

Arbejdet med sårbare patienter og perspektiver på social ulighed i almen praksis

En fokusgruppeundersøgelse med alment praktiserende læger i København, Odense og Århus

Laura Glahder Lindberg
Thorkil Thorsen
Susanne Reventlow

Januar 2011



Titel: Arbejdet med sårbare patienter og perspektiver på social ulighed i almen praksis.
En fokusgruppeundersøgelse med alment praktiserende læger i København, Odense og Århus

© Forskningsenheden for Almen Praksis i København 2011. Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Versionsdato: (februar 2011)

URL: <http://www.sst.dk>

ISBN: 978-87-90503-10-4

Forfattergruppe: Cand.scient.san.publ. Laura Glahder Lindberg, kultursociolog, fil.dr. Thorkil Thorsen og praktiserende læge, dr.med. Susanne Reventlow. Forskningsenheden for Almen Praksis i København og Afdeling for Almen Medicin, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet

Sundhedsstyrelsen har bidraget med økonomisk støtte til undersøgelsen.

Format: pdf

Forord

Ulighed i sundhed er en stor udfordring for sundhedsvæsenet, og Sundhedsstyrelsen har et særligt fokus på forhold, der kan mindske den sociale ulighed i sundhed.

Social ulighed i sundhed er betinget af en række forhold uden for sundhedssektoren, men sundhedssektoren har et ansvar for at sikre tilgængelighed og behandling for alle, og kan derigennem bidrage aktivt til at mindske den sociale ulighed i sundhed.

Den praktiserende læge er med sin tætte kontakt til befolkningen og som gatekeeper til det øvrige sundhedsvæsen en vigtig aktør i arbejdet med at dæmme op for uligheden i sundhed.

Kortlægning af de praktiserende lægers opfattelse og forståelse af ulighed i sundhed er et væsentligt første skridt i dette arbejde, ligesom opmærksomhed på lægernes opfattelse af handlemuligheder inden for almen praksis' rammer.

Sundhedsstyrelsen har som et bidrag til at belyse denne problemstilling fået Forskningsenheden for Almen Praksis i København til at foretage en kortlægning af lægernes opfattelser af ”den sårbare patient”, herunder faktorer, der kan bidrage til udvikling af sårbarhed samt lægernes erfaringer i arbejdet med patientgruppen.

Sundhedsstyrelsen håber, at rapporten kan inspirere og anspore til en videre udvikling af arbejdet med social ulighed og sårbare patienter i almen praksis og også til arbejdet med at sikre det sammenhængende patientforløb på tværs af sektorer.

En stor tak til de forskere, som har udarbejdet rapporten samt konsulenter og andre, der har bidraget med sparring til projekts udformning og afrapportering.

Sundhedsstyrelsen
Februar 2011

Annemarie Knigge
Konstitueret centerchef
Center for Forebyggelse

1. Indledning	5
1.1 Formål.....	5
Forskningsspørgsmål.....	6
1.2 Projektgruppe.....	6
2. Materiale og metode	7
3. Begrebsafklaring.....	10
4. Resultater	12
4.1 Karakteristik af sårbare patienter	12
Sårbarhed og socialgruppe	12
Sårbarhed og socialt netværk.....	13
Sårbarhed, samfund og systemer.....	13
Sårbarhed og anden etnisk baggrund end dansk	14
Sårbarhed og diagnoser	15
Delkonklusion	16
4.2 Den praktiserende læges arbejde med sårbare patienter	18
Tid og kommunikation i mødet med sårbare patienter	18
Henvisning og behandling.....	19
Anderledes tilgang til patienter med anden etnisk baggrund.....	20
Udeblivelser og opsøgende arbejde	20
Organisering af almen praksis.....	21
Almen praksis og samarbejdet med andre aktører	22
Den praktiserende læges rolle	23
Delkonklusion	24
4.3 Erfaringer med håndtering af sårbare patienter i almen praksis	26
Konsultation.....	26
Dobbelttid	27
Henvisningsmuligheder, hotlines og samarbejde	27
Forløbsprogram for sårbare patienter	28
Forebyggelse.....	29
Ideer	30
Delkonklusion	31
5 Konklusion	32
6 Perspektivering	34
Validering af undersøgelsesresultater	34
Diskussion og perspektiver	35
Behov for mere viden.....	37

1. Indledning

1.1 Formål

Adskillige undersøgelser har påvist, at dårlige sociale og økonomiske forhold påvirker menneskers helbred negativt. Social ulighed i sundhed kommer ikke alene til udtryk ved, at de dårligst stillede har en langt højere sygelighed og dødelighed end de bedst stillede. Der ses også en klar social gradient i sundhed, som betyder, at sygelighed og dødelighed stiger for hvert skridt, man bevæger sig ned ad den sociale rangstige¹.

Formålet med denne undersøgelse er at generere viden om alment praktiserende lægers forståelse af og erfaringer med social ulighed i almen praksis. Med tre fokusgruppeinterviews har vi afsøgt, hvorvidt og hvordan danske praktiserende læger oplever, at social ulighed kommer til udtryk hos deres patienter. Hvilke implikationer har social ulighed for lægens arbejde og for den enkelte patient?

Praktiserende læger arbejder i dagligdagen med den enkelte patient. Derfor mente vi, at det i en almen praksis kontekst var mere oplagt at tale om de individuelle betydninger af social ulighed hos patienten, frem for at anskue fænomenet i et epidemiologisk og samfundsmæssigt perspektiv. I fokusgruppeinterviewene fokuserede vi derfor på, om lægerne oplever, at nogle patienter eller kategorier af patienter hyppigere end andre har en bestemt sygdom, eller er kendetegnet ved en ringe sundhedsadfærd og dårlig håndtering af sygdom. Og om lægerne i så fald oplevede, at dette hang sammen med eller var akkumuleret i særlige socialgrupper. Som arbejdsbegreb har vi anvendt betegnelsen ”sårbarhed”. Vi anså dette begreb som egnet til at udtrykke ulighed i både sociale og sygdomsmæssige sammenhænge på individniveau. I valget af begrebet lægger vi os op ad følgende definition på ”sårbare patienter”:

- *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.*
- *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 egenomsorg².*

¹ Wilkinson & Marmot (red.). Social determinants of health: The solid facts. WHO 2003: 10.

² Sundhedsstyrelsen. Forløbsprogrammer for kronisk sygdom – Generisk model og Forløbsprogram for diabetes. 2008: 23

Forskningsspørgsmål

Fokusgruppeundersøgelsen og rapportens struktur tager afsæt i nedenstående fire forskningsspørgsmål.

1. Hvilket begreb mener de praktiserende læger bedst dækker den heterogene gruppe af patienter, som er berørt af social ulighed / social gradient / social udsathed / sårbarhed etc.?
2. Hvordan karakteriserer praktiserende læger ”sårbare patienter”, og hvordan kommer ”sårbarheden” til udtryk hos den enkelte patient?
3. Hvilke implikationer oplever de praktiserende læger, at ”sårbarhed” har for mødet mellem almen praksis og ”den sårbare patient”?
4. Hvilke erfaringer har de praktiserende læger med at minimere konsekvenser af ”sårbarhed” samt med at styrke arbejdet med ”sårbare patienter” i almen praksis?

1.2 Projektgruppe

Nærværende undersøgelse og rapport om sårbare patienter i almen praksis er udviklet i samarbejde med en række øvrige forskere, som alle har interesse for arbejdet med sårbarhed, social ulighed og almen praksis.

Projektet igennem har forfatterne haft tæt samarbejde med en forskningsgruppe nedsat af Forskningsenheden for Almen Praksis i København, bestående af forskningsassistent, sociolog Jacob Hornnes, postdoc, praktiserende læge, ph.d. Kirsten Lykke samt forskningslektor, praktiserende læge, ph.d. Frans Boch Waldorff.

Endvidere har sociolog og projektleder fra DSI, Marie Brandhøj Wiuff, fungeret som ekstern sparringspartner på projektet og har kommenteret den færdige rapport. Seniorforsker, praktiserende læge, dr.med. Lotte Hvas og seniorforsker, praktiserende læge, ph.d. Lise Dyhr har læst og kommenteret udkast til rapporten, mens sekretær Katalin Alexa Király Broholm har varetaget korrekturlæsning og sprogredigering.

2. Materiale og metode

Undersøgelsens tre fokusgrupper blev gennemført i byerne København, Odense og Århus, idet vi ønskede at afdække problemstillinger med sårbare patienter i almen praksis i en bred geografisk kontekst. Herudover fandt vi det væsentligt, at flest muligt forskellige typer praktiserende læger blev repræsenteret ved fokusgrupperne.

Vi sikrede derfor, at der ved udvælgelsen af informanter til alle tre fokusgrupper var spredning på parametrene: *praksistype, praksisbeliggenhed, lægens køn, alder og anciennitet i praksis* (Tabel 2.1). Størstedelen af de udvalgte informanter havde praksis i eller i umiddelbar nærhed af de større byer, hvor interviewene blev gennemført. Dog tilstræbte vi også at rekruttere læger fra mindre byer og landområder i en rimelig kørselsafstand fra interviewstedet. Vi rekrutterede ikke direkte informanter fra såkaldte udkantsområder eller fra særligt socialt belastede områder. Dette fravalg begrundes med to ønsker: Dels et ønske om at eksplorere social gradient og ”sårbarhed” bredt over socialgruppespektret, hvorfor vi fandt det nødvendigt at tale med praktiserende læger med alle sociale lag repræsenteret i deres patientpopulationer. Dels et ønske om at gennemføre en undersøgelse, som var relevant for og kunne genkendes af flest mulige praktiserende læger i Danmark, og ikke kun af dem, som har nedsat sig i tungt socialt belastede områder.

Til hver fokusgruppe udvalgte vi på Sundhed.dk mellem 30 og 40 praktiserende læger, som fordelte sig bredt i forhold til ovenstående fem parametre. Lægerne fik tilsendt en fokusgruppeinvitation med posten, hvorefter vi ringede alle op for at indhente interessetilkendegivelser. Grundet sommerferie var rekrutteringen vanskelig, trods overvejende positive tilmeldinger og interesse for temaet. Det kan ikke udelukkes, at de læger, som deltog, havde en særlig stærk interesse for emnet, siden de tog sig tid til at deltage trods travlhed efter ferie eller med dækning af ferierende kollegers patienter. Herudover betød ferie og familieforhold, at det var vanskeligt for nynedsatte, helt unge, praktiserende læger at deltage. Hvis en anderledes forståelse af arbejdet med ”sårbare patienter” er fremherskende blandt yngre almenmedicinere, er dette perspektiv altså ikke repræsenteret i vores resultater.

Fokusgrupperne fandt sted i perioden fra den 12. til den 26. august 2010. Grundet sene afbud bestod fokusgrupperne i København og Århus hver af kun fem informanter, hvilket dog ikke forhindrede en nuanceret diskussion og erfaringsudveksling. I Odense deltog otte praktiserende læger i interviewet. Nedenstående tabel giver et overblik over de deltagende læger.

Tabel 2.1. Oversigt over deltagende læger

#	Køn	Alder	Anciennitet	Praksistype	Praksisbeliggenhed
1	Kvinde	43	5	Kompagniskab	Storby
2	Kvinde	47	12	Kompagniskab	Landsby
3	Kvinde	53	17	Kompagniskab	Storby
4	Kvinde	54	10	Samarbejdspraksis	Forstad
5	Kvinde	56	15	Samarbejdspraksis	Forstad
6	Kvinde	56	30	Solo	Storby
7	Kvinde	56	17	Kompagniskab	Mindre by
8	Kvinde	61	27	Solo	Storby
9	Kvinde	67	30	Samarbejdspraksis	Forstad
10	Mand	48	12	Kompagniskab	Storby
11	Mand	52	15	Kompagniskab	Mindre by
12	Mand	56	16	Solo	Forstad
13	Mand	59	24	Solo	Storby
14	Mand	60	21	Solo	Storby
15	Mand	61	9	Solo	Forstad
16	Mand	61	22	Solo	Landsby
17	Mand	64	29	Kompagniskab	Større by
18	Mand	65	35	Solo	Mindre by

Interviewsessionerne varede 2½ time hver og blev afholdt i uformelle rammer på Forskningsenhederne for Almen Praksis i København, Odense og Århus. Ved en indledende præsentationsrunde gav informanterne en kort beskrivelse af deres klientel i praksis. Alle havde dét, de ville betegne som ”sårbare patienter” i deres praksis, og alle havde patienter med anden etnisk baggrund end dansk. Ingen mente at have mange tunge patienter eller et decideret belastet klientel.

Interviewene blev, med samtykke fra deltagerne, optaget på bånd og transskriberet i deres fulde længde. Analysen af interviewene fulgte forskrifterne for metoden om Meningskondensering³. Ved gennemlæsning og kodning af tekststykker fra interviewudskrifterne identificerede vi i alt 82 tekstkoder i det samlede datamateriale. En tværgående sammenligning af disse tekstsære koder tydeliggjorde, at flere koder havde overlappende betydninger og gik igen i flere fokusgrupper. Vi foretog en kondensering af alle fundne koder, hvorved der fremkom 18 bredere kategorier.

De 18 kategorier blev sammenholdt og relateret til hinanden, hvorved det gav mening at gruppere kategorierne i følgende tre overordnede temaer:

- 1) *Karakteristik af sårbare patienter*
- 2) *Den praktiserende læges arbejde med sårbare patienter*
- 3) *Erfaringer med håndtering af sårbare i almen praksis*

³ Kvale S. InterView. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview. Hans Reitzels Forlag 1997: 192

I afsnit 3 vil vi først foretage en begrebsafklaring. Afsnit 4 beskriver analysens resultater. Afsnittet er delt i tre underafsnit, som hver behandler et af de tre overordnede temaer.

3. Begrebsafklaring

Før vi beskriver analysens resultater vil vi her kort præsentere de begreber, som var i spil i de tre fokusgrupper, samt nogle refleksioner over det endelige valg af begrebet *sårbare patienter*. Hermed besvares også det første forskningsspørgsmål: *Hvilket begreb mener de praktiserende læger bedst dækker den heterogene gruppe af patienter, som er belastet af social ulighed / social gradient / social udsathed / sårbarhed etc.?*

I samtlige fokusgrupper bad vi lægerne beskrive forskellige billeder af patienter, de oplevede som berørt af social ulighed i sundhed. Gennem interviewsamtalerne indkredsede vi de forskellige patientkategorier uden at lægge os fast på et bestemt begreb for ikke at styre samtalen i en misvisende retning. Undervejs noterede vi os informanternes egne betegnelser for patientgruppen. Afslutningsvis bad vi deltagerne kommentere på og vælge det begreb, som de fandt mest velegnet og dækkende i sin beskrivelse af de omtalte patienter.

Vi præsenterede informanterne for deres egne anvendte begreber og dem, som hyppigst anvendes i litteraturen. Følgende betegnelser blev bragt i anvendelse undervejs i fokusgrupperne:

Belastede, besværlige, dårligt stillede, indsatskrævende, marginaliserede, ressourcetsvage, skrøbelige, svage, sårbare, (socialt) udsatte og tunge patienter, samt patienter med ringe egenomsorgsevne.

I alle tre fokusgrupper var der enighed om, at *sårbare patienter* var det mest fyldestgørende og dækkende begreb for den målgruppe, som nærværende projekt omhandler.

Det var desuden en gennemgående opfattelse i fokusgrupperne, at sårbarhed kan findes i alle sociale lag, og at begrebet er passende, uanset hvem der kategoriserer, og hvem der kategoriseres.

Jeg sammenligner det lidt med de der pakkeforsendelser, hvor der står "fragile" på. Det kan være kostbarheder, det kan være værdifulde ting og sager - det kan også være noget skrammel - men det er sådan set ligegyldigt. Det er bare noget, der let kan gå i stykker, hvis ikke man gør det rigtige. [Sårbarhed] dækker det hele fantastisk godt, fordi det er ligegyldigt, hvem der skubber til pakken, eller hvad der sker for den persons vedkommende. Hvis vedkommende let går i stykker, så er vedkommende sårbar, uanset om vedkommende er tilfreds eller ej. Og det er derfor, jeg synes, det er så godt et begreb. Det er meget omfattende, det her begreb.

Trods den brede forståelse af sårbarhedsbegrebet, som illustreres i ovenstående citat, var informanterne enige om, at sårbarhed var hyppigst repræsenteret i lave socialgrupper. Her oplevede lægerne, at deres

patienter var berørt af mange interagerende problemstillinger, hvilket gør patienterne sårbare på en anderledes måde, både personligt og i forhold til den hjælp, de kan få fra samfundet og sundhedsvæsenet.

Hvis jeg kigger på mine sårbare, så har de næsten altid et socialt problem ved siden af [deres sygdom]. Det kan være økonomi, tid, transport - altså at de ikke har nogen til at hente og bringe sig - og så videre... Det gør, at de ikke får fulgt op på deres helbredsmæssige ting altid. Det bliver nogle gange sådan, at man bliver helt forpustet, når man har haft dem, fordi man lige pludselig skulle nå det hele. Nogle gange tror jeg heller ikke, at vi som læger nødvendigvis ved, hvordan deres sociale problematik er, fordi en KOL-patient, der vælter, overhovedet ikke har været til sine kontroller og måske ikke har haft råd til sin medicin og sådan nogle ting. Så bliver det meget akut, og så aftaler man måske en tid til opfølgning, men der har de ikke mulighed for eller ressourcer til at dukke op.

Sårbarhed har, som det kan læses af citatet, en betydning for patienten selv, for læge-patientforholdet og for lægens daglige kliniske arbejde. Vi vurderer, at sårbarhed er en bred betegnelse, der vækker genkendelse hos og har relevans for den alment praktiserende læge. Herudover er sårbarhed et fænomen, som kan optræde hos personer i alle sociale lag. Dog ses en ophobning af risikofaktorer for sårbarhed og dermed en højere grad af sårbarhed i lave sociale lag. Vi mener derfor, at sårbarhedsbegrebet egner sig godt til en individorienteret diskussion om social ulighed i sundhed, idet sårbarhed knytter sig til det enkelte menneske, men samtidig kan afspejle en social og sygdomsrelateret belastning.

I øvrigt blev ingen af de andre begreber, som lægerne selv brugte, eller som de blev præsenteret for, opfattet som dækkende for den patientgruppe, som fokusgruppediskussionerne omhandlede. På baggrund af dette samt ovenstående argumenter anvendes betegnelserne *sårbarhed* og *sårbare patienter* konsekvent fremover i denne undersøgelse.

4. Resultater

I det følgende bliver hvert af analysens tre temaer præsenteret i afsnit for sig med underafsnit svarende til de kategorier, temaet udgøres af. Hvert afsnit behandler samtidig hvert sit forskningsspørgsmål.

4.1 Karakteristik af sårbare patienter

Med dette tema vil vi søge svar på vores andet forskningsspørgsmål: *Hvordan karakteriserer praktiserende læger "sårbare patienter", og hvordan kommer "sårbarheden" til udtryk hos den enkelte patient?* Lægerne drøftede, om sårbarhed skal defineres ud fra en diagnose, patientens kognitive og sociale kompetencer, de socioøkonomiske omstændigheder, en kombination af disse eller noget helt andet? I dette tema berørte lægerne også de problemer, som sårbarhed kan medføre for den enkelte patient og for dennes egenomsorg og helbredshåndtering.

Sårbarhed og socialgruppe

Der var grundlæggende enighed i fokusgrupperne om, at der findes sårbare patienter i alle sociale lag. Dog vil patienter med samme sygdom generelt klare sig forskelligt afhængigt af deres sociale forhold. De mere ressourcestærke patienter fra en høj socialgruppe vil ikke nødvendigvis have en bedre egenomsorgsevne generelt. Men når og hvis de erkender, at de har et helbredsproblem, oplever lægerne, at de på en anderledes måde evner at henvende sig de rette steder og sætte målrettet ind over for problemet.

I fokusgruppediskussionerne frembragte begrebet *sårbare patienter* flest billeder på lægernes nethinder af personer, som ved siden af deres sygdom har et socialt problem. Ifølge lægerne vil der ofte forekomme interaktioner mellem det at være socioøkonomisk belastet og det at have en sygdom. De to belastninger kan forstærke hinandens effekter. Eksempelvis får sårbare patienter på grund af svage ressourcer ikke fulgt op på deres sygdom, hvilket forværrer tilstanden.

Generelt blev der i fokusgrupperne talt om et bredt kontinuum af problemstillinger i forhold til sårbarhed og patienter, som var socialt belastede. Ved en drøftelse af, hvorvidt der findes flere sårbare patienter i lave socialgrupper, inddrog flere af lægerne erfaringer fra deres rolle som vagtlæger. Her

oplevede lægerne, at borgere i belastede boligområder havde færre ressourcer til at håndtere eksempelvis almindelige infektionssygdomme i nattetimerne. Samme mønster blev set for socialt belastede i konsultationstiden i praksis. Lægerne oplevede generelt, at sårbarhed kunne komme til udtryk ved, at både helt banale symptomer og modsat meget alvorlige symptomer, kunne mistolkes. Lægerne havde eksempler på, at sårbare ofte overser eller kommer for sent til lægen med temmeligt alvorlige helbredsproblemer og forværringer af kroniske tilstande.

Sårbarhed og socialt netværk

Blandt de interviewede læger var der enighed om, at patienter, som står meget alene og dermed er *"lette at vælte"* i en social, sundhedsmæssig eller arbejdsmæssig sammenhæng, er sårbare. Et begrænset, skrøbeligt eller belastende socialt netværk blev betegnet som en meget væsentlig dimension i ringe sygdomshåndtering.

Uanset socialgruppe forbandt flere af lægerne dét at være enlig mor med sårbarhed, grundet pres på tid og økonomi og vanskeligheder ved at få hverdagen til at hænge sammen. I de lavere sociale lag fornemmede lægerne, at enlige mødre ofte havde et lavt intelligens- og uddannelsesniveau og var dårligt stillede i forhold til muligheder for transport og muligheder for at få velegnet bolig og arbejde.

Når lægerne talte om sårbare *"solister"*, inkluderede dette også en særlig gruppe af enlige mænd med dårlig egenomsorg, et manglende netværk og en position uden for arbejdsmarkedet. Lægerne fornemmede, at disse mænd kan trækkes med helbredsproblemer, misbrug eller generel dårlig trivsel i lang tid, uden at de søger læge, hvorfor praktiserende læger står uden mulighed for at erkende og afhjælpe deres problemer.

Sårbarhed, samfund og systemer

Et tilbagevendende diskussionspunkt i fokusgrupperne var sårbarhed i relation til det danske samfund og samfundets systemer. Personer, som står uden for det etablerede arbejdsmarked, er ofte sårbare. Har man ingen uddannelse eller arbejde, eller er man sygemeldt eller langtidsledig, på overførselsindkomst eller anden social ydelse, er man, ifølge informanterne, per definition sårbar. Således kan social ulighed i sig selv være årsag til sårbarhed.

Lægerne mente, at kontanthjælpsmodtagere og arbejdsløse bliver tiltagende marginaliserede i samfundet. Selvom de som regel er bevidste om, hvad der skal til for at ændre situationen, ender de som sårbare patienter, fordi de ikke magter at tage vare på sig selv. Visse personer, som har få kognitive og uddannelsesmæssige kompetencer, kan ifølge lægerne have en dårlig kropsfornemmelse. De kan have svært ved at tolke symptomer på sygdom eller have en ringe egenomsorg. Ofte oplevede lægerne, at manglende uddannelse er tæt forbundet med en lav viden om helbred og sundhed eller en manglende evne og vilje til at omstille og forandre sig selv.

Lægerne beskrev, hvordan man også kan være sårbar i forhold til det offentlige på en måde, hvor man har vanskeligt ved at navigere i samfundets systemer. Mange, som i forvejen er sårbare, er i risiko for at blive tiltagende sårbare og marginaliserede, fordi de ikke har de fornødne kognitive, uddannelsesmæssige eller sociale kompetencer til at forstå det moderne informationssamfunds indretning. Der blev særligt talt om, at personer, som ikke har adgang til eller er vant til brug af internettet, bliver hægtet af i takt med samfundets teknologiske udvikling.

Man skal være enormt klog for at leve i det [samfundet]. Bare for at skifte adresse; man kan ikke gøre det over telefonen, nu skal man på nettet. Og der er mange mennesker, der overhovedet ikke er på nettet og faktisk heller ikke ved, hvordan de bruger en computer. Så hvis man ikke ved dét, er man allerede faldet af, fordi der er rigtig mange ting, man ikke kan.

Lægerne oplevede, at de sårbare kan have svært ved at rette henvendelse til de relevante instanser med deres problemstillinger. Således bliver den praktiserende læge ofte anvendt som den primære indgangsport til systemerne i situationer, hvor patienten ikke selv er afklaret med, hvorvidt der er tale om et helbredsmæssigt eller et socialt problem.

Sårbarhed og anden etnisk baggrund end dansk

Samtlige informanter havde patienter med etnisk minoritetsbaggrund tilknyttet deres praksis, og der var enighed om, at disse patienter som udgangspunkt kan udgøre en sårbar gruppe. Risikoen for sårbarhed blev forklaret med vanskeligheder i forhold til sprog, integration, arbejdsmarked og sociale muligheder. Også traumatiske oplevelser i oprindelseslandet samt problemer med børnenes trivsel og tilpasning i samfundet blev nævnt som faktorer, der kan forårsage og forstærke sårbarhed blandt etniske minoriteter.

Særligt kvinder med anden etnisk baggrund, blev omtalt som en sårbar gruppe. De har ofte en lav eller ingen uddannelse, de går hjemme og er således afsondrede fra det omgivende samfund og muligheder for integration. Lægerne havde kendskab til kvinder, som var økonomisk afhængige af deres ægtefæller og havde lav grad af medbestemmelse over eget liv, prævention og familieplanlægning. Ved præventionsanliggender havde flere læger ofte svært ved at undgå ægtemandens deltagelse under konsultationen.

Trods lægernes enighed om, at der findes mange indsatskrævende patienter med anden etnisk baggrund end dansk, understregede de, at sårbare patienter kun udgør en lille procentdel af den samlede population med anden etnisk baggrund. Ingen af lægerne ønskede at undvære deres patienter med etnisk minoritetsbaggrund og associerede langt overvejende gruppen med succeshistorier, særligt i anden og tredje generation. Informanterne blev enige om, at man bør være varsom med at betegne patienter med anden etnisk baggrund end dansk som en problemgruppe generelt.

Sårbarhed og diagnoser

Et konkret udgangspunkt for den praktiserende læges arbejde og patientens typiske indgang til lægen er diagnosen. Hvorvidt diagnosen kan anvendes som redskab til at identificere sårbare patienter, når de møder op i almen praksis, var der i fokusgrupperne delte meninger om. Man kan opleve to patienter, som har samme diagnose, men som håndterer sygdommen og livet med denne sygdom vidt forskelligt. Således var deltagernes konklusion, at diagnosen ikke er en tilstrækkelig faktor til at forklare og karakterisere sårbarhed. Alligevel vil helbredsproblemer og konkrete diagnoser ofte være en fast bestanddel af det samlede sårbarhedskompleks. Nedenfor gennemgås kort de lidelser, informanterne gentagne gange satte i forbindelse med sårbarhedsbegrebet.

Flere af de interviewede læger nævnte, at *type 2-diabetikere*, *KOL-patienter* og andre *kronisk syge* patienter med manglende egenomsorg kan være en sårbar gruppe. Ofte oplevede informanterne, at disse patienter kom for sent til den praktiserende læge med symptomer på forværring af deres sygdomme. Skrøbelige *ældre* eller *demente*, blev karakteriseret som sårbare personer, der kræver særlige hensyn og omsorg.

Patienter med psykiske og psykiatriske lidelser blev i alle tre fokusgrupper fremhævet som særligt disponerende for eller forbundne med sårbarhed. Alle læger havde erfaringer med sårbare patienter, der lider af kliniske *depressioner*. Depressive patienter var bredt repræsenteret i praksis og blev opfattet som

jævnt fordelt over socialgruppespektret. Lægerne havde en vis erfaring med *skizofrene* og andre tungere sindslidende patienter, som præsenterer sig i almen praksis med somatiske problemstillinger. Generelt hører disse patienter dog hjemme i psykiatrien, hvilket betyder at de ikke fylder meget i den praktiserende læges hverdag, men at der til gengæld heller ikke oparbejdes rutiner eller erfaringer med håndteringen af dem. Lægerne oplevede, at tunge psykiatriske patienter ofte har ringe egenomsorg og vanskeligheder ved at tilpasse sig almen praksis' system med tidsbestilling, telefontid med videre. Inden for børnepsykiatrien associerede lægerne *ADHD* og *Aspergers syndrom* med sårbarhed.

Børn af misbrugere eller af psykisk syge blev nævnt som en mindre, ofte overset, men meget sårbar gruppe. Lægerne opfattede også børn, som er udsat for *fysiske eller psykiske overgreb*, som en ekstremt sårbar gruppe. Informanterne følte, at disse børn kan være vanskelige at identificere, fordi deres symptomer er vage og udefinerbare og ofte formuleres af forældrene.

Alkoholmisbrug blev nævnt som en faktor, der disponerer til eller følger af sårbarhed. Misbrug kan, ifølge lægerne, findes i alle sociale lag og have forskellig karakter i forbindelse hermed. Dog var der enighed blandt lægerne om, at ressourcestærke borgere bedre kan skjule misbruget og derved udsætte eller kontrollere dets følgevirkninger. Derimod får socialt belastede oftere mange problemer som følge af deres misbrug - både socialt og i relation til helbred, bolig og erhverv.

Delkonklusion

Opsamlende om de interviewede lægers karakteristik af sårbare patienter kan det siges, at der på tværs af de tre fokusgrupper var bred enighed om, hvem der var tale om, når vi talte om *sårbare patienter*.

Mange af de samme diagnoser og problemstillinger blev sat i forbindelse med sårbarhed. Behov for støtte fra offentlige myndigheder, svage økonomiske ressourcer, skrøbeligt netværk, vanskeligheder i forhold til arbejdsmarkedet, sprog og kommunikation, samt lav uddannelse og begrænsede kognitive ressourcer, blev af lægerne knyttet til sårbarhedsbegrebet.

Helbredsmæssigt kommer sårbarhed for den enkelte patient til udtryk ved, at personen generelt har tunge helbredsproblemer samtidig med en ringe kropsforståelse og egenomsorg. Problemerne kan være, at de sårbare enten kommer for sent til læge med alvorlige problemer, at de kommer ofte til læge med ukomplicerede problemstillinger, eller at de slet ikke kommer hos den praktiserende læge. Der var enighed om, at de enkelte sociale og sygdomsmæssige elementer af sårbarhed ofte interagerer og forstærker hinandens effekter, hvilket komplicerer problemstillingen for patienten.

Når vi spurgte ind til sammenhæng mellem sårbarhed og socialgruppe, oplevede vi generelt lægerne som tøvende. Informanterne ville ikke entydigt sætte lighedstegn mellem sårbarhed og lav socialgruppe, etnisk minoritetsbaggrund eller bestemte diagnoser. Det blev slået fast, at sårbarhed kan findes i alle sociale lag. Men samtidig var der en klar erkendelse af, at sårbarhed i hyppigere og højere grad findes i ressourcetsvage miljøer samt lavere socialgrupper.

4.2 Den praktiserende læges arbejde med sårbare patienter

I dette afsnit beskrives de temaer, som vedrører rammerne for og indholdet af alment praktiserende lægers arbejde med sårbare patienter. Hvordan oplever praktiserende læger mødet med den sårbare patient? Hvilke udfordringer og muligheder eksisterer inden for rammerne af almen praksis? I dette tema fremhæves interviewmateriale, som kan besvare vores tredje forskningsspørgsmål: *Hvilke implikationer oplever de praktiserende læger, at "sårbarhed" har for mødet mellem almen praksis og "den sårbare patient"?*

Tid og kommunikation i mødet med sårbare patienter

Kommunikation blev gentagne gange pointeret som en altafgørende faktor i arbejdet med sårbare patienter i praksis. De praktiserende læger erfarede, at sårbare patienter i overført betydning "taler et andet sprog", og at der ofte sker misforståelser. Det sås som en prøvelse for lægen at tale de sårbares sprog og forstå de billeder og forestillinger, som formes, når man forklarer om sygdom og sundhed.

Jeg tænker på sådan noget med sproget, der gør, at de [sårbare] nogle gange har en anden kommunikationsform, et andet sprog, end jeg har. Det kan være svært at forklare ting. Nogle gange kommer jeg til at bruge nogle ord, som jeg ikke er sikker på, at de forstår, selvom jeg prøver at sige det på dansk. Jeg tror, jeg har nogle andre billeder af verden, end de har. Og jeg tror, vi misforstår... - eller de forstår ikke altid, hvad jeg mener.

Lægerne brugte som hovedregel mere tid på arbejdet med sårbare patienter end på andre patienter. Flere læger aftalte intuitivt en opfølgende konsultation, fordi de følte, de ikke nåede hvad de skulle, eller ikke var sikre på, at patienten forstod, hvad han skulle gøre og være opmærksom på. Det ekstra tidsforbrug var en naturlig konsekvens af lægernes ønske om at give samme tilbud til alle patienter, uanset baggrund og evner. Lægerne mente, at de med eksempelvis samtaleterapi, motiverende samtaler og opfølgende konsultationer havde gode redskaber til at håndtere mødet med den sårbare patient. Det blev dog påpeget, at det er tidskrævende at sætte sig ind i de sårbare patienters problemstillinger samt at opbygge tillid og fortrolighed, så eventuelle tabuer kan brydes. I den forbindelse blev omsorg fremhævet som en afgørende dimension i arbejdet med sårbare patienter, og lægerne følte behov for en grundlæggende anerkendelse af omsorg som værdi og ydelse i social- som sundhedssektoren.

Grundlæggende oplevede lægerne ikke sårbare patienter som meget belastende i den kliniske hverdag, og ingen havde lyst til at undvære deres sårbare patientklientel. Trods dét, at kommunikation og tidsforbrug var anderledes, anså informanterne arbejdet med ressourcesvage patienter som en relevant og meningsfuld udfordring i det daglige lægearbejde.

Henvisning og behandling

Der er tidligere påvist forskelle i henvisningsmønstre, når der stratificeres på socialgruppe. Her fremkommer en social gradient, hvor højere socialgruppe er positivt korreleret med flere henvisninger⁴. Adspurgte om holdning til og forklaring på en sådan tendens, gav lægerne det korte og forsimplede svar, at socialgruppe I og II kræver og får flere henvisninger, end de burde. Informanterne mente, at de dårligere stillede ofte er mere ydmyge og affinder sig med flere helbredsproblemer. Også lægens forventning til patientens problemstilling kan påvirke tilbøjeligheden til at henvise.

Vores måde at håndtere medmennesker på, hænger også sammen med vores forventning om, hvad vi møder. Jeg tror, hvis jeg skal selvransage, så accepterer jeg nok mere, at hende narkomanen... Hun accepterer mere, at hendes knæ er lidt rødt og hævet, end en anden ville gøre. Det tænker jeg nok indirekte. Jeg tror, at den forventning om, hvad modtageren forstår og vil have, også betyder noget for vores adfærd. Jeg tager lidt af ansvaret på mig, for at de ikke bliver henvist så meget, må jeg sige. I en travl hverdag er det dem, der råber højest, der måske også bliver hørt mest.

Lægerne oplevede, at de sårbare ikke på samme måde kan argumentere for, hvorfor en behandling er vigtig for dem. Og det har betydning for deres behandling i sundhedsvæsenet. Vi spurgte lægerne, hvorvidt de behandlede deres patienter forskelligt afhængigt af socialgruppe. Alle tilkendegav, at de grundlæggende bestræbte sig på at tilbyde samme ydelse til alle patienter – høj som lav. Dog erkendte lægerne, at der ofte vil være en forskel i tilgangen til sygdomshåndtering samt behandlings- og præparatvalg, og at lægen vil have en anderledes forventning til, om en given behandling får et positivt resultat. Ved forløb med ressourcesvage personer vil økonomi, transportmuligheder, kognitive evner og motivation spille ind. Lægerne bestræbte sig på at møde patienterne i dette krydsfelt og justere deres planer og ordinationsmønstre efter, hvad der trods alt kan lade sig gøre. Der kan dog være tale om et kompromis i forhold til den bedst mulige behandling rent lægefagligt.

⁴ Olsen KR et al. Analyse af henvisningsmønstret i dansk almen praksis. Delanalyse 2. En registerundersøgelse. Dansk Sundhedsinstitut. 2008.

Anderledes tilgang til patienter med anden etnisk baggrund

I arbejdet med patienter med anden etnisk baggrund end dansk, havde lægerne oplevet besværligheder ved at forstå kulturelle forhold. Nogle læger skulle lære at håndtere, at denne patientgruppe kan have en mere somatiserende adfærd, og andre havde oplevet at føle sig utilstrækkelige i deres konsultationer og behandlingsplaner for patienter med minoritetsbaggrund, fordi de ikke kunne tolke patientens respons. Ofte følte lægerne, at de mødte en helt anden problematik hos patienter med etnisk minoritetsbaggrund end hos sårbare etnisk danske. Lægerne fornemmede en grundlæggende usikkerhed eller uvidenhed om krop og helbred. De praktiserende læger så en stor opgave i først at forklare, hvad situationen drejer sig om, og derefter hvorfor og hvordan patienten skal handle. Lægerne mente ikke, at deres patienter med etnisk minoritetsbaggrund kendte til konceptet om at motionere for sjov eller for helbredets skyld, hvorfor de måtte arbejde med forebyggelse fra et helt andet udgangspunkt.

Informanterne oplevede, at sproglige barrierer og kommunikationsproblemer gjorde det vanskeligt at gennemføre en tilfredsstillende konsultation eller opnå en fyldestgørende anamnese. Muligheden for tolkebistand blev opfattet som altafgørende for god behandling eller for at gennemføre samtaleterapi med eksempelvis flygtninge- og indvandrerpatienter. Vigtigheden af at fastholde vederlagsfri tolkebistand blev understreget, idet lægerne pointerede, at det netop er dem, som ikke kan tale dansk efter syv år i landet, der er sårbare.

Det jeg er mest bange for omkring den gruppe [patienter med anden etnisk baggrund end dansk], det er jo at vi ikke kan have lov til at tilkalde tolke mere. [...] Så vil de få et dårligt lægearbejde. Det ville være en katastrofe. Så kan man simpelthen ikke yde det rigtige lægearbejde på den patientgruppe – det er fuldstændig umuligt.

Udeblivelser og opsøgende arbejde

I hverdagen i almen praksis oplevede lægerne i stigende grad udeblivelser til kontroller, almindelige konsultationer og børneundersøgelser. Udeblivelserne blev ikke specielt koblet til lav socialgruppe eller sårbarhed. De ses i samme grad hos ressourcestærke og velhavende borgere, som fører et travlt liv. Dog blev udeblivelser blandt sårbare patienter anskuet som mere problematiske i forhold til lægens mulighed for at forebygge sundhedsmæssige konsekvenser af sårbarhed og for at arbejde med livsstilsændringer og egenomsorg over tid.

I fokusgrupperne herskede der nogen tvivl om, i hvilken grad og over for hvilke grupper, der må foretages opsøgende arbejde. Herudover var der uenighed om etik ved og effekt af en proaktiv adfærd.

Lægerne diskuterede, hvorvidt opsøgende arbejde som opringninger, brevindkaldelser og sms-påmindelser ville have potentiale i forhold til fastholdelse af sårbare patienter. En informant påpegede risikoen for, at påmindelser fra den praktiserende læge kan virke afskrækkende og som et alliancebrud i relationen mellem lægen og den sårbare patient. Sårbare personer kan i forvejen være presset af sociale myndigheder og andre instanser, og det kan være en fordel, at lægen opfattes som udenforstående og mere favnende.

Nogle informanter frygtede, at den tiltagende brug af hjemmesider, e-mailkonsultationer, elektronisk tidsbestilling og receptfornyelse hos praktiserende læger vil betyde, at der bliver skåret ned på telefon- og sekretærtid, hvilket vil have sundhedsmæssige konsekvenser for de sårbare patienter og skabe en øget ulighed i adgang til sundhedsvæsenet.

Organisering af almen praksis

Betydningen af almen praksis' organisering for arbejdet med sårbare patienter blev drøftet i fokusgrupperne. Det blev diskuteret, om der var potentiale i at ansætte sygeplejersker og andet praksispersonale til at aflaste lægerne og til at arbejde målrettet med sårbare patienter.

Knap halvdelen af de interviewede læger havde ansat sygeplejersker i deres praksis, men sygeplejerskernes arbejdstid var i forvejen fuldt udnyttet. Der var enighed om, at lægen som en knap ressource skal anvende sin lægefaglige uddannelse til at tage sig af opgaver, der ikke kan varetages andetsteds og af andre faggrupper. Lægerne mente, at man med fordel kunne uddelegere det opsøgende arbejde samt almene, forebyggende opgaver som motiverende kost- og rygestopsamtaler til praksispersonalet. Men ikke alle læger havde lyst til eller mulighed for at ekspandere med personale og plads, og det blev pointeret, at det ikke ubetinget var en hjælp at have ansatte i praksis. Medarbejdere kræver administration og supervision, og i sidste ende har lægen ansvar for praksispersonalets behandling. Herudover stillede visse af informanterne sig i opposition til rollen som totalentreprenør og ”minisygehuse”, der varetager tiltagende flere typer sundhedsfaglige og forebyggende opgaver.

Nogle informanter frygtede, at organisering i kompagniskabspraksis og lægehuse kan få negative konsekvenser for behandlingen af sårbare patienter. I større kompagniskabspraksisser eller lægehuse er der risiko for, at lægen mister følingen med sine patienter og deres besøgsfrekvens. Dog påpegede nogle, at man i kompagniskabspraksisser kan organisere sig på en måde, så patienterne i den udstrækning, det er muligt, knyttes til en fast læge.

Med få undtagelser var der enighed blandt de interviewede læger om, at solopraksis egner sig bedst til mødet med den sårbare patient, fordi der i den konstellation er større sandsynlighed for tryghed og kontinuitet i relationen. Det blev fremhævet, at det ypperste ved at være praktiserende læge er det helt banale. Eksempelvis afhænger en god kontakt mellem læge og patient af, at der er gensidig forståelse mellem de to parter, at patienten føler sig tryk ved lægen, at lægen har fokus på individet, og at kommunikationen mellem parterne fungerer godt. Disse værdier ansås som særligt væsentlige for arbejdet med sårbare patienter.

Almen praksis og samarbejdet med andre aktører

Der var blandt alle deltagere bred enighed om, at hverdagen med de sårbare patienter fordrede et godt samarbejde med øvrige aktører inden for social- og sundhedsvæsenet. Samarbejdet blev til tider oplevet som frustrerende, og informanterne pegede på, at der var behov for en kortere administrativ vej mellem lægen og de øvrige samarbejdspartnere.

I forhold til samarbejdet med sygehusene oplevede lægerne vanskeligheder ved at få oplysninger om indlæggelser, ambulante behandlinger og ændringer i patienternes medicin. De praktiserende læger følte, at de alene sad med et helhedsoverblik og skulle forsøge at tilrettelægge den samlede behandlingsplan, hvilket kan være specielt udfordrende ved sårbare patienters komplekse problemer. Informanterne advarede mod yderligere og komplicerende lag i arbejdet med sårbare patienter og i samarbejdet med andre instanser i social- og sundhedsvæsenet. Funktioner som diseasesmanagere, visitatorer, forløbskoordinatorer, demenskonsulenter med videre blev af nogle opfattet som forstyrrende led, der komplicerede arbejdsgangen og skabte risiko for en uklar ansvarsfordeling.

Lægernes erfaringer fra samarbejdet med kommunale instanser var varierende. Samarbejdet blev i høj grad beskrevet som personafhængigt og afhængigt af kommunens størrelse. Lægerne oplevede en manglende kontinuitet i arbejdet samt manglende tilbagemelding og opfølgning på bestilte ydelser. Forhold, der styrkede samarbejdet om de sårbare patienter, var en formaliseret arbejdsgang og fastlagte årlige møder mellem lægen og kommunerne. I forhold til sårbare patienter blev der peget på vigtigheden af gensidige aftaler om kommunikation og telefonisk kontakt med faste kontaktpersoner i henholdsvis kommune og almen praksis.

Den praktiserende læges rolle

Informanterne vendte gentagne gange tilbage til diskussionen om, hvor grænsen går mellem, hvad den praktiserende læge skal tage sig af, og hvad der bør håndteres af kommunale instanser eller den sekundære og tertiære sundhedssektor. De praktiserende læger kan tage sig af helbredsproblemer og sundhedsmæssige konsekvenser af social ulighed, men informanterne understregede, at de *"ikke kan helbrede det sociale"*. Flere informanter følte, at nærværende projekt havde en skæv indgangsvinkel: Man skal ikke starte hos den praktiserende læge, men et helt andet sted i samfundet, hvis man vil hjælpe de sårbare og forebygge social ulighed i sundhed.

De interviewede deltagere påpegede, at de i deres tid som læger har været vidne til nedskæringer og forsvindende ressourcer i de omgivende offentlige sektorer. Dette sker samtidig med, at der bliver stillet flere krav til almen praksis. Praktiserende læger får rollen som "skraldespand", der skal samle op på stadig flere forhold, som ikke fungerer i andre instanser. En informant udtrykte det således:

Vi har jo været bagstoppere per definition altid. Altså, det som sygehuset ikke tager sig af, eller kommunen ikke tager sig af, eller familien ikke tager sig af, eller hvem det nu end måtte være, jamen der er vi der jo som bagstoppere næsten altid. [...] Det tror jeg er en væsentlig del af vores identitet i den funktion vi har. Men bagstopperopgaven er ikke kun blevet mere omfangsrig, den er også blevet mere træstesløs og fortrivlet. Fordi som årene er gået, der er der ikke den samme respons fra dén, som skulle være medspilleren, nemlig kommunen. Så ressourcerne de er ikke, hvad de var, villigheden er ikke, hvad den var, tilgangen til det, som skulle være de kommunale muligheder, er ikke, hvad den var.

Citatet understreger et gennemgående diskussionspunkt i fokusgrupperne: Hvad er almen praksis' rolle og ansvar? Kan og skal praktiserende læger samle op og overtage tiltagende flere opgaver, ansætte mere praksispersonale, bruge tid på forebyggende samtaler med videre? Spørgsmålet om "den sårbare læge" blev uopfordret og uafhængigt af hinanden rejst i alle tre fokusgrupper. Lægerne beskrev, hvordan de følte, at samarbejdet med omgivende instanser gennem tiden er blevet forringet drastisk, og hvordan de følte sig pressede til at påtage sig flere opgaver og konstant løbe stærkere.

Der er jo utallige burdler [...] Man kan ikke få fat på den person, som egentlig kunne hjælpe, direkte. Det skal gå omkring andre instanser. Det [offentlige system] er blevet et flerleddet uhyre. Og det med, at vi er bagstoppere, der kan man sige, at mange gange er det os, der bliver de resourcesvage - eller i hvert fald de sårbare - i det spil her.

Dét, som primært blev betegnet som problematisk for praksis, var den manglende tid til at påtage sig ansvaret for alle dimensioner i de sårbare patienters komplekse problemstillinger. Lægerne understregede, at de ikke kan det hele på én gang, og at de også gerne vil værne om deres faglighed og rammerne for at kunne møde den enkelte patient og udføre deres arbejde ordentligt. Dette kan kun ske, hvis den praktiserende læges ansvar og arbejdsområde er fast defineret, og hvis samarbejdet udadtil er velfungerende.

Vi skal stadigvæk være gatekeepere. Vi kan ikke tage det hele under vores kæppe, men vi skal kunne spotte, at der måske bliver et problem her, eller kunne se en sårbar patient. Og så have nogle ressourcer vi kan trække på, i kommunen, i hjemmet, ved distriktspsykiatrien, med opfølgende besøg og alle de der samarbejdspartnere. Så vi ved, at de bliver taget hånd om. Men vi kan ikke rumme dem inden for vores praksis.

Særligt i socialt belastede boligområder blev det nævnt, at almen praksis som organisation havde behov for at blive bakket op af et større, velfungerende, offentligt system.

Delkonklusion

I den praktiserende læges arbejde med sårbare var informanterne enige om, at rigelig tid, opmærksom og tilpasset kommunikation samt omsorg var altafgørende faktorer i en god og individualiseret behandling. Lægerne beskrev, hvordan kommunikation, sprog og forventninger ofte ikke var samstemmende hos læge og patient, hvilket kunne have negative konsekvenser for den sårbare patient. Lægerne understregede, at de hele tiden forsøgte at yde lige behandling til forskellige patienter med forskellige ressourcer. Dog måtte de erkende, at mulighederne for, og dermed også effekten af, behandling, ofte per definition var ringere for sårbare patienter. I de situationer måtte lægerne berede sig på at gå til problemstillingen med en anderledes tilgang, ofte være mere opsøgende og proaktive og gå på kompromis med deres lægefaglige standarder. Overordnet opfattede lægerne arbejdet med sårbare patienter som meningsfuldt og følte ikke, at arbejdet var en stor belastning i hverdagen.

I samtlige fokusgrupper var der konsensus omkring, at der var behov for forbedringer i samarbejde og forsimplinger i arbejdsgange ved kontakten med andre aktører i social- og sundhedsvæsenet. Et bredt og videndelende samarbejde blev betragtet som nødvendigt for at kunne sikre sårbare patienter et helhedsorienteret og sammenhængende forløb. Det gælder specielt samarbejdet med de kommunale instanser.

En overordnet diskussion i dette tema gik på den praktiserende læges ansvar. Lægerne satte spørgsmålstegn ved, hvilke opgaver praksis skal og kan varetage i arbejdet med de sårbare, og hvorvidt den praktiserende læge kan blive ved at magte en fortsat eskalerende funktion som bagstopper.

4.3 Erfaringer med håndtering af sårbare patienter i almen praksis

Vi har nu skildret de udfordringer, som de interviewede læger oplevede, knytter sig til sårbare patienter og mødet med sårbare i den kliniske hverdag. I fokusgrupperne bad vi slutteligt lægerne beskrive gode erfaringer og vellykkede indsatser i håndteringen af sårbare patienter i almen praksis. Erfaringerne beskrives kort i de nedenstående afsnit. Herudover oplistes nogle af informanternes umiddelbare ideer og forestillinger om, hvad der kunne gavne det fremtidige arbejde med sårbare patienter.

Med dette tema vil vi besvare fjerde forskningsspørgsmål: *Hvilke erfaringer har de praktiserende læger med at minimere konsekvenser af "sårbarhed" samt med at styrke arbejdet med de "sårbare patienter" i almen praksis?*

Konsultation

I selve *konsultationsprocessen* oplevede informanterne vigtigheden af at være tålmodige og tænke bredt i forhold til at finde frem til kernen af motivation og ressourcer hos de sårbare. En informant tegnede *netværkskort* med sine sårbare patienter som en oversigt over patienten og dennes netværk. Patienten tegnes i midten og forbindes til forskellige offentlige instanser og personlige sociale relationer, som markeres med en funktion: *"ring her, når pengene ikke går ind på kontoen"*, *"kontakt, når mit barn skal passes"* etc. Et sådant overblik var, ifølge informanten, et godt redskab til svage, etnisk danske patienter med et skrøbeligt netværk og til personer med anden etnisk baggrund, som ikke er vokset op med det danske system. Flere læger syntes, at ideen var god, men var uafklarede i forhold til, om det er lægens, sagsbehandlerens eller en helt tredje persons opgave at tegne netværkskort?

Flere af de interviewede læger arbejdede med *humørdagbog* som styringsredskab for samtaleterapi i praksis. Én informant anvendte *blødningsskemaer*, oprindeligt beregnet til menstruerende kvinder, som model til, at patienten noterede tal, prikker eller anden markering for humøret. Tal- og priksystemet var et konkret pejlemærke for patienten om, hvornår der var behov for en ny konsultation. Lægen anvendte blødningsskemaet som model for adskillige forhold, som medicinkomplians, inkontinens, humør og smerter.

Én informant fortalte om sine overraskende gode erfaringer med *Sund Dialog* – et kursus i en særlig form for motiverende samtaler for patienter med helbredsproblemer som KOL, diabetes og overvægt.

Det rykker faktisk hos rigtig mange. Vi har tre sygeplejersker, der har været på det kursus, og de går op i det med liv og sjæl og det hele. Og de bliver faktisk en hel del igennem på det. Der er en hel del af vores patienter, der har fået noget ud af det. Jeg tager hatten af for de resultater, de får ud af det. Det gør jeg.

Informanten oplevede, at Sund Dialog rykkede ved noget, som ikke rykkede tidligere, da de praktiserende læger alene forsøgte sig med motiverende samtaler. Et minus i forhold til sårbare er, at interventionen kræver en vis grad af motivation og fordrer, at patienten er forholdsvis habil til computerteknologi, da der er hjemmeopgaver, og da der skal udformes et trivselshjul over internettet.

Dobbelttid

Flere af lægerne havde en liste hængende hos sekretæren med navne på patienter, som var særligt tidskrævende. Når disse eller andre sårbare patienter bestilte tid, afsatte lægerne to sammenhængende tider med det samme, selv om *dobbelttid* ikke honoreres i den eksisterende overenskomst. Dobbelttider skal sikre, at man kan nå at berøre alle problemstillinger og ikke komme bagud med dagens øvrige program. En informant fortalte:

Det tager tid. Det tager simpelthen tid, og det er jo også en af grundene til, at det ender på vores bord, for der er jo ikke nogen snak om, hvor lang en konsultation er, vel?! Altså, det tager jo bare tid at lave et netværkskort, det tager tid at finde ud af: "Gud! Hun har ikke råd til medicinen. Gud! Hun er alene med tre børn". Det er jo ikke bare at pøde i halsen og ingen penicillin og ud igen. Og det er problemet.

Muligheden for at formalisere og honorere dobbelttider ville skabe bedre rammer for arbejdet med sårbare. Flere nævnte ligeledes muligheden for *forebyggelsessamtaler* som et vigtigt element i ambitionen om at tilbyde alle typer patienter lige god behandling.

Henvisningsmuligheder, hotlines og samarbejde

I arbejdet med *sårbare børn og unge* oplevede lægerne den store mangel på børnepsykiatere som særligt problematisk. De påpegede et behov for lettere at kunne komme igennem med henvisninger til psykiatriske afdelinger samt et behov for flere ressourcer til psykologer og skolepsykologer på området. *Familierådgivning, støttekontaktpersonordninger, væresteder, daginstitutioner og friskoler* for sårbare patienter var eksempler på offentlige tilbud, som flere af informanterne bifaldt og var trygge ved at kunne henvise sårbare unge og familier til. Lægerne understregede et stort ønske om, at sådanne tilbud fastholdes.

Nogle af lægerne følte, at de agerede mor for visse af deres sårbare patienter med et mangelfuldt netværk. Lægerne mente, at der var et stort behov for at opruste og udvide kommunens *støttekontaktpersonordninger*. Kommunernes tilbud om *familierådgivning* var et tiltag, som lægerne havde meget positive erfaringer med, og som også var velegnet for enlige mødre med manglende netværk. Nogle havde gode erfaringer med kommuner, som indkalder praktiserende læger til et *fælles møde med kommunale sagsbehandlere* fire gange årligt til en fælles gennemgang af udvalgte, tunge patienter. Lægerne oplevede, at dét at få sat ansigt på *"damen fra kommunen"* klart forbedrede det videre samarbejde.

Flere interviewede læger nævnte eksempler på gode kommunale initiativer som *diabetesskole*, *KOL-gymnastikbold* og *integrationsprojekter*, som lægen kunne visitere til, og som patienterne var meget tilfredse med. Desværre var det lægernes erfaringer, at mange gode kommunale projekter spares væk efter en tid, eller kun eksisterer på midlertidig projektbasis finansieret af puljebevillinger. Når bevillingerne ophører, falder den sårbare patient ofte tilbage til sin gamle livsstil, og den opnåede indsats falder på gulvet.

Forløbsprogram for sårbare patienter

Flere informanter var meget tilfredse med de forløb, som er etableret i forbindelse med *kræftpakkerne*, og den klare ansvarsfordeling, som er indlejret heri. En lignende ordning for sårbare patienter kunne medføre et mere formaliseret samarbejde med øvrige aktører i social- og sundhedssektorerne. Trods problemer med at definere og afgrænse en så heterogen gruppe som sårbare patienter, blev det foreslået at etablere en slags *forløbsprogram* for patienterne, hvor der udarbejdes rammeforløb og skabes beføjelser i forhold til eksempelvis opsøgende arbejde, som det kendes fra *kronikermodellen*.

En informant foreslog at standardisere tiltag som *socialmedicinske møder*, der allerede fungerer i nogle kommuner. Fra kræftforløb havde lægerne erfaring med fælles socialmedicinske møder på kommunen, hvor patient, pårørende, sagsbehandler, praktiserende læge og andre sundhedsprofessionelle stiller op. Informanten foreslog at *"rate"* nogle mål for sårbarhed og udvælge højtscorerende patienter til et møde.

Jeg ved ikke om man kunne rate - det er jo så moderne - hvad der er sårbart, og så sige: "Ja, okay, det her var da oplagt til et socialmedicinsk møde". Fordi nogle gange sidder sagsbehandlerne faktisk også og laver en ressourceprofil og ved jo en hel masse socialt, som vi ikke altid ved. Så vejen også bliver kortere for os.

Socialmedicinske møder kunne øge samarbejde, fælles forståelse og videndeling om sårbare patienter.

Forebyggelse

I alle tre fokusgrupper blev det nævnt, at forebyggelsestiltag ikke fungerer over for sårbare patienter, som de gør over for den brede befolkning. Lægerne mente, at der var behov for helt andre rammer om den forebyggelsesindsats, som skal rettes mod sårbare grupper. Nogle mente, at meget eksisterende oplysnings- og kampagnearbejde er udarbejdet fra akademikere til akademikere.

Når jeg henter mine børn i institutionen, så læser jeg automatisk, hvad der står på opslagstavlen. Men jeg kan godt se, at hende den lille tykke, der skal på julemærkehjem, hendes mor ser overbøvedet ikke den opslagstavle. Hun går lige forbi. Jeg tror moren er ordblind - jeg tror ikke hun kan læse. Men det er sådan nogle ting. Det betyder jo også, at hun kommer ikke med til festen i klubben, fordi moren ikke har set sedlen. Og de skimmer ikke de sedler vi har hængende i venteværelset om D-vitamin og kalk og "slår din mand?" og alt det der. De ser dem ikke.

I den forbindelse bifaldt samtlige informanter den strukturelle forebyggelse. Eksempelvis har Rygeloven fået folk til at stoppe med at ryge med et trylleslag, mens de praktiserende læger "har siddet og slået i dynen" i årevis uden nævneværdigt resultat. Et sådant strukturelt tiltag blev brugt som argument for, at almen praksis ikke kan løse opgaven med sårbare patienter og deres sundhedsadfærd alene.

Svangerskabsforebyggelse blev af visse læger opfattet som problematisk for nogle kvinder med anden etnisk baggrund end dansk grundet en ringere selvbestemmelse over krop og økonomi. Derfor havde en informant spiraler liggende i sin praksis, så hun kunne tilbyde kvinderne *prævention* uden nødvendigvis at skulle inddrage ægtefællen.

Lægerne oplevede *forebyggelse* over for sårbare, herunder særligt personer med anden etnisk baggrund end dansk, som problematisk. I visse tilfælde fandt lægerne det svært at forstå patientens kulturelle baggrund og dermed kontekst for sundhedsadfærd. Informanter fra Århus havde erfaringer med et vellykket projekt, hvor en læge med somalisk baggrund havde startet et diabetesprojekt op nær ved Gellerupparken. På den måde var lægen synlig og tilgængelig i patienternes dagligdag, og projektet havde succes med opsporing, diagnosticering og vejledning af patienterne i overensstemmelse med kulturelt betingede ønsker og præferencer.

Ideer

Ud over ovenstående konkrete erfaringer havde informanterne andre ideer til løsningsmodeller og tiltag i arbejdet med sårbare patienter. I det følgende er forslagene oplistet i uprioriteret rækkefølge. Det skal understreges, at ikke alle læger var enige om løsningerne, og at flere forslag havde karakter af strøtanker og holdninger, som ikke var gennemtænkt i henhold til etik og praktisk håndtering.

- Bedre opfølgning på børn af psykisk syge samt efterladte børn og ægtefæller ved dødsfald
- Hjemmebesøg hos nyudskrevne patienter efter hospitalsindlæggelse
- Sms-påmindelser som redskab til at afhjælpe de mange oplevede udeblivelser. En bekymring var, at det muligvis ikke vil påvirke kontakten til de sårbare - eller at det i værste fald kan være skadeligt for kontakten
- Afgift for udeblivelser (en mulighed tandlæger har). Kan måske betyde, at flere melder afbud til en aftalt tid hvis de bliver forhindrede i at komme
- Bede patienter komme til kontrol, når de ringer eller e-mailer om receptfornyelse
- Ny tid til kontrol med det samme til patienter med kroniske sygdomme. Lægerne efterlyste retningslinjer for, hvor ofte forskellige typer patienter skal kontrolleres
- Terapeutiske eller vejledende tilbud for forældre til børnepsykiatriske patienter
- Hotlines til specialister inden for psykiatri og endokrinologi
- Hotline eller visitation til en støttekontaktperson, som er handlingsanvisende for daglige problemstillinger
- Samlet, lokal, emneinddelt oversigt over offentlige og private tilbud med klare beskrivelser af indhold, målgruppe, inklusionskriterier samt tidshorisont i de tilfælde, hvor der er tale om projekter
- Elektronisk besked til hjemmeplejen. Skal være journaliseret og ekspederet, før den kan slettes
- Mulighed for påmindelser og indkaldelser til ydelser som vaccinationer og børneundersøgelser
- Flyt sundhedsfremmende og sygdomsopsporende tiltag ud i samfundet, hvor de sårbare borgere er
- Tilbyd årlige helbredstjek og samt måling af BMI og biomarkører, særligt til mænd
- Generelle forebyggende tilbud, som rygestopkurser og gymnastikhold for KOL- og diabetespatienter, bør varetages offentligt og centralt, og ikke i almen praksis regi.

Delkonklusion

Overordnet mente informanterne, at de havde muligheder og redskaber til at håndtere sårbare patienter inden for rammerne af almen praksis. Dog ønskede lægerne mulighed for at få honoreret en dobbelttid med de sårbare, så der var tid til at anvende redskaberne.

Lægerne havde gode erfaringer med kommunale tilbud til skrøbelige unge og andre og ønskede, at disse blev udbygget og fastholdt. I kommunesamarbejdet fandt lægerne det vigtigt for håndteringen af sårbare patienter, at deres forløb blev formaliseret, og at der var mulighed for fælles, socialmedicinske møder med faste kontaktpersoner.

Forebyggelsesarbejde over for sårbare blev opfattet som særligt udfordrende. Lægerne ønskede mere strukturel forebyggelse og forebyggelsestilbud tilpasset målgruppens kulturelle præferencer og værdier. Informanternes øvrige ideer centreredes om proaktive og påmindende aktiviteter, hotlines til lægefaglige specialister og bedre muligheder for visitation ved psykiatriske problemstillinger.

5. Konklusion

I det følgende vil vi gennemgå de væsentligste resultater fra fokusgruppeundersøgelsen og samtidig besvare vores fire forskningsspørgsmål.

1. Hvilket begreb mener de praktiserende læger bedst dækker den heterogene gruppe af patienter, som er belastet af social ulighed / social gradient / sårbarhed / socialt udsathed etc.?

Der var bred enighed blandt de praktiserende læger om, at *sårbarhed* var et centralt og velegnet begreb til at definere den patientgruppe, som kan betegnes som: *belastede, besværlige, dårligt stillede, indsatskrævende, marginaliserede, ressourcetsvage, skrøbelige, svage, sårbare, (socialt) udsatte og tunge patienter, samt patienter med ringe egenomsorgsevne.*

Samtidig dækker begrebet sårbarhed flere dimensioner, hvori både helbredsmæssige og sociale faktorer indgår. Sårbarhed som begreb kan anvendes til at beskrive de individuelle konsekvenser af social ulighed og ulighed i sundhed.

2. Hvordan karakteriserer praktiserende læger "sårbare patienter", og hvordan kommer "sårbarheden" til udtryk hos den enkelte patient?

Indlejret i begrebet sårbarhed lå der for de praktiserende læger en forestilling om nogle bestemte diagnoser. For visse sygdomme såsom psykiske lidelser var sammenhængen med sårbarhed særligt stor. Lægerne påpegede, at sygdom i sig selv kan gøre patienten sårbar, men at de ofte oplever, at sårbarhed er udtalt i de tilfælde, hvor diagnosen indgår i et samspil med sociale problemstillinger i patientens liv. Problemstillinger, som kan forstærke og bidrage til sårbarhed, spænder fra økonomiske og kognitive begrænsninger, over svagt socialt netværk og marginalisering, til problemer med kompliance og egenomsorg. Ingen af faktorerne er nødvendige for eller tilstrækkelige til i sig selv at medføre eller udgøre sårbarhed, og det understreges, at social og helbredsmæssig sårbarhed kan findes i alle socioøkonomiske grupper. Men i lave socialgrupper vil der ofte findes flere samtidige belastninger, som interagerer negativt og dermed medfører en større risiko for at blive og forblive sårbar.

3. Hvilke implikationer oplever de praktiserende læger, at "sårbarhed" har for mødet mellem almen praksis og "den sårbare patient"?

I den kliniske hverdag i almen praksis oplevede lægerne, at sårbarhed for den enkelte patient kom til udtryk på flere måder. Dels oplevede lægerne, at de sårbare patienter ofte kommunikerede deres problemer på en anderledes måde, og at mødet med sårbare også tit fordrede, at lægen ændrede sin

kommunikationsform. Ved konsultation og behandling kan sårbarhed have stor betydning, når patienten mangler netværk til at støtte op om behandling og helbredshåndtering. Sårbare patienter skiller sig ud fra andre patienter i deres henvendelser til lægen, idet de sårbare eksempelvis ofte har en ringe egenomsorg og ringe forståelse for sygdomme og symptomer og deres alvorlighed.

Trods det, at arbejdet med sårbare patienter til tider føltes tidskrævende og mindre succesfuldt, opfattede lægerne arbejdet som meningsfuldt og som en udfordrende afveksling fra mere velfungerende patienter. Dog følte lægerne sig, blandt andet grundet manglende tid, nødsaget til at sætte grænser for, hvor mange opgaver de kan og vil løse i almen praksis. For eksempel blev opsøgende arbejde og rådgivende samtaler om sociale forhold ikke entydigt opfattet som relevante eller ønskelige opgaver i almen praksis.

4. Hvilke erfaringer har de praktiserende læger med at minimere konsekvenser af "sårbarhed" samt med at styrke arbejdet med "sårbare patienter" i almen praksis?

Inden for rammerne af konsultationen mente lægerne at have flere velegnede redskaber til at håndtere sårbare patienter. Arbejdet med sårbare patienter vil dog ofte fordre god tid, grundige forklaringer, en anderledes forventning til behandlingens udfald, individuelt definerede mål og måske en særlig socialmedicinsk interesse og indsats. Lægerne pegede også på vigtigheden af helt basale værdier og indsatser i det almenmedicinske arbejde: omsorg, tryghed, fokus på individet og omhyggelig, tilpasset kommunikation med patienten.

Det blev betonet, at håndtering af de sårbare patienters problemstillinger kræver et godt samarbejde med øvrige aktører i sundhedsvæsenet. Et samarbejde, der generelt blev oplevet som mangelfuldt, besværligt og med uklare ansvarsfordelinger.

Lægerne pegede primært på forhold, der ligger uden for praksis, som værende af betydning i forbindelse med reduktionen af sårbarhed eller effekterne af social ulighed i sundhed. Det var vigtigt for informanterne at understrege, at de er læger, som primært tager sig af sundhedsfaglige problemstillinger i direkte relation til fysisk og mentalt velvære, og at de *"ikke kan helbrede det sociale"*.

6. Perspektivering

Validering af undersøgelsesresultater

Med henblik på at vurdere kvaliteten og gyldigheden af resultaterne fra vores analyse har vi gennemført tre validerende fokusgruppeinterviews. På årsmødet i Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) d. 1. oktober 2010, blev de præliminære analyseresultater fremlagt på en workshop. Efter et mindre præsentationsoplæg blev workshoppens deltagere fordelt i tre fokusgrupper. Ved hvert fokusgruppeinterview deltog 8-10 personer, en moderator og en observatør. Alle informanter på nær én var speciallæger i almen medicin og arbejdede som praktiserende læger i forskellige typer praksis i forskellige områder i Danmark. Deltagerne havde valgt workshoppen om sårbare patienter frem for andre workshops på DSAMs årsmøde, hvorfor man må formode, at de havde en særlig interesse for og engagement i socialmedicinske problemstillinger.

Fokusgrupperne varede omkring en time hver, og deltagerne blev bedt om at diskutere de samme temaer, som indgår i den oprindelige interviewguide. Lægerne diskuterede således, hvordan man kan karakterisere sårbare patienter, hvilke udfordringer arbejdet med sårbare giver i hverdagen for almen praksis, samt hvad man kunne ønske sig af viden, redskaber og løsninger til brug i det daglige arbejde. Herudover blev deltagerne bedt om at forholde sig til de præsenterede resultater fra de tre første fokusgrupper – kunne de genkende de skitserede billeder, eller var de uenige i analysens resultater? Konklusionen fra de validerende fokusgrupper var, at de fremlagte resultater blev opfattet som relevante og genkendelige fra deltagerens egen kliniske hverdag. I deltagerens egne refleksioner omkring begrebet og karakteristikken af sårbarhed samt ved diskussionen om, hvad der kan give problemer, og hvad der kan løses i almen praksis, oplevede vi tydelige sammenfald og gentagelser fra de oprindelige datagenererende fokusgrupper.

Overordnet betragter vi denne validerende session som en kvalitetssikring af vores resultater og deres overførbarehed. Vi blev bestyrket i, at de væsentligste temaer for praktiserende læger er blevet dækket, idet der trods mindre nuanceforskelle ikke blev frembragt nogen nye betydningsfulde forståelser eller perspektiver ved valideringen. Der er altså god grund til at tro, at vi med undersøgelsens første tre fokusgrupper har opnået datamætning i forhold til de valgte forskningsspørgsmål.

Diskussion og perspektiver

I lægernes optik er sårbarhed et fænomen, som kan findes i alle sociale lag og som for den enkelte person kan variere over et livsforløb. Således fandt lægerne ingen stor forklaringsværdi i at placere de enkelte patienter, grupper af patienter eller sygdomskategorier i særlige sociale lag. Flere gange søgte vi at spørge ind til eksistensen af en *social gradient*, når lægerne fremhævede karakteristika ved sårbare patienter. Lægerne var generelt tøvende over for dette spørgsmål og opererer i den kliniske hverdag tilsyneladende ikke med at kategorisere deres patienter i socialgrupper. En årsag til dette kan være, at de praktiserende læger primært har blik for den enkelte patient og de individuelle konsekvenser af patientens sociale baggrund. Således kom fokusgrupperne primært til at handle om det mere patientnære fænomen, sårbarhed. Til forskel fra begrebet social gradient, havde lægerne en intuitiv, fælles forståelse af, hvem der var tale om, når de anvendte betegnelsen *sårbare patienter*.

Nærværende undersøgelse afspejler alene *den praktiserende læges forståelse* af og perspektiv på sårbarhed og social ulighed i almen praksis. Undersøgelsen tydeliggør, at det er vanskeligt at se isoleret på almen praksis' kompetencer og handlemuligheder, når håndteringen af sårbare patienter ønskes kortlagt. Sårbare patienters problemstillinger trækker tråde bredt ud i samfundet til aktører som social- og familierådgivere, bostøtter, sagsbehandlere, hjemmepleje og -sygepleje, sundhedsplejersker, skolelærere, pædagoger og instanser som arbejdsløsheds- og pensionskasse, hospitaler, speciallæger, plejehjem etc. Det er derfor relevant at undersøge det *net af aktører*, som involveres i et forløb med sårbare patienter. Ifølge lægerne er der behov for et samlet, stærkt sikkerhedsnet i det offentlige, som kan identificere, visitere, behandle og samle op på sårbare patienter.

I fokusgrupperne blev det foreslået at etablere en form for forløbsydelse, pakkeforløb eller anden systematiseret model for sårbare patienter. Spørgsmålet er, om det i praksis er muligt at opstille klare in- og eksklusionskriterier for en patientgruppe, der skulle omfattes af en sådan forløbsydelse. Herudover vil bestræbelsen på at skabe et mere sammenhængende forløb for sårbare patienter, fordrer samarbejde mellem det ovennævnte netværk af aktører i social- og sundhedsvæsenet. Ved et sådant tværsektorielt samarbejde kan en fælles forståelse og definition af sårbare patienter være nyttig, og det kan blive nødvendigt at *operationalisere og definere sårbarhedsbegrebet* yderligere.

De interviewede læger anså solopraksisordningen som den bedste *praksisform* for sårbare patienter på grund af muligheden for et længevarende og indgående kendskab til patienten. Dette står i modsætning til, at flere yngre læger foretrækker at nedsætte sig i kompagniskabspraksis, men også til regeringens forslag om at etablere større praksisformer. Lægerne vil fortsat kende de medicinske aspekter og

implikationer af sårbarhed, men hvor godt vil de kende deres patienters sociale forhold og forholdenes effekt på patientens helbred? Der kan således ligge en udfordring i, hvordan man i større praksisformer på nye måder kan fastholde værdier som kontinuitet og tillid i læge patient-relationen, der fremhæves som afgørende for arbejdet med sårbare patienter.

En anden tendens, som kan have betydning for sårbare patienter, handler om øget fokus på *effektivisering og monitorering* i social- og sundhedsvæsenet. Lægerne bekymrede sig om at brug af teknologiske redskaber samt tiltag som tidsregistrering og dosisdispensering, bidrager til at flytte opmærksomheden fra vigtige medmenneskelige værdier og mellemmenneskelige relationer i det sociale arbejde. Lægerne advokerede for at vende tilbage til at anerkende ikke-målbare værdier, som eksempelvis omsorg, som en afgørende faktor i arbejdet med sårbare.

Teknologi og monitorering vinder på samme måde indpas i lægernes egen hverdag i praksis. Lægerne møder lovmæssige krav om hjemmesider og bliver opfordret til digitalisering, implementering af datafangst, mailkonsultationer, elektronisk tidsbestilling med mere. De praktiserende læger så en risiko for, at tiltagende brug af teknologi vil skabe øget ulighed og negative konsekvenser for sårbare patienters adgang til sundhedsvæsenet.

De praktiserende læger angav, at arbejdet med sårbare patienter til tider var vanskeligt, men at det var et meget meningsfuldt arbejde. Dels er arbejdet *tidskrævende* - særligt hvis man skal opnå en god kommunikation, der sikrer en fælles forståelse af problemstillingen. Dels tilpassede lægerne deres *forventninger* til hvilken behandling eller livsstilsændring, de mente at den sårbare patient havde mulighed for og ressourcer til at gennemføre. I omsorgen for kroniske patienter taler man om vigtigheden af, at mål for den givne behandling sættes i fællesskab med patienten, så det bliver muligt at gennemføre og opnå målet. En sådan *indvidororienteret tilgang* er særligt vigtig i arbejdet med de mest sårbare patienter, da disse ofte ikke vil passe ind i de eksisterende tilbud.

I den forbindelse kan det være nødvendigt at forholde sig til lægernes oplevelse af, at sårbare patienter er sværere at kommunikere med og nå ind til med sundhedsbudskaber. Forskellen mellem den ansatte og den socialt sårbare ressource og dagligdag kan give problemer med *kommunikation og forståelse*. Denne problemstilling er generel for samtlige sektorer i social- og sundhedsvæsenet. Sårbare borgere er således i risiko for at opleve en akkumuleret forskelsbehandling i deres møder med det offentlige.

Behov for mere viden

De forhold, som er fremhævet i ovenstående diskussion og perspektivering, peger på, at der er behov for mere forskningsbaseret viden om sårbare patienter og deres møde med både social- og sundhedsvæsenet. Ligeledes finder vi, at der er brug for mere viden om den nuværende organisering og de fremtidige muligheder for arbejdet med sårbare patienter i almen praksis og samarbejdet med andre sektorer. For at optimere håndteringen af sårbare patienter finder vi det relevant at søge svar på nedenstående spørgsmål.

- Resultaterne fra nærværende undersøgelse peger på, at de største problemstillinger i håndteringen af sårbare patienter ligger uden for almen praksis. For at finde muligheder for forbedringer her, bør der ses nærmere på arbejdsgange i *samarbejdet med andre aktører i social- og sundhedsvæsenet*. Samarbejdsflader og klare beskrivelser af de enkeltes ansvarsområder skal afdækkes. Herudover bør potentialet for videndeling og gensidigt givende samarbejde undersøges.
- For at facilitere det tværsektorielle samarbejde om sårbare patienter finder vi det relevant at afklare *sårbarhedsbegrebets definition og indhold*, for at nå en fælles forståelse af, hvilke personer, begrebet omfatter.
- I diskussionen om hvorvidt en solopraksisordning egner sig bedst til arbejdet med sårbare patienter, har vi brug for en undersøgelse af betydningen af *almen praksis' organisering og arbejdsdeling* i forhold til arbejdet med sårbare patienter. Hvilke erfaringer har man med forskellige praksisformer i forskellige geografiske områder med forskellig klientel? Hvordan organiseres intern håndtering og personalegruppers samarbejde om sårbare patienter og hvad betyder det for den enkelte praksis' opmærksomhed på sårbare patienter?
- Det blev fremhævet, at arbejdet med sårbare patienter kræver *tid* til omsorg og kommunikation. I den forbindelse kunne det være interessant at undersøge hvilken betydning konsultationens varighed har for et vellykket arbejde med sårbare patienter? Hvad betyder muligheden for åbne tider og brug af mailkonsultationer? Og vil en mulighed for honorerede *dobbelttider* give udslag i en bedre effekt af sårbare patienters behandling?
- De interviewede læger berørte et spørgsmål om tids- og samfundsbestemte tendenser i holdningen til lægearbejdet. For at imødekomme fremtidens generation af praktiserende lægers arbejde med sårbare patienter, finder vi det interessant at undersøge, om *ynge, nynedsatte praktiserende læger* har et anderledes syn på arbejdet med sårbare patienter? Sætter yngre almenmedicinere værdier som kontinuitet og omsorg i højsædet, har de samme holdninger til opsøgende og proaktivt arbejde og er de enige i, at organisering i solopraksis er den bedste løsning for sårbare patienter?

- Nærværende undersøgelse fremstiller praktiserende lægers perspektiver på sårbare patienter og deres holdninger til, hvad der forstås med ”det gode arbejde for den sårbare patient”. Hvis man har ambitioner om at møde, rumme og vejlede den sårbare patient på patientens egne vilkår, er det afgørende også at inddrage *de sårbare patients opfattelser*. Hvordan opleves mødet med almen praksis? Hvilke behov og forventninger har de sårbare patienter til social- og sundhedsvæsenet? Denne viden om patientperspektivet bør indtænkes i et udtømmende, helhedsorienteret arbejde med at optimere håndteringen af sårbare patienter.
- Vores resultater peger på, at det er væsentligt at generere viden om sårbare patienter og *kommunikation* i såvel almen praksis konsultationen som i oplysnings- og forebyggelseskampagner. I takt med den teknologiske udvikling i samfundet er det relevant også at se på betydningen af IT-værktøjer som Sund Dialog i almen praksis samt brug af IT i kontakten mellem sundhedsvæsenet og patienterne.