af AM. Graubæk, Gads Forlag, 2. udgave
- M. Sodemann (under review). *Ghettosyge*. Kapitel i kommende bog om Vollsmoses historie
- S. Buch, M. Sodemann (under review). *Den hemmelige lidelse*. Kapitel i kommende bog om Vollsmoses historie

- D. Nielsen (under review). *Livet som sårbar ældre i Vollsmose – Hvem tager ansvar?* Kapitel i kommende bog om Vollsmoses historie
- M.Sodemann, A. Hawa (under review). *Krop, sjæl og sex i tværkulturel og minoritets perspektiv*. Nordisk lærebog i sexologi.
- M. Sodemann (under review). *Diffuse and unexplained symptoms among immigrants*. Handbook in migrant primary health care.
- M.Sodemann – redaktør på kommende temanummer af tidsskriftet "Sundhed og Sygdom" om multimorbiditet.

### Rapporter

- M. Sodemann. *Misforståede symptomer, alvorlige fejlafregninger og utilsigtede hændelser involverende etniske minoritetspatienter med sprogbarrierer 2015-2016*. Odense Universitetshospital  
<http://www.ouh.dk/dwn620950>
- L. Dyhr, RS. Andersen, M. Leemreize, MAT Kristensen, M. Sodemann. *Hvidbog om ulighed og sårbarhed. Giv mest til dem som har størst behov*. Dansk Selskab for Almen Medicin, 2017
- M. Sodemann og D. Nielsen. *Tværkulturelle konflikter og misforståelser - forebyggelse og nedtrapning*. Indvandrermedicinsk klinik, OUH, 10. juli 2018 <http://www.ouh.dk/wm509969>
- M. Sodemann. *Tolkevejledning*. Indvandrermedicinsk klinik, OUH, maj 2018 <http://www.ouh.dk/wm506791>

### Andre publikationer

- M. Sodemann. "Sårbare patienter har nyttige historier." *Social Politik 2* (2015): 19-23.
- D. Nielsen. *Bog anmeldelse af "Etik i ældreplejen" af Jacob Birkler*. Sygeplejersken, 08/2017
- D. Nielsen. *Giv lidt af dig selv – om en lokal gruppe med flygtninge og danskere*. Kirkebladet Skeby og Østrup Sogne, 08-09/2017

- D. Nielsen. *Mødet mellem mennesker i sundhedsvæsenet*. Forstyrrelsen, 01/2016
- D. Nielsen, L. Twisttmann Bay. *Sprog og etik sat ind i en etisk kontekst*. Sygeplejeetisk Råds Jubilæumskonference den 12. maj 2015. <http://www.dsr.dk/ser/Documents/JubilaeumsskriftSER2015web.pdf>
- Dorthe Susanne Nielsen, Lisbeth Rosenbek Minet, Lene Moestrup, Barbara Voltelen, Jette Marcussen. *"Sårbarhed" som en særlig udfordring i forskning*. Submitted to Sygeplejersken juni 2018
- Morten Sodemann og Dorthe Nielsen. "Kulturelle konflikter og misforståelser". SOS Racisme. Ligeværdighed for alle. Nr. 19;11-15. 2018

### ***Konference abstracts and foredrag***

- Competency development among interpreters –A multi method study. Dorthe Nielsen, Leila Saud Abdulkadir, Ida Nygaard Mottelson; Morten Sodemann. 44th Annual Conference of The Transcultural Nursing Society, USA October 17-20, 2018. Oral
- "I felt understood and listened to" – A clinic survey in a Migrant Health Clinic. Leila Saud Abdulkadir, Morten Sodemann, Charlotte Sølvér Reihling & Dorthe Nielsen. 44th Annual Conference of The Transcultural Nursing Society, USA October 17-20, 2018. Oral
- Multidisciplinary network-meetings improve patients' course of treatment – a clinical study in Denmark, Dorthe Nielsen, Charlotte Rehling, Karen Margrethe Korsholm, Sisi Buch, Ngoc Nguyen, Mathilde Hermansen, Morten Sodemann. The 1st World Congress on Migration, Ethnicity, Race and Health. Edingburgh, Scotland 17-19 maj 2018. Oral
- Interpreters' perspectives on their working condition – A comparable qualitative study between Scotland and Denmark. Dermot Gorman, Judith Sim, Ida Mottolson, Morten Sodemann, Dorthe Nielsen, The 1st World Congress on Migration, Ethnicity, Race and Health. Edingburgh, Scotland 17-19 maj 2018. Oral
- How to do Patient involvement in a migrant health clinic – A clinical study in Denmark.
- Dorthe Nielsen, Karen Margrethe Korsholm, Charlotte Rehling, Morten Sodemann
- Migrant Health Clinic, Odense University Hospital, Denmark. The 1st World Congress on Migration, Ethnicity, Race and Health. Edingburgh, Scotland 17-19 maj 2018. Oral
- Dementia Friendly Hospital. Improvements in treatment, care and approach to patients – a mixed methods study. Annemarie Toubøl, Katja Thomsen, Søren Jakobsen, Mette Foldager, Dorthe Nielsen. MMIRA Conference Vienna 22 – 25 august 2018. MMIRA Conference Vienna 22 – 25 august 2018. Oral
- VulnErability in Life with Rheumatoid Arthritis – VELRA. Introduction: Rheumatoid arthritis (RA) is an autoimmune illness known to cause health, socioeconomic and psychological damage. From the patient´s perspective, the illness can be associated with

lower quality of health due to changes in physical, social and psychological appearance. MMIRA Conference Vienna 22 – 25 august 2018. Oral

- Why does the patient not show up? Leila Saud Abdulkadir, Ida Nygaard Mottelson, Dorthe Nielsen, University of Southern Denmark, Migrant Health Clinic, Odense, Denmark. Migrant Health Clinic, Odense, Denmark. The 5th conference of European Transcultural Nursing Association, ETNA. Odense Juni 2017. Poster
- Somalis experiences of living with diabetes Type 2 in Denmark - a qualitative study Nasteha-Nasra Ali Sheikh Hussein, AA Haji, D Nielsen Odense Municipality, Integrations Department, Odense, Denmark. The 5th conference of European Transcultural Nursing Association, ETNA. Oral
- Attitudes, impact, and use of video interpretation for charge nurses and interpreters Ida Nygaard Mottelson, Morten Sodemann, Dorthe Nielsen. Odense University Hospital, The Migrant Health Clinic, Odense C, Denmark. Odense Juni 2017. Oral
- Being trapped in a generation gap – a qualitative study with older refugees and their families D S Nielsen, L Minet, DN Rasmussen, L Zeraiq, M Sodemann. University of Southern Denmark, Uni-versity College Lillebælt, Department of Migrant Health Clinic, Odense University Hospital, Odense, Denmark Odense University Hospital, Department of Dermatology, Odense, Denmark Odense University Hospital, University of Southern Denmark, Odense, Denmark. The 5th conference of European Transcultural Nursing Association, ETNA. Odense Juni 2017. Oral
- Migrant health clinics – a way to reduce inequality in health care? A descriptive study. D S Nielsen, M Hermansen, S Buch, N Nguyen, KM Korsholm, C Rehling, M Sodemann University of Southern Denmark, University College Lillebælt, Department of Migrant Health Clinic, Odense University Hospital, Odense, Denmark. The 5th conference of European Transcultural Nursing Association, ETNA. Odense Juni 2017. Poster
- Perspectives on a life in exile among Arab women living in Denmark – a qualitative study Mathilde Hermansen, D Nielsen. Odense University Hospital, Migrant Health Clinic, Department of Infectious Diseases, Odense, Denmark. The 5th conference of European Transcultural Nursing Association, ETNA. Odense Juni 2017. Oral
- Home visits to vulnerable patients with minority backgrounds – a clinical study Mathilde Herman-sen, S Buch, TMN Nguyen, KM Korsholm, D Nielsen. Odense University Hospital, Migrant Health Clinic, Department of Infectious Diseases, Odense, Denmark. The 5th conference of European Transcultural Nursing Association, ETNA. Odense Juni 2017. Poster
- Dorthe S. Nielsen, Laila Twisttmann Bay, Annette Hegelund. How to work with inequality issues in the Danish council of nursing ethics. ICN Barcelona, Spain, June 2017. Oral
- Dorthe S. Nielsen\* 1, 2, Dickson Mkoka<sup>3</sup>, Mette Jansen<sup>2</sup>, Edith Tarimo. International placement between Tanzania and Scandinavia – A qualitative study on Tanzanian students' experiences. ICN Barcelona, Spain, June 2017. Oral
- D. Nielsen, A. Svabo, J. Grøn, K.M. Korsholm. M. Sodemann. Cultural competences among health professionals working as ethnic patient coordinators reduces inequality to access to health care through an education program. The 2nd MMIRA Conference. Durham University, UK. August 2016. Oral
- L. Bai, D. Nielsen, T.J. Ellingsen Everyday life with Rheumatoid Arthritis. Understanding patients perception of illness, treatment, gender, body, sexuality and social life in an outpatient setting. A mixed methods study. The 2nd MMIRA Conference. Durham University, UK. August 2016. Oral
- D. Rasmussen, D. Nielsen, M. Sodemann, Self-perceived Age Among Migrant Patients with a Refugee Background Attending a Danish Migrant Health Clinic – a pilot study. The 2nd MMIRA Conference. Durham University, UK. August 2016. Oral



- Sodemann M; Nielsen D., Hospital based patient coordination for ethnic minority patients - a health technology assessment. EUPHAs 6th European Conference on Migrant and Ethnic Minority Health, EUPHA MEMH, Equity – The Policy Gap in Health. Oslo June 2016. Oral
- Sodemann M, Nielsen D, Rehling C. Imperfect models of patient empowerment, incapacitation and intrinsic structural violence in health care threaten equity in health and patient safety. EUPHAs 6th European Conference on Migrant and Ethnic Minority Health, EUPHA MEMH, Equity – The Policy Gap in Health. Oslo June 2016. Poster
- Rasmussen D.N., Nielsen D., Rehling C., Sodemann M. The Seroprevalence of Chronic Hepatitis B and Hepatitis C virus infection in migrants attending a Danish Migrant Health Clinic – An overlooked problem? EUPHAs 6th European Conference on Migrant and Ethnic Minority Health, EUPHA MEMH, Equity – The Policy Gap in Health. Oslo June 2016. Oral
- Motelsson I., Sodemann M., Svabo A., Nielsen D. Attitudes and use of Video Interpretation in a Danish Hospital – a Retrospective Study. EUPHAs 6th European Conference on Migrant and Ethnic Minority Health, EUPHA MEMH, Equity – The Policy Gap in Health. Oslo June 2016. Oral
- Nielsen D., Korsholm K.M., Svabo A., Buch S., Hermansen M., Rasmussen D.N., Rehling C., Sodemann M. The Ethnic patient coordinator team – a structured education programme. EUPHAs 6th European Conference on Migrant and Ethnic Minority Health, EUPHA MEMH, Equity – The Policy Gap in Health. Oslo June 2016. Oral

### **Blogindlæg om sårbarhed**

- M. Sodemann. *Scener fra et ægteskab: Lægen og patienten i tykt og tyndt fra vugge til grav.* Helse, 03/2015  
<http://www.magasinhelse.dk/scener-fra-et-aegteskab-laegen-og-patienten-tykt-og-tyndt-fra-vugge-til-grav/>
- M. Sodemann. *Kroniske sygdomme er en tung byrde.* Helse, 01/2016  
<http://www.magasinhelse.dk/kroniske-sygdomme-er-en-tung-byrde/>
- M. Sodemann. *Sundhedsvæsenet skal udvise tillid.* Helse, 02/2016  
<http://www.magasinhelse.dk/sundhedsvaesenet-skal-vise-tillid/>
- M. Sodemann. *Hverdagens etik er on dog svær.* Ugeskrift for Læger, 05/2015  
<http://ugeskriftet.dk/debat/blog-morten-sodemann-hverdagens-etik-er-ond-og-svaer>
- M. Sodemann. *Hallooo er der en patient til stede?* Ugeskrift for Læger, 07/2015  
<http://ugeskriftet.dk/debat/blog-morten-sodemann-hallooo-er-der-en-patient-til-stede>
- M. Sodemann. *Patientsamtalen skal genoplives, passes og plejes.* Ugeskrift for Læger, 09/2015  
<http://ugeskriftet.dk/debat/blog-morten-sodemann-patientsamtalen->

[skal-genoplives-passes-og-plejes](#)

- M. Sodemann. *Doktor, jeg har det der straaass*. Ugeskrift for Læger, 10/2015  
<http://ugeskriftet.dk/debat/blog-morten-sodemann-doktor-jeg-har-det-der-straaass>
- M. Sodemann. *Mandagsmodellen – vores bedste ven*. Ugeskrift for Læger, 01/2016  
<http://ugeskriftet.dk/debat/blog-morten-sodemann-mandagsmodellen-vores-bedste-ven>
- M. Sodemann. *Stundesløse læger og sårbare patienter*. Ugeskrift for Læger, 02/2016  
<http://ugeskriftet.dk/debat/blog-morten-sodemann-stundesloese-laeger-og-saarbare-patienter>
- M. Sodemann. *Kunsten at gøre bly til guld*. Ugeskrift for Læger, 05/2016  
<http://ugeskriftet.dk/debat/blog-morten-sodemann-kunsten-goere-guld-til-bly>
- M. Sodemann. *Puffebrigader – et rigtigt valg?* Ugeskrift for Læger, 06/2016  
<http://ugeskriftet.dk/debat/blog-morten-sodemann-puffebrigader-et-rigtigt-valg>
- M. Sodemann. *Træk, skub og slip*. Ugeskrift for Læger, 06/2016  
<http://ugeskriftet.dk/debat/blog-morten-sodemann-traek-skub-og-slip>
- M. Sodemann. *Hvem sitter der bag skærmen?* Ugeskrift for Læger, 07/2016  
<http://ugeskriftet.dk/debat/blog-morten-sodemann-hvem-sitter-der-bag-skaermen>
- M. Sodemann. *Lægeidentitet mellem forbandelse, fornøjelse og frustration*. Ugeskrift for Læger, 10/2016  
<http://ugeskriftet.dk/debat/blog-morten-sodemann-laegeidentitet-mellem-forbandelse-fornoejelse-og-frustration>
- M. Sodemann. *Social co-morbiditet*. Ugeskrift for Læger, 11/2016  
<http://ugeskriftet.dk/debat/blog-morten-sodemann-social-co->

## morbiditet

- M. Sodemann. *Sure læger sjusker mere*. Ugeskrift for Læger, 02/2017  
<http://ugeskriftet.dk/debat/blog-morten-sodemann-sure-laeger-sjusker-mere>
- M. Sodemann. *Fattige systemer spiser gode mennesker til morgenmad*. Ugeskrift for Læger, 05/2017  
<http://ugeskriftet.dk/debat/morten-sodemann-fattige-systemer-spiser-gode-mennesker-til-morgenmad>
- M. Sodemann. *Man er bedst til at være syg på modersmålet*. Helse, 06/2017  
<http://www.magasinhelse.dk/man-bedst-vaere-syg-paa-modersmaalet/>
- M. Sodemann. *Sårbarhed har ikke CPR nummer*. Ugeskrift for Læger, 03/2017  
<http://ugeskriftet.dk/debat/blog-morten-sodemann-saarbarhed-har-ikke-cpr-nummer>
- M. Sodemann. *Sårbarhed? – det er noget vi giver til hinanden*. Ugeskrift for Læger, 08/2017  
<http://ugeskriftet.dk/debat/morten-sodemann-saarbarhed-det-er-noget-vi-giver-til-hinanden>
- M. Sodemann. *Sårbar? Det kan du selv være*. Ugeskrift for Læger, 09/2017  
<http://ugeskriftet.dk/debat/morten-sodemann-saarbar-det-kan-du-selv-vaere>
- M.Sodemann. *Sårede læger svinger også med armene*. Ugeskrift for Læger, 09/2017 <http://ugeskriftet.dk/nyhed/saarede-laeger-svinger-ogsaa-med-armene>
- M.Sodemann. *Sundhedsvæsnet er ikke en symbolpolitisk legeplads*. Ugeskrift for Læger 1/2018.  
<http://ugeskriftet.dk/debat/sundhedsvaesnet-er-ikke-en-symbolpolitisk-legeplads>
- M. Sodemann: Ud af min klinik! Blog i ugeskrift for Læger - Læs pdf-version [her](#)

- M.Sodemann: Kend patientreglerne (om patientinddragelse). Ugeskrift for Læger. 7.november 2018. <http://ugeskriftet.dk/debat/kend-patientreglerne>
- M.Sodemann: Kend de uskrevne lægeregler 21. nov. 2018. <http://ugeskriftet.dk/debat/blog-morten-sodemann-laegers-uskrevne-regler>
- Kronik. Professor Morten Sodemann: Udlændingestrømningerne skaber tragedier for øjnene af os og tvinger flygtninge ud i armod <https://www.raeson.dk/2019/professor-morten-sodemann-udlaendingestrømningerne-skaber-tragedier-for-øjnene-af-os-og-tvinger-flygtninge-ud-i-armod/>
- Kronik. Professor Morten Sodemann: Udlændingestrømningerne skaber tragedier for øjnene af os og tvinger flygtninge ud i armod <https://www.raeson.dk/2019/professor-morten-sodemann-udlaendingestrømningerne-skaber-tragedier-for-øjnene-af-os-og-tvinger-flygtninge-ud-i-armod/>
- (Samme kronik blev også bragt af Altinget.dk <https://www.altinget.dk/christiansborg/rssitem.aspx?id=1365236>)
- 

### *Presse, omtaler og multimedie*

- Læger: *Kultur og religion kan skade behandling af indvandrere*. Britta Søndergaard. 12. juni. Kristeligt Dagblad.
- *Sådan kan indvandrere få langt større viden om sundhedsvæsenet*. Thomas Hoffmann. 2. februar 2017. Videnskab.dk
- *Professor i indvandrermedicin: Mangel på sprog er nøglen i Haslevsagen*. 24.oktober 2017. Lars Igum Rasmussen.
- *Hvad kan etniske minoritetspatienter fortælle os generelt om sårbarhed?* Foredrag på Sygehus Sønderjylland 13/9-2017. <http://www.sygehussonderjylland.dk/wm504913>
- DR P1 orientering. Interview om bogen "Sårbar? Det kan du selv være". 23. februar kl. 16.35. <https://www.dr.dk/radio/p1/orientering/orientering-2018-02-23#!00:35:26>
- *Morten Sodemanns erfaringer*. Film om sårbarhed for Regionsrådet i Region Syddanmark: En 'værktøjskasse', der skal inspirere personalet på regionens sygehuse og institutioner til, hvordan de kan komme uligheden til livs. Pressemeddelelse: <https://www.regionsyddanmark.dk/wm504317>
- Billed- og filmmateriale om sårbarhed og ulighed i sundhed (Region Syddanmark, intranet): <https://intra.reg.rsyd.dk/uddannelse/kompetenceudvikling/vaerktoejer-dialog-ulighed/Sider/default.aspx>

- IMK's arbejdsmetoder ifht. sårbare patienter omtales som eksempel på nye veje for et moderne sundhedsvæsen i den norske bog om ledelse mod et bedre sundhedsvæsen: *Helseledelse – veien til et bedre helsesystem*. Tore Audun Høie. eBokNorden AS, 16. sep. 2015.
- Interview i dagbladet Information d. 12. marts om bogen "Sårbar? Det kan du selv være".
- Kristligt Dagblad, 6. april 2018: Lægerne er ved at tabe patienterne på gulvet, link til [artiklen](#) (kræver dog login).
- Kristligt Dagblad, 6. april 2018 har bragt et uddrag af bogen, *Sygdom kan få tiden til at gå hurtigt, langsomt eller helt i stå*, link til [uddraget](#).
- Medicinske Tidsskrifter. Interview: Danske hospitaler er sprængfulde af sårbare læger og sårbare patienter. <https://medicinsketidsskrifter.dk/?view=article&id=923&catid=2>
- Tidsskrift for Jordemødre. Interview: sårbar? <https://epaper.dk/jordemoderforeningen/tfjtotusindeogatten/tfj-042018-web/>
- Ugeskrift for Læger, Speciallæge i almen medicin, MHH Carsten Albers har anmeldt bogen, læs anmeldelsen [her](#)
- Interview, Sårbarhed i sundhedsvæsenet, af Line Gade, Sundhedskommunikation, link til [interviewet](#)
- Selskab for patientkommunikation har lavet et to-delt videointerview om bogen: Patienter er ikke dyr, [del 1](#) og Illusionen om vores rolle i patientbehandlingen, [del 2](#).
- Sårbarhed er noget vi giver til hinanden, interview fra Regions Sjællands seminar, Store Praksispersonaledag april 2018, [interview](#) og [oplæg](#).
- Videointerview fra konferencen "Kunsten at kommunikere" på Hindsgavl, juni 2018. Link til [interviewet](#)

- M. Sodemann. OUH talks: sårbarhed. 30.marts 2017.  
<https://www.youtube.com/watch?v=ZqzdUMTvO2Y>
- M. Sodemann. OUH talks: sårbarhed er noget vi giver til hinanden. 11. april 2018. [https://www.youtube.com/watch?v=kGEJ\\_ytNdzU](https://www.youtube.com/watch?v=kGEJ_ytNdzU)
- M. Sodemann. Foredrag om "Sårbarhed – det er noget vi giver til hinanden" på Hjerteforeningens Sundhedskonference 2018.  
<https://youtu.be/jo2YY3QPS4g>
- Tv2 Fyn. Interview om sårbarhed i patientfortællinger. 12.10.2018
- TV2 Fyn. Interview om narrativ medicin. 22.10.2018
- Ny Viden. Nyhedsblad for Syddansk Universitet. Interview. Når alt er prøvet – uden held.  
[https://static.sdu.dk/Flexpaper/aspnet/Flex\\_document.aspx?doc=/sitecore/media%20library/Files/epage/Nyheder/Nyviden/2018/NyViden\\_September\\_2018pdf](https://static.sdu.dk/Flexpaper/aspnet/Flex_document.aspx?doc=/sitecore/media%20library/Files/epage/Nyheder/Nyviden/2018/NyViden_September_2018pdf)
- Magasinet Zetland. Interview. En professor gør op med indvandreres 'etniske smerter'. "Vi giver dem mærkelige diagnoser, som ikke passer."  
<https://www.zetland.dk/historie/se6E3kl0-aOPVEK2d-257e1>
- Sårbarhed er en særlig udfordring i forskning. Indlæg fra bl.a. Dorthe Nielsen, IMK. Sygeplejersken 19.november 2018, s. 56
- Video med foredrag om sårbarhed på Region Sjællands Faglige symposium 2018 <http://regionsjaelland.23video.com/m/38218308>
- Interview til Magasinet "Ny Viden" om de generaliserbare erfaringer i Indvandrermedicinsk Klinik: "Når alt er prøvet uden held"  
[https://issuu.com/nyviden/docs/nyviden\\_september\\_2018](https://issuu.com/nyviden/docs/nyviden_september_2018)
- Interview i TV2Fyn om sårbarhed og patientfortællinger: Kan skønlitteratur fremme samarbejde mellem personale og patienter <https://www.tv2fyn.dk/kulturambassadorerne/kan-skønlitteratur-fremme-samarbejde-mellem-personale-og-patienter>

- Videointerview for Region Sjælland om sårbarhed i relationen mellem læger og patienter <https://youtu.be/-uyiHe6HsPI>
- Podcast om sårbarhed for projektet En-af-os (<http://www.en-af-os.dk/>)
- Interview om hvordan Vestens livsstil udfordrer flygtninge/indvandreres sundhed og skaber unødvendig sårbarhed. Jyllands-Posten 21.1.2019. <https://jyllands-posten.dk/international/europa/ECE11139079/vestens-livsstil-oedelaegger-indvandreres-helbred-den-politiske-ligegyldighed-er-ekstremt-bekymrende/>
- Interview TV2 News om sprog, tolkning og læge-patientkommunikation 17.2.2019

## 6. Det videre forskningsarbejde omkring sårbarhed

Der har i arbejdet med sårbarhed vist sig forskellige muligheder for at få fokus på emnet i en mere forskningsmæssig kontekst. Alle tre forfattere har derfor, på forskellig vis, iværksat forskelligartede projekter. Nedenfor ses en oversigt:

### Igangværende ph.d.-projekter

- *Tolkning i sundhedsvæsnet: patientens perspektiv, tolkeforbrug og tolkeuddannelse – et flervidenskabeligt studie*  
Ph.d.-studerende: Ida Nygaard Mottelson, cand.scient.san.  
Vejledere: Dorthe Nielsen, Morten Sodemann, Alexander Bischoff
- *The very old patient's perspective: Important factors at end-of-life, treatment preferences and stability of those*  
Ph.d.-studerende: Stine Hanson, cand.med.  
Vejledere: Mikkel Brabrand, Annemarie Lassen, Jesper Ryg, Dorthe Nielsen
- *Et interventionsstudie af familiesamtalers betydning for demensramte familier – en kvalitativ interviewundersøgelse af familiefokuseret sygepleje i demensomsorgen*  
Ph.d.-studerende: Laila Busted, cand.cur.  
Vejledere: Regner Birkelund, Dorthe Nielsen
- *The importance of gender, sexuality and social vulnerability and the interventions in an outpatient clinic for the patient with rheumatoid arthritis related to adherence.*  
Ph.d.-studerende: Laila Twisttmann Bay, cand.scient.san.  
Vejledere: Thorkell Ellingsen, Dorthe Nielsen
- *Development, implementation, and evaluation of approaches to encourage participation in meaningful activities for people with dementia - An action research project*  
Ph.d.-studerende: Kamilla Kielsgaard, cand.scient.san.  
Vejledere: Hanne Kaae Kristensen, Dorthe Nielsen, Sissel Horghagen
- *Adult children having care responsibility of a parent 80+ living alone with complex care requirements*  
Ph.d.-studerende: Helle Elisabeth Andersen, cand.scient.san.  
Vejledere: Charlotte Delmar, Bente Hoeck, Dorthe Nielsen



- *Towards a model for co-production of health care services.*  
Ph.d.-studerende: Christina Mathilde Radl-Karimi  
Vejledere: Christian von Plessen, Morten Sodemann, Paul Batalden
- *Helbredsbedømmelse af nyankomne flygtninge (AU og Aarhus Kommune).*  
PhD-studerende: Anne-Mette Hvass. Vejledere: Morten Sodemann, Christian Wejse
- *Screening af asylansøgere (AU).* PhD studerende: Andreas Eisett. Vejledere: Christian Wejse, Morten Sodemann, Marie Nørredam

### **Afsluttede kandidatspecialer (2015-2017)**

- *Patientperspektiv på udeblivelser – en kvalitativ undersøgelse blandt patienter med anden etnisk baggrund end dansk*  
Studerende: Leila Saud Abdulkadir  
Vejleder: Dorthe Nielsen
- *Syriske kvinders oplevelse og håndtering af smerte i forbindelse med graviditet og fødsel i Danmark*  
Studerende: Lone Krogh Møller  
Vejleder: Dorthe Nielsen
- *Livet i eksil – et kvalitativt studie*  
Studerende: Mathilde Hermansen  
Vejleder: Dorthe Nielsen
- *Patients from Somalia handling diabetes and knowledge on health and prevention*  
Studerende: Nasteha Ali Sheikh Hussein & Amaal Ismaciil  
Vejleder: Dorthe Nielsen
- *The impact of video interpretation on interpreters' job*  
Studerende: Ida Nygaard Mottelson  
Vejleder: Dorthe Nielsen
- *The clinical relevance of applying the life course perspective to the preliminary health assessment of newly arrived refugees and immigrants in Denmark*  
Studerende: Naila Bozo  
Vejleder: Morten Sodemann

- *Klinikerens møde med det globale venteværelse. Et systematisk review af lægeuddannelsen og kulturelle kompetencer.*  
Studerende: Jens Guldborg  
Vejleder: Morten Sodemann

### **Forskningsår / prægraduat forskning**

- *Exploring self-reported sleep among migrant patients with PTSD and sleep disorders using a consumer sleep-tracking device: a pilot study.* Studerende: Hajer Mohammad.
- *Assessing the prevalence of undiagnosed PTSD among ethnic minority patients attending a migrant health clinic: a retrospective cross-sectional study.* Studerende: Ilda Alilovic
- *Assessing the prevalence of undiagnosed Hepatitis B and C in ethnic minority patients attending a Migrant Health Clinic.* Studerende: Nulvin Bozo
- *Ethnic minority patients at the Migrant Health Clinic: Needs and Solutions.* Studerende: Astrid Næraa.
- *Problematiseringer, praksisser og problemkomplekser - En antropologisk undersøgelse af Indvandrermedicinsk Klinik som fænomen i den danske velfærdsstat.* Specialestuderende: Lea Høj Høstrup

### **Bacheloropgaver**

- *For syg til sygehus. Om ulighed i sundhed mellem ikke-vestlige immigranter og etniske danskere.*  
Studerende: Laura Holm-Nielsen  
Vejleder: Morten Sodemann

### **Øvrige projekter og udviklingsarbejde**

- *Sårbarhed, etnicitet og ældre – et sundhedsfremme-, forebyggelses- og rehabiliteringsperspektiv.* Samarbejde mellem Geriatrisk Afdeling (Odense Universitetshospital), Center for Anvendt Sundhedsforskning (University College Lillebælt), Videnscenter for Demens,

Indvandrermedicinsk Klinik (Odense Universitetshospital)

Status: Fondsmidler søges

- *FAMKO – en sammentrækning af Familieambulatoriet og kommunen.*  
Fokus på sårbare gravide – med i forskningsdelen som indbefatter en kommende phd.  
Status: Afdeling D har modtaget DKK 20.000.000 fra A.P. Møllerske Støttefond (juni 2017)
- *Severity and Consequence of Acute Disease (SCAD).*  
Samarbejde mellem Annmarie Lassen (Fælles Akutmodtagelse, Odense Universitetshospital), Mikkel Brabrand (Geriatrisk Afdeling, Odense Universitetshospital), Christian Backer Mørgensen (Fælles Akutmodtagelse, Sygehus Sønderjylland), Dorthe Nielsen (Indvandrermedicinsk Klinik, Odense Universitetshospital)  
Status: Fondsmidler søges
- *Borgerperspektiver på medicin håndtering i en kommunal kontekst – fokus på sektorovergange.*  
Et samarbejde mellem Middelfart Kommune, Geriatrisk Afdeling (Odense Universitetshospital), Forskningsenheden for Almen Praksis (Syddansk Universitet) og Center for Anvendt Sundhedsforskning (University College Lillebælt)  
Status: Fondsmidler søges
- *Medicinsanering hos den ældre medicinske patient under satsningen "Ældre og medicin".*  
Projektet ledes af Anton Pottegård og udføres i samarbejde med Geriatrisk Afdeling (Odense Universitetshospital), Forskningsenheden for Almen Praksis (Syddansk Universitet) og Center for Anvendt Sundhedsforskning (University College Lillebælt)  
Status: Anton Pottegård har modtaget DKK 1.213.257 fra Velux Fonden
- *Patienters oplevelse af konsultationer i Indvandrermedicinsk Klinik – en kvantitativ spørgeskemaundersøgelse.*  
Samarbejde med talentprogram på University College Lillebælt  
Status: Data er indsamlet og publikation er i gang
- *Fra klansamfund til velfærdsstat – et generationsperspektiv på alderdom i en somalisk immigrantfamilie.*

**Kvalitativ undersøgelse i samarbejde med Nasteha Ali, Ida Nygaard  
Mottelson og Dorte Nielsen**  
**Status: Data er indsamlet og publikation er under udarbejdelse**

## 7. Referencer

1. Seeman TE, Crimmins E. Social environment effects on health and aging: integrating epidemiologic and demographic approaches and perspectives. *AnnNYAcadSci.* 2001;954:88-117.
2. Nielsen SS, Krasnik A. Poorer self-perceived health among migrants and ethnic minorities versus the majority population in Europe: a systematic review. *IntJPublic Health.* 2010;55(5):357-71.
3. Diderichsen F, Andersen I, Manuel C. Ulighed i Sundhed - årsager og indsatser. Sundhedsstyrelsen; 2011.
4. Bak CK, Andersen PT. Social ulighed i sundhed i et udsat boligområde: En undersøgelse af sammenhængen mellem selvvurderet helbred, etnicitet og social position. *Nordisk tidsskrift for helseforskning.* 2014;9(2):17-29.
5. Lindb LG. Arbejdet med sårbare patienter og perspektiver på social ulighed i almen praksis. 2011.
6. Nielsen D, Svabo A, Kristensen TR, Sodemann M. [The life story is essential in The Migrant Health Clinic] Livshistorien er i centrum i Indvandrermedicinsk Klinik. *Sygeplejersken.* 2011;7.
7. Sodemann M, Kristensen TR, Nielsen D, Svabo A, Korsholm SBKM, Hermansen MM, et al. Tak fordi I lavede en bedre version af mig. Odense: Indvandrermedicinsk Klinik, Odense Universitetshospital; 2013.
8. Wiuff MB, Grøn L. Sårbarhed og handlekraft.
9. Sodemann M. Sårbarhed har ikke CPR nummer. 2016.
10. Nørgaard O, Sørensen K, Maindal HT, Kayser L. Måling af patientens sundhedskompetence kan bedre kommunikation i sundhedsvæsenet. *Ugeskr Læger.* 2014;176(1):37-9.
11. Maindal HT, Vinther-Jensen K. Sundhedskompetence (Health literacy)–teori, forskning og praksis-Health Literacy–Theory, Research and Practice. *Klinisk Sygepleje.* 2016;30(01):3-16.
12. Speros C. Health literacy: concept analysis. *Journal of advanced nursing.* 2005;50(6):633-40.
13. Vass M, Hendriksen C. [In Denmark, there is a lack of consensus in the definition of frailty]. *Ugeskrift for læger.* 2016;178(43).
14. Wallerstein N. Powerlessness, empowerment, and health: implications for health promotion programs. *AmJHealth Promot.* 1992;6(3):197-205.
15. Groene RO, Orrego C, Sunol R, Barach P, Groene O. "It's like two worlds apart": an analysis of vulnerable patient handover practices at discharge from hospital. *BMJ Qual Saf.* 2012;21 Suppl 1:i67-75.
16. Sodemann M. Dét du ikke ved får patienten ondt af. 2014.
17. Sodemann M, Svabo A, Jacobsen A. [The hardest battles begin after the war] 1. *UgeskrLaeger.* 2010;172(2):141-4.
18. Norredam ML, Nielsen AS, Krasnik A. Migrants' access to healthcare. *DanMedBull.* 2007;54(1):48-9.
19. Norredam ML, Nielsen AS, Krasnik A. [Access to health care for migrants]. *Ugeskrift for læger.* 2006;168(36):3008-11.
20. Norredam M, Nielsen SS, Krasnik A. Migrants' utilization of somatic healthcare services in Europe--a systematic review. *European journal of public health.* 2010;20(5):555-63.
21. Terp C. Svage borgere drukner i et hav af omsorg. *Ugebrevet A4 [Internet].* 2012.

22. Ascoli M, Palinski A, Owiti JA, De Jongh B, Bhui KS. The culture of care within psychiatric services: tackling inequalities and improving clinical and organisational capabilities. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*. 2012;7(1):12.
23. Scales D. Aoen [Internet]: Aeon.com. 2016 4. July 2016.
24. Morris S, Sutton M, Gravelle H. Inequity and inequality in the use of health care in England: an empirical investigation. *Social science & medicine*. 2005;60(6):1251-66.
25. Geckler S. Ulighed i sygdomsbehandling. *Social Kritik*. 2015;2:7.
26. Søren Geckler HH. Afdækning af uligheder i behandling. Center for Alternativ Samfundsanalyse; 2014.
27. Kjellberg BHJ. Fem megatrends vil forandre fremtidens sundhedsvæsen. KORA. Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning; 2017.
28. Sørensen TK. Læger advarer om nyt register. *Jyllandsposten*. 2017 21. juli 2017;Sect. 2.
29. Gallagher A. Slow ethics: A sustainable approach to ethical care practices? *Clinical Ethics*. 2013;8(4):98-104.
30. Long NP, Huy NT, Trang NTH, Luan NT, Anh NH, Nghi TD, et al. Scientific productivity on research in ethical issues over the past half century: A JoinPoint regression analysis. *Tropical medicine and health*. 2014;42(3):121-6.
31. de Russy C, Langbert M. Inside Higher Ed [Internet]2005 5. juli 2015. Available from: <https://www.insidehighered.com/views/2005/07/05/corrosion-ethics-higher-education>.
32. Heimer CA. 'Wicked' ethics: Compliance work and the practice of ethics in HIV research. *Social science & medicine*. 2013;98:371-8.
33. Rittel HW, Webber MM. Dilemmas in a general theory of planning. *Policy sciences*. 1973;4(2):155-69.
34. Redelmeier DA, Shafir E. Medical decision making in situations that offer multiple alternatives. *Jama*. 1995;273(4):302-5.
35. Mathiesen AS. Sårbare patientgrupper særligt udfordrede af digitale løsninger: Rigshospitalet; 2017 [updated 24. april 2017. Available from: <https://www.rigshospitalet.dk/presse-og-nyt/nyheder/nyheder/Sider/2017/april/saarbare-patientgrupper-saerligt-udfordrede-af-digitale-loesninger.aspx>.
36. Christensen AJ, Howren MB, Hillis SL, Kaboli P, Carter BL, Cvengros JA, et al. Patient and physician beliefs about control over health: association of symmetrical beliefs with medication regimen adherence. *Journal of general internal medicine*. 2010;25(5):397-402.
37. Kirkengen AL. Creating chronicity. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2017.
38. Sarosi G. The Tyranny of Guidelines. *Annals of Internal Medicine*. 2015;163:2.
39. Schneider A, Körner T, Mehring M, Wensing M, Elwyn G, Szecsenyi J. Impact of age, health locus of control and psychological co-morbidity on patients' preferences for shared decision making in general practice. *Patient education and counseling*. 2006;61(2):292-8.
40. Bhatia R BZ, Ivers NM. Electrocardiograms in low-risk patients undergoing an annual health examination. *JAMA Intern Med*. 2017.
41. Mercer SW, Reynolds WJ. Empathy and quality of care. *Br J Gen Pract*. 2002;52(Suppl):S9-12.
42. Hojat M. Empathy and patient outcomes. *Empathy in Health Professions Education and Patient Care*: Springer; 2016. p. 189-201.
43. Derksen F, Bensing J, Lagro-Janssen A. Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review. *Br J Gen Pract*. 2013;63(606):e76-e84.
44. Egbert LD, Battit GE, Welch CE, Bartlett MK. Reduction of postoperative pain by encouragement and instruction of patients: a study of doctor-patient rapport. *New England Journal of Medicine*. 1964;270(16):825-7.
45. Pereira L, Figueiredo-Braga M, Carvalho IP. Preoperative anxiety in ambulatory surgery: The impact of an empathic patient-centered approach on psychological and clinical outcomes. *Patient education and counseling*. 2016;99(5):733-8.

46. Redelmeier DA, Molin J-P, Tibshirani RJ. A randomised trial of compassionate care for the homeless in an emergency department. *The Lancet*. 1995;345(8958):1131-4.
47. Patientsikkerhed DSf. Prøvesvar straks – for patienter, der ønsker det: Dansk Selskab for Patientsikkerhed; 2016 [updated 3. juni 2016. Available from: <https://patientsikkerhed.dk/ny-debat-patienters-adgang-proevesvar/>].
48. Godlee F. Are you ready for “collaborative health”? *BMJ*. 2017;358(3257).
49. Gigerenzer G. Can search engine data predict pancreatic cancer? *BMJ*. 2017;358:j3159.
50. Gerdes U. Ugeskrift for Lægers blog [Internet]: Ugeskrift for Læger. 2015 16.9.2015.
51. DiMaggio P, Hargittai E, Celeste C, Shafer S. From unequal access to differentiated use: A literature review and agenda for research on digital inequality. *Social inequality*. 2004:355-400.
52. Allen JA, Currey J, Considine J. Annual resuscitation competency assessments: a review of the evidence. *Australian Critical Care*. 2013;26(1):12-7.
53. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *The Lancet*. 2005;365(9464):1099-104.
54. Stafford M, Marmot M. Neighbourhood deprivation and health: does it affect us all equally? *International journal of epidemiology*. 2003;32(3):357-66.
55. Cockerham WC, Hamby BW, Oates GR. *The Social Determinants of Chronic Disease*. Elsevier; 2017.
56. Inman M, Daneman D, Curtis J, Sochett E, Clarke A, Dunger DB, et al. Social Determinants of Health Are Associated with Modifiable Risk Factors for Cardiovascular Disease and Vascular Function in Pediatric Type 1 Diabetes. *The Journal of pediatrics*. 2016;177:167-72.
57. Kleinman A, Eisenberg L, Good B. Culture, illness, and careclinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Annals of internal medicine*. 1978;88(2):251-8.
58. Rachlis B, Burchell AN, Gardner S, Light L, Raboud J, Antoniou T, et al. Social determinants of health and retention in HIV care in a clinical cohort in Ontario, Canada. *AIDS care*. 2017;29(7):828-37.
59. Dalton SO, Schüz J, Engholm G, Johansen C, Kjær SK, Steding-Jessen M, et al. Social inequality in incidence of and survival from cancer in a population-based study in Denmark, 1994–2003: summary of findings. *European Journal of Cancer*. 2008;44(14):2074-85.
60. Vinther Nielsen C, Kirsten Meillier L. *We need more focus on social inequality in rehabilitation*. Sage Publications Sage UK: London, England; 2010.
61. Smedley BD, Stith AY, Nelson AR. *Unequal treatment: confronting racial and ethnic disparities in health care (with CD)*: National Academies Press; 2009.
62. Kang M, Kim J, Kim K. Resuscitation duration inequality by patient characteristics in emergency department out-of-hospital cardiac arrest: an observational study. *Clinical and experimental emergency medicine*. 2014;1(2):87.
63. Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S, Health CoSDo. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *The lancet*. 2008;372(9650):1661-9.
64. Holman D, Lynch R, Reeves A. The impact of social sciences on health behaviour interventions has diminished—more interdisciplinary, culture-focused research is needed. *Impact of Social Sciences Blog*. 2017.
65. Clarke AR, Goddu AP, Nocon RS, Stock NW, Chyr LC, Akuoko JA, et al. Thirty years of disparities intervention research: what are we doing to close racial and ethnic gaps in health care? *Medical care*. 2013;51(11):1020-6.
66. Owen Jr WF, Szczech LA, Frankenfield DL. Healthcare system interventions for inequality in quality: corrective action through evidence-based medicine. *Journal of the National Medical Association*. 2002;94(8 Suppl):83S.
67. Glasziou P, Straus S, Brownlee S, Trevena L, Dans L, Guyatt G, et al. Evidence for underuse of effective medical services around the world. *The Lancet*. 2017.

68. Petticrew M, Whitehead M, Macintyre SJ, Graham H, Egan M. Evidence for public health policy on inequalities: 1: the reality according to policymakers. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2004;58(10):811-6.

## 8. Bilag

### Bilag I: Oversigt over sårbarhedsoplæg

År	Oplæggets varighed	Sted	Faggruppe(r)	Antal deltagere
2015	1½ time	Odense	Radiografer	20
2015	30 minutter	Odense	Læger	80
2015	1 time	Odense	Afdelingsledelse	20
2015		Vejle	Ph.d.-studerende, læger, psykologer	15
2016	2½ time	Vejle	Plejepersonale	30
2016		Odense	Læger	25
2016	50 minutter	Odense	Plejepersonale	50
2016	1 time	Svendborg	Radiografer	50
2016	1½ time	Odense	Sygeplejersker, læger, sekretærer, farmaceuter, diætister	65
2016	2 timer	Odense	Sygeplejersker, fysioterapeuter, laboranter, laborantstuderende	13
2016	6 timer	Middelfart	Læger, kiropraktorer, sygeplejersker, fysioterapeuter	45
2016	1 time + 15 minutter	Odense	Plejepersonale	15
2016	4 timer	Vejle	Praktiserende læger, integrationsmedarbejdere	30
2016		Odense	Læger, psykologer	8
2016		Odense	Læger	14
2016		Vejle	Regionsudvalg, politikere	10
2016	8 timer	Nyborg	Kommunalt ansatte	250
2016		Bergen	Socialrådgivere, integrationsmedarbejdere	200
2016	1 time	Odense	Sekretærer, læger, medicinstuderende, sygeplejersker	12
2016	45 minutter	Odense	Sygeplejersker	40
2016	3 timer	Odense	Sygeplejersker, læger	14
2016		København	Patienter, handicapmedhjælpere	100
2016	1½ time	Odense	Plejepersonale	25
2016	1 time		Repræsentanter for Danske Regioners ledelse	13



2016	1 time + 45 minutter	Svendborg	Læger, sygeplejersker	12
2016		Middelfart	Psykiatere	20
2016		Sønderborg	Sygeplejersker, læger	15
2016	2 timer	Kolding	Kommunalt ansatte, plejepersonale	30
2016	1 time	Odense	Sygeplejersker, læger, sekretærer, diætister, fysioterapeuter	15
2016	1 time	Odense	Kvalitetsmedarbejdere	12
2016		Esbjerg	Læger	60
2016	6 timer	Esbjerg	Sygeplejersker, SOSU'er	23
2016		Kolding	Praktiserende læger	70
2016	1 time	Herning	Læger	20
2016		København	Læger, sygeplejersker, sundhedsformidlere, patientforeninger	50
2016	7 timer	Uganda	Plejepersonale	30
2016	7 timer	Uganda	Plejepersonale	30
2016	2 timer	Middelfart	sygeplejersker	18
2016	2 timer	Aarhus	hjertesygeplejersker	15
2016	1 time	Middelfart	Bioanalytikere	19
2016	3 timer	Vejle	Plejepersonale	50
2016	1 time	København	Folkesundhedsvidenskab, læger	90
2016		Odense	Praktiserende læger	100
2016	7 timer	Svendborg	Plejepersonale	40
2016	2 timer	Odense	Plejepersonale	15
2016	1½ time	Middelfart	Diabetessygeplejersker	250
2016		Nyborg	Læger	150
2016		København	Socialrådgivere, sygeplejersker	350
2016		Aalborg	Socialrådgivere	70
2016	1 time	Odense	Sygeplejersker	15
2016		Svendborg	Sygeplejersker	21
2016		Odense	Sygeplejersker	15
2017	1½ time	Odense	Sygeplejersker, læger, socialrådgivere	8
2017	2 timer	Odense	Sygeplejersker	18
2017		Odense	Sygeplejersker	15
2017	1 time	Aabenrå	Sygeplejersker, læger	80
2017	3 timer	København	Sundhedspolitikere, læger, sundhedschefer, sygehusdirektører, patientforeninger	60
2017	2 timer	Herning	Læger	45
2017	1 time	Vingsted	Audiologer og assistenter, læger, sygeplejersker	120
2017	1 time	Hindsgavl	Samfundsmedicinske læger	80
2017	3 timer	Bogense	Retspsykiatrien Region Syd Læger, sygeplejersker	25

2017	1 time	Odense	Perinatal fællesmøde Afd D og H	20
2017	1 time	Odense (livestream)	<i>OUH talks</i> om relationel sårbarhed	Live web
2017	1 time	Odense	Tænketanken for brugerinddragelse. Sundhedsprofessionelle (læger, sygeplejersker, andre)	30
2017	2 timer	Kolding hus	Ørelæger	90
2017	2 timer	Odense	Sygehusledelsen Holbæk sygehus	2
2017	1 time	København	Steno rounds: læger, sygeplejersker	60
2017	1 time	København	Kardiologiske rehab. Sygeplejersker, læger	80
2017	3 timer	Skejby Sygehus	Sygeplejersker, læger	30
2017	2 timer	Rigshospitalet	Modul om: Sundhedspædagogik og etniske minoriteter	80
2017	2 timer	Svendborg Sygehus	Sygeplejesymposium i anæstesiologisk intensiv afdeling i Svendborg	100
2017	1 time	Aalborg	FN børnedag. Børn i sårbare familier	250
2017	8 timer	Hindsgavl	Workshop om patientinddragelse af sårbare patienter (ViBis)	75
2017	8 timer	København	Dagens Medicin: konference om patientinddragelse. Panel debat x 2	150
2017	2 timer	Steno Region Sjælland	Oplæg om sårbarhed og ulighed til Region Sjælland Steno ansøgning	3
2017	3 timer	Selskab for Almen Medicin årsmøde	Workshop om tidlig indsats og ulighed i sundhed blandt ny ankomne flygtninge	45
2017	2 timer	Jobcenteret Vejle Kommune	Sårbarhed og integration	50
2017	1 time	Sygehus Sønderjylland Familiehuset	Sårbarhed	120
2017	2 timer	Delegation fra Ledelsen i Region Sjælland på OUH	Sårbarhed og IMK arbejdsmetoder	4
2017	1 time	Skejby Sygehus	Indvandrer sundhed	120

2017	1 time	Jordemoder studerende	Sårbarhed	25
2017	2 timer	Netværk for operationssygeplejersker, OUH – efter videreuddannelse	Sårbarhed og minoriteter	45
2017	2 timer	tværkulturel kommunikation og sårbarhed	Sygeplejekandidatstuderende	20
2017	3 timer	OUH Svendborg -	Efteruddannelse for anæstesisygeplejersker	50
2017	3 timer	DSAM årsmøde	Workshop om sårbarhed med praktiserende læger	40
2017	1 time	Randers Sygehus	Læger: klinisk sårbarhed	35
2017	3 timer	Lægelaug Horsens	Sårbarhed i tværkulturelt perspektiv i almen praksis	21
2017	2 timer	Dansk Handicap Forbund Aalborg	Børn i sårbare familier	37
2017	1 time	Tværfaglig traume konference Rigshospitalet	Læger og sygeplejersker i akut medicinske sammenhænge	120
2017	4 timer	Vejle Helbredsmodtagelse af nye flygtninge	Læger	10
2017	2 x 1 timer	FAM OUH	Sårbarhed i akutte situationer Sygeplejersker	20
2017	1 time	Lederseminar hjertemedicinsk afd. Vejle	Sårbare patienter	14
2018	1 time	Region Sjælland Seminar om ulighed i sundhed	Sårbare patienter i tværkulturel sammenhæng	45
2018	3 timer	Rygcenteret Sygehus Lillebælt	Indvandrermedicin og sårbarhed	30
2018	2 timer	Hjertemedicinske sygeplejersker OUH	Indvandrermedicin og sårbarhed	25
2018	1 time	Sygehus- og afdelingsledelser Sygehus Midt Vest	Komplekse patienter i et moderne højt specialiseret sundhedsvæsen	90

		(Gødstrup Sygehus)		
2018	1 time	Morgenmøde for Sundhedsstyrelsens ansatte, København	Relationel og gensidig sårbarhed i læge-patient mødet	50
2018	1 time	Geriatrisk selskabs årsmøde, Svendborg	Sårbarhed og alderdom i tværkulturelt perspektiv	Ukendt
2018	2 timer	EU Delphi proces, Bruxelles	Ekspertpanel om best practices i vurdering af flygtninge sårbarhed	19
2018	1 time	Årsmøde for ortopæd kirurgiske privatklinikker	Den svære indvandrermedicinske patient	75
2018	2 timer	MAMMACT uddannelsesprojekt under SIF, Metropolit København	Særuddannelse af jordmødre til at vurdere og reducere sårbarhed blandt gravide af anden etnisk herkomst	35
2018	3 timer	WHO webinar om kroniske sygdomme blandt flygtninge	Generaliserbare erfaringer fra Indvandrermedicinsk klinik Åbent webinar for beslutningstagere verden over der har med flygtninge modtagelse at gøre	1200
2018	1 time	Etniske patient koordinator seminar	Sårbarheds begrebet baseret på indvandrerpatienter	45
2018	1 time	Fødeafdeling A, OUH	Forberedelse til et sårbarheds ambulatorium for gravide etniske minoritetskvinder	Arbejdsgruppe: 5
2018	4,5 timer	Medicin studerende	Pilot forsøg med tværkulturel og sårbarheds sensitiv kommunikation	22
2018	4 timer	Kursus for Regionernes kursuscenter Vestdanmark (seminarer.dk) Kommunalt og NGO ansatte på flygtninge området, Scandic Kolding	Socialmedicinske erfaringer fra Indvandrermedicinsk klinik	80
2018	4 timer	Kursus for Regionernes kursuscenter Østdanmark	Socialmedicinske erfaringer fra Indvandrermedicinsk klinik	75

		(seminarer.dk) Kommunalt og NGO ansatte på flygtninge området, Scandic Roskilde		
2018	3 Temada ge 3 x 7 timer	Nøglepersoner Region Syddanmark, Vejle Sygehus	Sårbarhed	3 x 45-60
2018	1 time	Intensiv afdeling, OUH	Sårbarhed	30
2018	1 time	Hjertemedicin ske sygeplejersker	Tilgang til patienter Sårbarhed	27
2018	1 time	UCL Lillebælt	Sårbarhed i sygepleje	70
2018	2 timer	Konference oplæg - Selskab for familiesygeplej e	Sårbarhed i familie arbejde	60
2018	1 time	Øjenafd OUH	Komplekse helbredsproblemer i tværkulturelt perspektiv	25
2018	1 time	Hjertemedicin sk afd Kolding	Komplekse helbredsproblemer i tværkulturelt perspektiv	30
2018	2 timer	Workshop: Forskningsnet værk for forskning i almen medicin	Indvandrermedicin og sårbarhed	50
2018	1 time	Efteruddannel se for intensiv sygeplejersker	Kommunikation og sårbare patienter	35
2018	1 time	Thorax kirurgisk personale OUH	Kommunikation og sårbare patienter	45
2018	2 timer	Temadag Landsmøde for foreningen af intensiv sygeplejersker	Sårbare patienter med anden etnisk herkomst end dansk	110
2018	2 timer	Læger, Gynækologisk obstetrisk afdeling, Skejby Sygehus	Kommunikation om følsomme emner med indvandrerpatienter	25
2. maj 2018	1 time	Oplæg på morgenstabsm øde i	Sårbarhed	80

		Sundhedsstyrelsen		
2018	3 timer	Selskab for studerende almen medicinere	Indvandrermedicin	22
8.maj 2018	4 timer	Intensiv sygeplejersker	Tværkulturel sygepleje	40
2018	2 timer	Læger Fåborg-Midtfyn	Indvandrermedicin	18
14. maj 2018	2½ time	Thorax kir afd	Kommunikation og Calgary Cambridge	30
2018	1 time	Kliniske genetikere U-kursus	Tværkulturelle udfordringer i rådgivning	20
14. maj 2018	3 timer	Viborg Kommune	Flygtninge helbredsbedømmelse	110
15.maj 2018	3 timer	UCL seminar, Esbjerg Mænds sundhed	Sårbarhed mænd og sundhed	80
17.maj 2018	1 time	Oplæg morgenstabsmøde Styrelsen for Patientsikkerhed	Sårbarhed og fejl	100
18.maj 2018	3 timer	Viborg kommune	Sociale aspekter af Indvandrermedicin	45
23.maj 2018	3 timer	Intensiv afd Vejle Sygehus	Tværkulturel sygepleje	28
28. maj 2018	1 timer	Temadag Tværkulturel sygepleje	Etniske smerter	28
29.maj 2018	7 timer	Kursus i patientinddragelse, dagens Medicin	Tværkulturel sårbarhed, kommunikation, relationsopbygning	50
30. maj	1 time	Oplæg Seminar region Midt Arbejds- og inspirationskonference "På Patientens Præmisser"	Sårbarhed	350
2018	1 time	Intensiv/anæstesi Kolding sygehus	Indvandrerpatienten i akutte situationer	30
7.juni 2018	1 time	Kunsten at kommunikere	Sårbarhed er noget vi giver til hinanden	120

2018	1 time	Dansk selskab for klinisk etik	Prioritering sammen med patienten – etiske udfordringer	80
31.maj 2018	1 time	National konference om psyko-social kræftforskning	Sårbarhed	250
2018	1 time	Børn & unge psykiatrisk afdeling OUH	Sårbarhed og forløbskoordination	35
13. juni 2018	3 timer	Region Hovedstadens efteruddannels escenter	Social ulighed og sårbarhed i sundhed	85
18.juni 2018	2 timer	OUH udviklingssyge plejersker	Forskning indenfor sårbarhed og etniske minoriteters sundhed	14
2018	1 time	Nationalt møde for Hjerterehabilit erings sygeplejersker	Sårbarhed	60
2018	2 timer	WHO Europa	Helbredsbedømmelse af nyeankomne flygtninge	Globalt transmitteret webinar
2018	1 time	Psykiatrisk afdeling OUH	Sårbarhed	50
2018	3 dages kursus	DSAM kursus om multimorbiditet et Barcelona	3 dage om sårbarhed, multimorbiditet, kronicitet, kommunikation	25
2018	1 time	Folkemødet 2018 Tidsskriftet Ræson	Sårbarhed	?
2018	1 time	Folkemødet 2018 Sundhedsstyrelsen – Søren Brostrøms varme stol	Sårbarhed i sundhedsvæsenet	?
2018	1 time	Folkemødet 2018 SDU/OUH telt	Oplæg om sårbarhed	?
Forår 2018	3 temadage	IMK nøglepersoner i Region Syddanmark	Sårbarhed i det tværkulturelle felt	
15.august 2018	1 time	ITA, OUH	Tværkulturel sygepleje	32

29.aug 2018	<b>1 time</b>	OUH, Lungemedicinsk afdeling	Sårbarhed	<b>15 læger</b>
29. aug 2018	<b>2 timer</b>	Helbredsprofilen , staben Region Sjælland	Sårbarhed, ehealth	<b>3</b>
4.sept 2018	<b>1 time</b>	Hjerteforeninge ns sundhedskonfer ence Odense	Sårbarhed	<b>250</b>
6.sept 2018	<b>2 timer</b>	Jordmødre der arbejder med sårbare gravide i regionsjælland	Sårbarhed	<b>40</b>
6. sept. 2018	<b>1 time</b>	Seminar om fattigdom og sygdom blandt etniske minoriteter, København	Ulighed, økonomi og sårbarhed i sundhed	<b>45</b>
7.sept 2018	<b>3½ time</b>	Kursus for Job og integration, Helsingør Kommune	Sårbarhed i tværkulturelt tværsektorielt perspektiv	<b>25</b>
12. sept 2018	<b>7 timer</b>	Seminar om indvandrermedic in i kommunalt perspektiv Arrangeret af Region Syddanmark	Tværkulturel helbredsafklaring af nyankomne flygtninge	<b>220</b>
12. sept. 2018	<b>1 time</b>	Rheumatologisk e sygeplejerskers årsmøde	Sårbarhed	<b>75</b>
29.-30. septem ber 2018	<b>2 dage</b>	2 dages kursus for praktiserende læger om patientologi, sårbarhed hos komplekse patienter	Sårbarhed	<b>26</b>
22.sept ember 2018	<b>4 timer</b>	Kommunikations kursus for lægestuderende på Københavns universitet	Sårbarhed, relationer og sprog	<b>16</b>
24. septem ber 2018	<b>2 timer</b>	Oplæg på nationalt møde for alle danske chefjordemødre	Sårbarhed fra et ledelses/strukturelt perspektiv	<b>18</b>



25. sept 2018	7	Seminar om tværfaglig helbreds-vurdering af flygtninge, arktiske Nordnorske kommuner	Tværkulturel helbredsafklaring af flygtninge, ehealth, ledelse, organisation	30
26.sept 2018	2½ timer	Behandlere i enheden "Kræft og Sundhed" – Københavns kommune og kræftens bekæmpelse	Ulighed i rehabilitering, tilgang til særligt sårbare kræft patienter	30
28. septrem ber 2018	1 time	Nordjysk Praksisdag	Oplæg om tværkulturel sårbarhed, framing og etniske smerter	100
1.oktob er 2018	3 timer	Nuklearmedicinske afdelinger	Sårbarhed i korte patientmøder omkring alvorlig sygdom	45
1.oktob er 2018	2½ timer	Praktiserende læger Region Sjælland	Sårbarhed i tværkulturelt perspektiv	75
5.oktob er 2018	1 time	Stab Regionshuset Region Midt	Sårbarhed i ledelsesperspektiv	5
5. oktober 2018	1 time	Medicinstuderende Aarhus Universitet	Tværkulturelle kompetencer i et multietnisk sundhedsvæsen	280
10.okt 2018	1 time	Læger, Organ kir afd. OUH-Svendborg	Sårbarhed	30
13.okto ber 2018	1½ time	Psyko-social tænketank	Sårbarhed i tværfagligt perspektiv	45
18.okto ber	3 timer	Medicinstuderende med interesse for psykiatri	Sårbarhed	30
26.10 2018	2 timer	FAPS (speciallæger og personale)	Tværkulturel sårbarhed	120
26.10	1 time	Tromsø Universitetshospital	Sårbarhed	120
30.10 2018	2 timer	Danske hospitalspræster	Sårbarhed	30
30.10 2018	2 timer	Praksis personale region hovedstaden og region sjælland	Tværkulturelle kompetencer i almen praksis	120
1.11 2018	1 time	ViBiS/Danske Patienter konference om	Sårbarhed	300

		brugerinddragelse		
1.11	2 timer	Praxis personale Region syd og Midt	Tværkulturelle kompetencer i almen praksis	80
2.11 2018	2 timer	MAMMACT projektet under Statens Institut for Folkesundhed, Odense	Tværkulturelle kompetencer ifht gravide med anden etnisk baggrund end dansk	70
1.11 2018	2 timer	PsykInfo Syd konference om Skyld og skam i psykiatri	Skam, psykisk sygdom og etnicitet	80
3.11	1 time	Dansk Smerte forum (ikke-specialebærende selskab under LVS)	Smerter, etniske smerter – fup og fakta	60
6.11 2018	1 time	Fagligt selskab for addiktive sygeplejere	Sårbarhed	42
9.11	1 time	FAPS (speciallæger og personale)	Sårbarhed	100
12.11	2 timer	Opvågnings sygeplejersker Trinity	Sårbarhed	40
12.11	1 time	MAMMACT projektet under Statens Institut for Folkesundhed, Åbenrå	Tværkulturelle kompetencer ifht gravide med anden etnisk baggrund end dansk	50
14.11	2 timer	Faglig temadag. Hjertesygplejersker	Sårbarhed	80
14.11	1 time	Temadag Region Syddanmark på tværs af regioner & kommuner	Demens og sårbarhed	150
14.11	1 time	Resonans festival, København: Death Talks #1 - Kultur, tro og sygdom	Sprog, krop og sjæl i eksil – den sidste tid	55
15.11 2018	2 timer	Oplæg - seminar om sårbarhed og ulighed på	Sårbarhed	250

		ældrerrådets konference om det nære sundhedsvæsen		
16.11	1 time	Tandlægernes årskongres	Sårbarhed i tværkulturelt perspektiv	1200
16.11	1 time	Tandlægeklíník assistenternes årskongres	Sårbarhed i tværkulturelt perspektiv	600
20.11 2018	2 timer	Yngre lægers konference om "Den Patientansvarlige Læge (PAL)"	2 oplæg: Den gode læge og Patientansvarlig læge	300
21.11	1 time	MAMMACT nøglepersoner	Tværkulturel sårbarhed	10
21.11 2018	1 time	Sundhedsfagligt Forum på Nordsjællands Hospital	Køn og sårbarhed	450
21.11 2018	1 time	LEO Pharma Seminar om sårbarhed	Sårbarhed og compliance	230
23.11	1 time	Filadelfia	Sårbarhed	100
23.11 2018	1 time	MAMMACT projektet under Statens Institut for Folkesundhed, Odense	Tværkulturelle kompetencer ifht gravide med anden etnisk baggrund end dansk	45
29.11 2018	2 timer	Forelæsning, lægestudiet, Københavns universitet	Sårbarhed, empati og hverdagens onde etik	70
30.11	7 timer	Seminar om sprog i sundhedsvæsenet i samarbejde med UKE Hamburg	Sårbarhed og sprog i sundhedsvæsenet	Ukendt
4.12 2018	2 timer	Oplæg programstyregruppen for kræft Sygehus Lillebælt	Sårbarhed (engelsk)	26
4.12	1 time	Radikal Ungdom	Sårbarhed	15
5.12 2018	1 time	Kæbekirurgisk afdeling, OUH	Sårbarhed	35
6.12 2018	2 timer	Seminar Vejle Sygehus "Personorienteret behandling og pleje"	Sårbarhed	350

7.12 2018	4 timer	Center for Specialundervisning for Voksne KØBENHAVNS KOMMUNE Børne- og Ungdomsforvaltningen	Oplæg om tværkulturel sårbarhed, integration og helbred	60
7.12	1 time	UCLillebælt, undervisere	Sårbarhed	30
7.12 2018	1 time	Lungemedicinsk afdeling Aarhus Universitetshospital	Sårbarhed i tværkulturelt perspektiv	75
13.12 2018	1 time	Oplæg på Steno seminar i Odense om etnicitet og diabetes	Verbal sårbarhed: Etniske smerter - når man får ondt af samtalen	140
15.1.20 19	2 timer	Region Syd tolkeuddannelser (AMU)	Sygdomstolkning 1	15
17.1.	1 time	Sygeplejersker afd B, OUH	Sårbarhed	35
17.1	1 time	Indvandrermedicinsk netværk, Psykiatrien Region Syd	Sårbarhed	25
21.1	1 time	Geriatrisk afd, Svendborg Sygehus	Tolkning	30
22.1	2 timer	Region Syd tolkeuddannelser (AMU)	Sygdomstolkning 2	15
21.1 2019	2 timer	Oplæg Dansk Flygtningehjælp	Tværkulturel sårbarhed	30
23.1 2019	4 timer	Fredensborg Kommune Sagsbehandlere	Tværkulturel rehabilitering af flygtninge med komplekse helbredsproblemer	60
6.2	2 timer	Nordisk forskerseminar om migration og sundhed	Sårbarhed i eksil	12
6.3	1 time	Overlægerådets staff meeting	Sårbarhed	50
6.3	1 time	Oplæg Selvmordskonferencen,	Relationel sårbarhed i patientmøder	200

		Psykiatrien Region Syddanmark		
11.3	2 timer	To-sprogs koordinatorer Region Midt	Psykiske og somatiske udfordringer hos forældre til flygtningebørn	30
11.3	1 time	Innovent Region Syd	Sårbarhed i forskning	25
12.3	1 time	Erfa-gruppe handicapområdet (Nutricia)	Sårbarhed	30
12.3	1 time	Ikke-lægelige forskere SDU/OUH	Sårbarhed i forskning	20
14.3	2 timer	Temadag Frederiksberg Hospital	Oplæg om faglig meningsløshed og relationel sårbarhed	250
14.3	2 timer	Sygehus Midt- Vest	Oplæg om sårbarhed	300
14.3	1 time	Netværk for ikke-lægelige forskere	Sårbarhed	25
18.3	1 time	Temadag Svendborg kommune, ældre-handicap	Sårbare ældre	60
19.3	1 time	Opvåkningssyge plejersker, Vejle Sygehus	Sårbarhed	34
20.3	1 time	Svendborg kommune, kommune, ældre-handicap	Sårbare ældre	60
23.3	3 timer	Foreningen Social Sundhed (lægestud, folkesundhedsst ud og andre)	Sårbarhed i tværfagligt perspektiv	45
27.3	1 time	Kræftsygeplejer sker Kræft & Sundhed, Københavns Kommune	Sårbarhed i rehabilitering	2 timer
9.4	2 timer	12- mandsgruppe, København	Sårbarhed og indvandrermedicin	35

4.5	3 timer	12-mandsgruppe, Bornholm	Sårbarhed	25
16.5	2 timer	Synergeia jubilæums konference	Sårbarhed i tværkulturelt perspektiv	120
27.5	2 timer	Praktiserende læger, Region Sjælland	Den etniske minoritetspatient	56
31.5	2 timer	Afd. For Social udvikling, Odense Kommune	PTSD i hverdagslivet, familielivet	25
3.6	1 time	Selskab for Indvandrersundhed, konference om migration og sundhed	Hvad kan vi lære om sårbarhed af flygtninge	120
6.6	1 time	Symposium om professionel patientkommunikation	Sårbarhed i samtalen	150
7.6	1 time	22. nordiske konferansen for terapeuter som arbejder med traumatiserte flyktninger	Erfaringer om sårbarhed fra Indvandrermedicinsk klinik	350
15.6	1 time	Folkemødet Bornholm	Sprog og tolkning i sundhedsvæsenet	?
15.6	1 time	Folkemødet	Ulighed i sundhed	?

I regi af projektet er der siden 1. maj 2015 blevet undervist 30.200 ansatte i sundhedsvæsenet fordelt på ca. 400 foredrag.

Derudover er der indenfor samme projektramme leveret følgende timer:

Tolke introduktionsundervisning: 5 X 5 X 5 = 125 timer

Etniske patient koordinatore (1-2 gange per måned): x 3 timer = 105 timer

## Bilag II: Spørgeskema

Tak fordi du tager dig tid til at besvare vores 8 spørgsmål!

Skulle du have spørgsmål vedrørende spørgeskemaet eller sårbarhedsoplægget, er du meget velkommen til at kontakte forskningsassistent Ida Nygaard Mottelson på [ida.nygaard.mottelson@rsyd.dk](mailto:ida.nygaard.mottelson@rsyd.dk)

Med venlig hilsen,

*Morten Sodemann, Dorte Nielsen og Ida Nygaard Mottelson*

Indvandrermedicinsk Klinik, Odense Universitetshospital



Region Syddanmark

**OUH**  
**Odense Universitetshospital**  
**Svendborg Sygehus**

### 1) Jeg er ansat på:

- (1)  Sygehus Lillebælt
- (2)  Sygehus Vest
- (3)  Sygehus Sønderjylland
- (4)  Odense Universitetshospital & Svendborg Sygehus (Odense matrikel)
- (5)  Odense Universitetshospital & Svendborg Sygehus (Svendborg matrikel)
- (6)  Primærsektor/kommune
- (7)  Andet \_\_\_\_\_

**2) Hvor enig er du i følgende: Oplæggets indhold har været relevant for mig.**

- (1)  Helt enig
- (2)  Delvis enig
- (3)  Hverken enig eller uenig
- (4)  Delvis uenig
- (5)  Helt uenig

**3) Hvor enig er du i følgende: Undervisningen har givet mig ny viden.**

- (1)  Helt enig
- (2)  Delvis enig
- (3)  Hverken enig eller uenig
- (4)  Delvis uenig
- (5)  Helt uenig

**4) Hvor enig er du i følgende: Indholdet på oplægget gav mig konkrete redskaber til at håndtere sårbare patienter i vores afdeling.**

- (1)  Helt enig
- (2)  Delvis enig
- (3)  Hverken enig eller uenig
- (4)  Delvis uenig
- (5)  Helt uenig

**5) Jeg synes, oplægget manglede at sætte fokus på:**

---

---

---

**6) Jeg synes især, at jeg har fået kompetencer i forhold til at:**



---

---

---

---

---

---

---

**7) Jeg vil fremadrettet sætte mere fokus på følgende i min afdeling:**

---

---

---

---

---

---

---

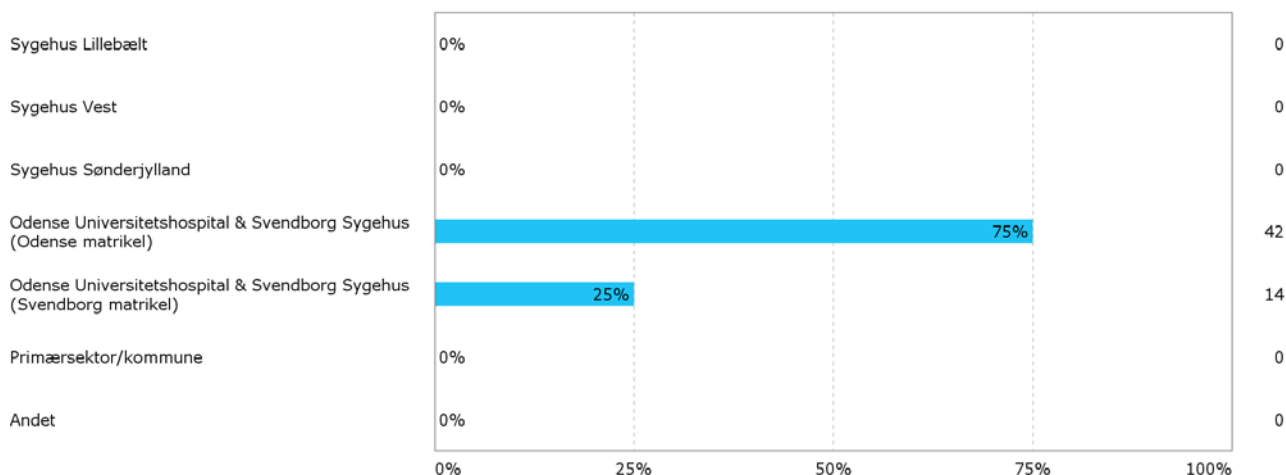
**8) Hvilke af nedenstående barrierer oplever du oftest i din hverdag i forhold til at håndtere de sårbare patienter? Sæt kryds ved 3 af mulighederne.**

- (1)  Manglende tid til patienterne.
- (2)  Manglende faglige kompetencer til at varetage den sårbare patient.
- (3)  Der er for lidt personale i afdelingen til at vi kan give ekstra tid.
- (4)  Jeg føler ikke, at jeg kan tackle patienten hvis jeg lader patienten 'åbne op' for vedkommendes personlige problemer.
- (5)  Hvis patienten har dårlig hygiejne.
- (6)  Hvis patienten har en truende adfærd.
- (7)  Jeg forstår ikke patientens sprog – dansk- såvel som ikke-dansktalende (dialekt eller accent).
- (8)  Hvis patienten har en klagende adfærd.
- (9)  Hvis patientens kropssprog udviser ligegyldighed.
- (10)  Hvis patienten modsiger sig at bruge tolk.
- (11)  Hvis patienten kommer for sent uden at beklage dette.
- (12)  Hvis patienten er svært overvægtig.

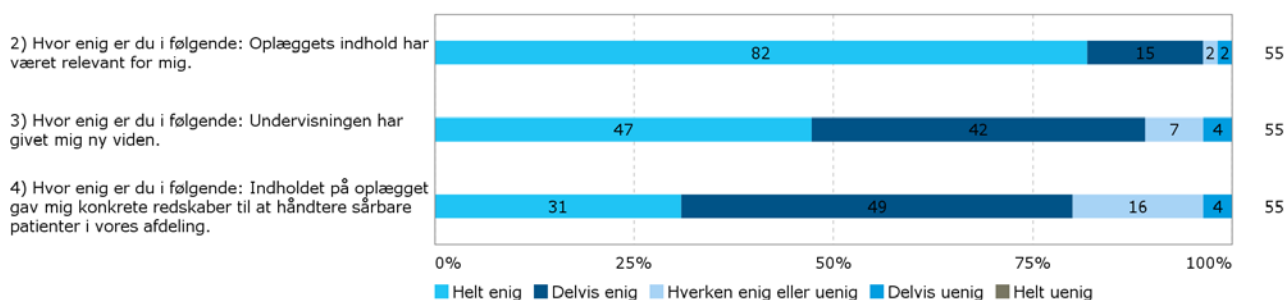
- (13)  Hvis patienten er bevidende og kræver særbehandling.
- (15)  Hvis patienten overdramatiserer.
- (14)  Andet (tilføj selv)\_\_\_\_\_

## Bilag III. Besvarelser af spørgeskemaet

### Øversigt over deltagernes ansættelsessted



### Øversigt over deltagernes oplevelse af oplæggene



### Deltagernes udtrykte oplevelser af erhvervede kompetencer efter oplæggene:

- øget bevidsthed om sårbare patienter
- udvikle begrebet i praksis med kollegaerne - det åbne for en dialog..
- Fik blot bekræftet det som jeg i forvejen anvender. Eksempelvis hv- spørgsmål, og behandle hver enkelt pt. individuelt, og ikke putte dem i kasser!
- Den "irriterende pt "
- Til at medtænke sårbare pt, uden at stigmatisere.
- At alle pt. er sårbare - på hver deres måde.
- almen viden om den sårbare pt
- Tage udgangspunkt i patientens behov og prioritere min information til patienten
- være opmærksom på at den sårbare patient, kan være mange forskellige patienttyper
- Jeg har meget lidt patientkontakt, men viden om emnet kan bidrage til, at jeg forhåbentlig kan spotte evt. sårbare patienter, og yde hjælp.
- Holde fast i sygeplejefaglige argumenter, når vi har ptt., der har særlige behov.
- udvise så stor rummelighed som overhovedet muligt i en travl hverdag.
- identificere sårbarhed
- være mere opmærksomme på patientgruppen
- Være obs. på egen og andres imødekommenhed over for patienter og pårørende

- *Håndtere de svageste patienter - og være åben omkring at nogle patienter "legalt" tager flere ressourcer, skal måske sættes til først på dagen, have særlige hensyn osv*
- *Erkende forskellighed.*
- *Generelt alle sårbare*
- *Være opmærksom på ekstra tid*
- *møde patienten*
- *Forholde mig kritisk til min egen position i mødet med forskellige slags patienter*
- *Jeg har intet at tilføje, da jeg ikke har så meget kontakt til patienterne.*
- *Identificere sårbarhed og sætte fokus på dette. + på hvilken måde (og hvor ofte) vi kan inddrage Indvandrermedicinsk Klinik i vores daglige arbejde.*
- *det var ikke meningen med oplægget at jeg skulle få kompetence til at håndtere sårbare patienter, men derimod meningen at vi skulle have en fælles platform for en videre faglig dialog i afdelingen om hvordan vi bedst kan give alle patienter den bedste behandling og oplevelse. oplægget gav anledning til at mine kolleger fik luftet nogle frustrationer og blev bevidste om at det er os der skal kunne tage ansvar for at rumme alle typer af relationer i vores daglige arbejde*
- *screenne den sårbare pt*
- *Tale mere med åbent med patienten*
- *tænke sårbarhed i en ny kontekst.*
- *Det er blevet tydeligt for mig at det sygeplejersker hos os protesterer over, er at vi ser og erkender sårbarheden, ofte ikke har mulighed for at forfølge det der hvor vi ved det vil gøre en forskel.*
- *målrette min information til pt'en ud fra den pågældendes forståelses niveau*
- *Håndtere patientgruppen med en anden etnisk baggrund.*
- *Håndtere patienter med en anden etnisk baggrund.*
- *Reflektere over egen praksis*
- *jeg er blevet styrket i at det arbejde jeg gør for at hjælpe sårbare patientgrupper er vigtigt - også selvom det tager tid og ikke redder liv*
- *identificere den sårbare patient og at se anderledes at vi som kollegaer har hver vores styrker ift den sårbare patient. Vi skal bruge hinanden. tale med hinanden om de patienter som kan være udfordrende.*
- *synlig gjort, hvor vigtigt der er*
- *Jeg gør det rigtige*
- *Viden om sårbarhed og en masse "aha"-situationer, hvor jeg kan sætte mig ind i vores patienters sårbarhed og udfordringer herved.*
- *Bekræftet noget jeg allerede vidste*
- *syntes ikke jeg har fået nye kompetencer, men rigtig fint at få lov at diskutere holdninger, så vi kan møde pt bedst muligt*
- *Reflektere over egen praksis*
- *vedikke*
- *at være opmærksom på den sårbare patient, stille flere spørgsmål og være lyttende og ud fra det vurdere hvordan jeg kan hjælpe bedst.*
- *Kropssprogets betydning*
- *Nye indfaldsvinkler til at håndtere konflikter grundet presset på afdel*
- *Være mere åben for de sårbare mennesker man møder i sundhedsvæsenet! Og især mennesket bag.*
- *viden i forhold til hvordan sårbarheden udspiller sig.*
- *Jeg har fået mere opmærksomhed på at der kan være nogle mennesker der reagere anderledes end forventet og jeg derfor ikke kan se problematikker patienten har.*

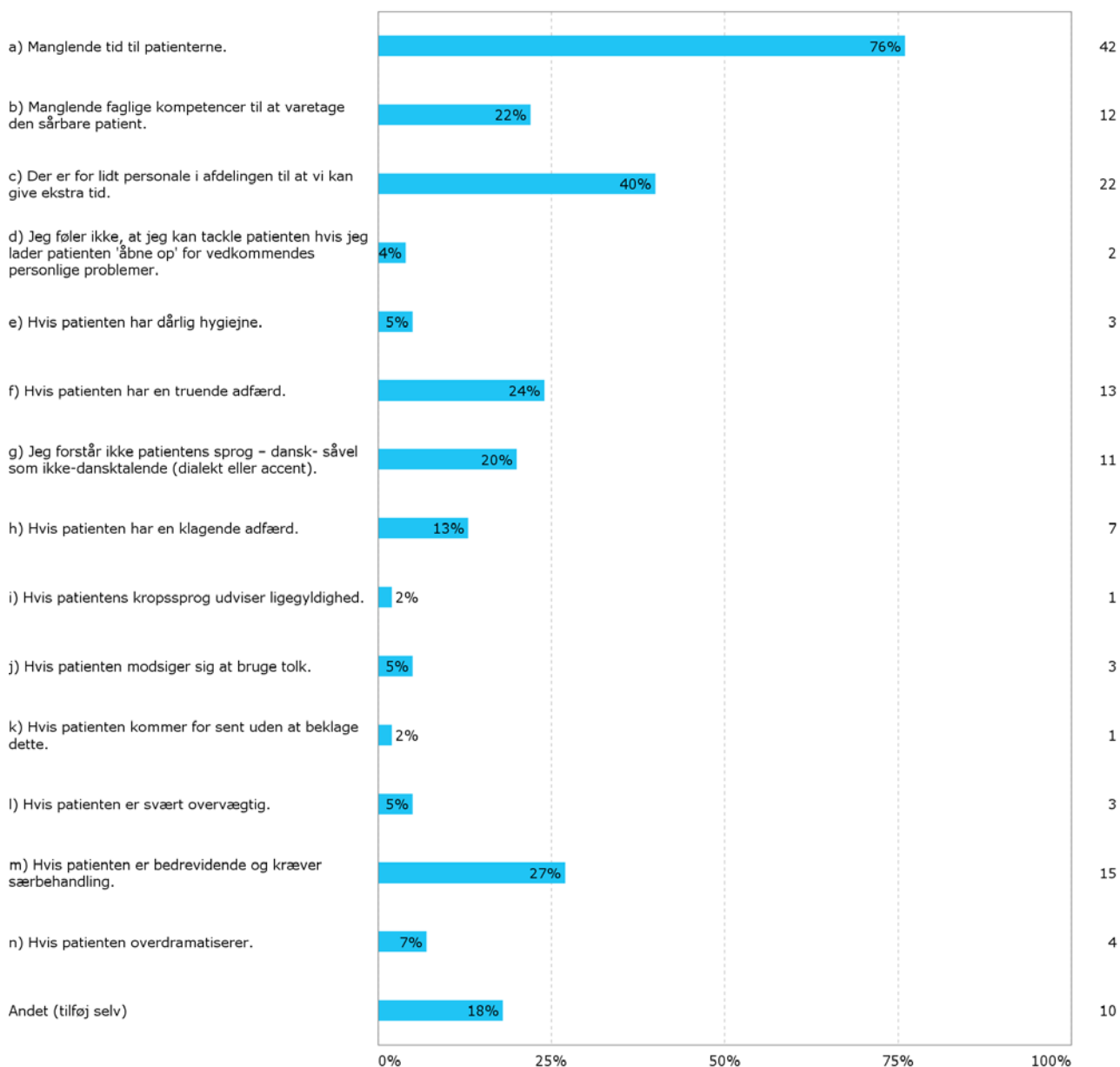
### **Fremover vil jeg sætte fokus på følgende:**

- italesætte hvordan de sårbare påvirker os, og hvordan vi selv medvirker til denne påvirkning
- Sårbarhed - hvordan håndtere vi det
- bruge tiden bedre indenfor de rammer vi har
- Bibeholde min overordnede holdning til, at hver pt. er unik, og være åben overfor dette til kollegaer, som af og til sætter nogen i en bestemt bås.
- Rummelighed overfor forskelligheder
- Den sårbare målgruppe som misbruger, den sårbare pt. som mangler viden - eller møder for meget personale, og derfor kan føle sig sårbar..
- større fokus på at identificere
- Hvad er sårbarhed, mere fokus på patient og pårørendes behov og at alle patienter er sårbare med mødet med sundhedsvæsenet. Nogen mere end andre! Prøve at være bevidst om at få alle patienter med ikke kun det "lette/ kvikke patient"
- uvidst
- Være mere opmærksom på, at være imødekommende og hjælpsom overfor alle patienter.
- Kontaktspl., og helst også kontaktlæge, hvis de kan/vil.
- italesætte sårbarhed som noget vi skal være mere obs på hos alle "typer" patienter.
- At rumme patienter og pårørende, og være obs. på at der bliver spurgt mere ind til patienternes behov og ønsker for konsultationen
- Tale åbent om denne patientgruppe som har særlige behov - og som er spændende (men også udfordrende) at arbejde med
- Afsættes mere tid af
- have meget focus på modtagelsen
- have fokus på hvem er det i min afdeling der er sårbar, og sætte ord på det i forhold til mine kolleger så det bliver mere tydeligt hvad og hvordan vi skal gøre
- når den sårbare pt. kommer alene i afd. kunne man godt ønske sig pt. får en fast tilknyttet person man kan booke til at hjælpe pt. Jeg har haft to meget unge kvinder som patienter, der kom helt alene, begge havde været i landet i kort tid
- Jeg har intet at tilføje, da jeg ikke har så meget kontakt til patienterne.
- vi arbejder med afd [XX] om at give de bedste forløb for patienterne. det er en sårbar gruppe og vi er startet med at lave forskellige undersøgelser; i patientens fodspor, interview med ledelse, samarbejdstilfredshedsundersøgelse rettet mod afd. [XX] læger...
- også ikke etniske sårbare pt.
- ønsket om mere tid til de pt'er der har behov for det
- Skærpe opmærksomheden omkring den - potentiel- sårbare patient.
- Øget opmærksomhed omkring - potentiel - sårbare patienter.
- Hvordan vi taler OM patienterne
- Jeg vil holde fast i at tid skal prioriteres til denne patientgruppe
- at vi får talt om de udfordrende patienter som kan fylde meget i afdelingen. finde ind til hvem patienten er.
- Være opmærksom på hvor vigtigt det er at sætte tid af til de stille patienter
- Koncentrer mig om færre og give dem, det bedste og ikke have dårlig samvittighed fordi jeg ikke nåede alle dem, som var min plan.
- Forsøge at ændre min tilgang til de sårbare patienter og forsøge at være "langsom" i en travl hverdag.
- Italesætte den sårbare patient
- Det samme som jeg allerede gør
- være mere opmærksom på hvordan pt ser os
- ved ikke
- Kommunikation og åbenhed

### Kropssprog

- *Positiv indstilling selv om der er sygdom og for mange pt. med store behov.*
- *At vi bliver bedre til at have fokus på mennesket i stedet for patienten*
- *Identificere hvem de sårbare patienter er.*
- *"problempatienten"*

### Hyppigst oplevede barrierer



### Tilføjelser til ovenstående under "Andet":

- *Standarder og kvalitetskrav, som hæmmer individualiteten*
- *Vores patient forløb er meget komprimeret og mødet med patienten er kortvarigt. Hvordan får vi videre givet den enkeltes problematikker således at nogen følger op på patientens /sygeplejersken forebyggende fremadrettet pleje og udgangspunktet er patientens behov og ikke egne behov for at videre give samme info til at alle patienter*

- *Har ingen direkte/meget lidt patientkontakt, men oplægget var spændede og relevant viden*
- *Elendige fysiske rammer, hvor man ikke engang har et rum at samtale med pt. i.*
- *viden om hvem man kan trække på og hvordan man bedst hjælper den enkelte, samarbejde og kommunikation på tværs*
- *det kan give problemer når kolleger i den bedste mening yder "tolkebistand" til patienter at der er manglende kontinuitet. At det mest er tilfældigt hvem der tager sig af hvilke patienter.*
- *jeg kommer ofte i etisk konflikt mellem patientens selvbestemmelsesret og hvad jeg mener patienten har brug for - i situationer hvor jeg mistænker at patienten ikke har kompetence (f.eks. demens/psykisk sygdom) til at varetage egne interesser.*
- *hvis patienten ikke er interesseret i at indlede en samtale*
- *Jeg kunne bruge mere tid, jeg ser alle pt. Har brug for mere tid...*