

# Der mangler viden og efteruddannelse om ældre udsatte rusmiddelbrugere med behov for pleje

I hjemmeplejen og på plejehjem findes ældre mennesker med rusmiddelproblematikker, som personalet savner specialiseret viden om for at kunne hjælpe. Det drejer sig bl.a. om komplekse sundhedsudfordringer, som disse ældre mennesker kan have, og om, at arbejdet med de ældre indebærer en række etiske og praktiske dilemmaer.

AF BAGGA BJERGE, JONAS STRANDHOLDT BACH OG JOHANNE KORSDAL SØRENSEN



Bagga Bjerger er antropolog og lektor ved Center for Rusmiddelforskning



Jonas Strandholdt Bach er antropolog og adjunkt ved Center for Rusmiddelforskning



Johanne Korsdal er antropolog, ph.d. i sociologi og projektudvikler og strategisk fundraiser ved Afdeling for Antropologi



Ofte taler vi om forskellighed og individualitet som godt og produktivt for samfundet. Vi vil gerne have en rummelighed i forhold til, at folk kan leve deres liv på forskellige måder, og vi ser det som motiverende for den enkelte borger og et gode for samfundet. Men nogle former for forskellighed kan resultere i ulighed mellem borgerne i samfundet, fx på sundhedsområdet, hvor der kan påvises en tydelig sammenhæng mellem socioøkonomisk status og forventet levealder, generel sundhedstilstand samt adgang til sundhedssystemet (1, 2). Har du en lang uddannelse, er vellønnet, har et godt socialt netværk og bor i en velhavende kommune, er du (statistisk set) langt bedre sundhedsmæssigt stillet, end hvis du ikke har gennemført uddannelse, er på kontanthjælp/førtidspension, har et sparsomt netværk og bor i en økonomisk dårligt stillet kommune.

I denne artikel sætter vi fokus på ulighed i sundhed gennem interview og observationer fra en pilotundersøgelse, hvor vi undersøgte SOSU-ansatte og sygeplejerskers arbejde i hjemmeplejen og på plejehjem i forhold til ældre borgere med rusmiddelproblematikker. Undersøgelsen blev udført i to mindre landkommuner.

### Stigende levealder, men stadig ulighed

Ulighed i sundhed har været på dagsordenen siden den franske revolution (1789-1799), og særligt i forbindelse med store sanitære reformer (fx etablering af fælles kloakering og vandforsyning) i Tyskland og England i det 19. århundrede kom temaet på den politiske agenda. Herhjemme har ulighed i sundhed været på dagsordenen i mere end 100 år, begyndende særligt med sociallovene i 1890'erne (3). Generelt er befolkningens sundhed blevet bedre, den forventede levealder er steget i det 20. århundrede både i og udenfor Europa, og den frie og lige adgang til sundhed ses som altafgørende for at reducere ulighed i sundhed (ibid.). Men herhjemme findes der stadig ulighed i sundhed på mange områder, og der er faktisk sket en stigning på flere parametre siden 1990'erne (1). Eksempelvis har udsatte mennesker markant dårligere sundhedstilstand end gennemsnittet af danskere i forhold til fysisk såvel som mental sygelighed, og de dør markant tidligere (19 år) end resten af befolkningen. De har også vanskeligere adgang til sundhedssystemet, idet de mangler adgang til den samme type viden, information og hjælp, når de bliver syge, i forhold til majoritetsbefolk-

ningen (ibid.). Endvidere oplever de ofte at blive marginaliseret af sundhedspersonalet, fx at blive mødt af fordomme, og at deres erfaringer og perspektiver afvises (4). Mange af de udsatte mennesker har på deres side vanskeligt ved at overholde en behandlingsplan og komme til konsultationer, eller de kommer først til læge, når en sygdomstilstand er meget fremskreden, og nogles adfærd (fx påvirkethed, forstyrrelser og insisteren på at bestemme over eget liv) matcher dårligt de fleste rammer, som sundhedsydelse tilbydes i (ibid.).

Samtidig lever udsatte mennesker i dag læn- gere end tidligere grundet skadesreducerende indsatser som fx stofindtagelsesrum, opsøgende medarbejdere og socialsygeplejersker. Men de alderssvækkes dog langt tidligere end andre både fysisk og kognitivt (1, 2, 4). Det vil sige, at der er et stort behov for omsorg, støtte og behandling tidligere i denne gruppe og i større omfang end tidligere, og flere fra målgruppen har derfor behov for kommunale omsorgstilbud i form af hjemmepleje og plejehjemspladser. Dette gælder også udsatte mennesker med rusmiddelproblematikker. Sundhedspersonale fra plejesektoren får således både aktuelt og fremadrettet en øget berøringsflade med udsatte mennesker med rusmiddelproblematikker.

### Udfordringer i omsorgs- og plejearbejdet

I de større byer findes der flere specialiserede sundhedstilbud rettet mod udsatte mennesker, men generelt i plejesektoren og særligt i de mindre landkommuner er der ikke meget ekspertise på feltet. Desuden er sektoren økonomisk presset, og man kæmper med at fastholde kvalificeret arbejdskraft. De medarbejdere, som indgik i vores undersøgelse, var alle engagerede SOSU-ansatte og sygeplejersker ansat i ældreplejen, som i dagligdagen arbejder hårdt for at give de ældre den omsorg og pleje, de har behov for og ret til. Dog er det tydeligt, at arbejdet med målgruppen udfordres af kompleksiteten af de ældres sygdomstilstande samt etiske og praktiske dilemmaer i forhold til at yde pleje og omsorg til ældre, der er meget rusmiddelpåvirkede. Dette illustreres via empiriske eksempler (alle personer er pseudonymiserede).

**“... herhjemme  
findes der stadig  
ulighed i sundhed  
på mange områder,  
og der er faktisk sket  
en stigning på flere  
parametre siden  
1990’erne”**

### Preben

Vi møder fx Preben, som er i 70'erne. Han har boet i sin nuværende bolig i over 20 år. Det er et særligt botilbud til mennesker, der har svært ved at fungere i egen bolig grundet psykisk sygdom og/eller rusmiddelbrug. Preben får besøg af hjemmeplejen flere gange dagligt, og han får hjælp til toiletbesøg, bad, medicin og mad. Han er i perioder psykotisk, og han drikker en del alkohol. I Prebens hjem står forskellige flasker med alkohol på køkkenbordet, og tobaksrøgen hænger tæt i lejligheden. Preben har svært ved at holde på vandet, får flere forskellige slags medicin flere gange dagligt, og selv om han som regel er rolig og omgængelig, har han også dårlige perioder, hvor han er svær at tale med og kan være sur på hjemmeplejen. I hans dårlige perioder kan det være svært for hjemmeplejen at komme hos ham. Hans tilstand varierer også afhængigt af, hvilken type alkohol han indtager (nogle dage er det en flaske portvin, andre gange kan det være snaps).

### Winnie

Vi besøger Winnie, som også er sidst i 70'erne og bor alene langt ude på landet. SOSU-personalet har haft flere interne diskussioner om, hvordan man skal håndtere, at Winnie stadig kører bil, også nogle gange selv om hun har drukket. På bordet hos Winnie står en dunk rødvin og et glas vin. Medarbejderen Hanne fortæller efterfølgende, at hun har spurgt sin leder, om de kan melde det til politiet, hvis de ser Winnie køre bil i beruset tilstand. Svaret var, at de ikke kunne gøre det i arbejdstiden eller med arbejdstelefonen, for hjemmehjælpen skal være på borgerens side og ikke komme i en loyalitetskonflikt. I en kaffepause taler vi med medarbejderen Eva, som også kender Winnie. Eva fortæller, hvordan hun har håndteret Winnies kørsel: En dag kører hun hen mod Winnies bolig og møder på den smalle vej Winnie, som kører i modsat retning i sin lille blå Fiat. Eva stopper Winnie og får hende overtalt til at vende om, fordi der er noget, hun skal "hjælpe hende med", og får dermed Winnie til at stille bilen og gå ind i huset igen. Det løste problemet for en kort stund, men Eva og Hanne føler stadig, at de står i et etisk dilemma, når de ved, at Winnie løbende tager bilen i alkoholpåvirket tilstand og er til fare for sig selv og andre trafikanter.

### Mette

Hjemmeplejen udfordres også til tider i mødet med yngre udsatte mennesker med behov for pleje og omsorg, som måske ønsker andre typer af aktiviteter eller bare har andre livsperspektiver end mennesker i 70'erne og 80'erne. Eksempelvis Mette, som er i 30'erne, og som har en psykiatrisk diagnose, diabetes og et højt alkoholindtag (men hun anvender også medicin og andre rusmidler) samtidig med at hun kæderyger. Hun bor i en lille lejlighed, som hun ikke kan komme ud af længere, fordi hun for nylig er blevet benamputeret og sidder i en kørestol. Kørestolen er desværre bredere end fordøren, og Mette formår ikke at søge om en smallere kørestol, medmindre nogen fra hjemmeplejen hjælper hende med en ansøgning. I øjeblikket kommer hun kun ud, hvis bekendte indimellem kommer forbi og bærer hende ud. Medarbejderen Berit fortæller, at de ser mange andre rusmiddelbrugere, der ikke formår at søge hjælp selv, og som derfor bare affinder sig med tingenes tilstand uden at tage initiativ til forandring. Berit har ikke selv viden om eller erfaring med denne type ansøgninger, som ligger udenfor hendes ansvarsområde, men hun forsøger nu at hjælpe Mette med at få ansøgt om en ny smallere kørestol, så hun kan komme ud at køre og få sin frihed tilbage.

### Jytte og Herbert

På et plejehjem møder vi Jytte i 80'erne, som drikker snaps i sengen og hun hilser på med et smil. På vej ud peger medarbejderen Petra på et skab, hvor der står en flaske snaps. Efterfølgende taler vi om udfordringerne forbundet med ældre, plejkrævende mennesker, der drikker alkohol, og Petra fortæller, at hun har oplevet, at nogle af hendes kolleger tager flasken fra den ældre, som efter deres vurdering er beruset. Ud over at det er i konflikt med lovgivningen, fordi beboernes lejligheder på plejehjem rent juridisk er beboernes eget hjem, så mener Petra også, at det kan føre til unødige konflikter: "Så længe fx Jytte ikke er til fare for sig selv eller andre, så synes jeg, hun skal have lov til at drikke, hvis det er det, hun vil". Petra efterlyser dog samtidig mere viden og mere uddannelse i forhold til gruppen af ældre, der drikker for meget eller bruger andre rusmidler. Hun fortæller også om den 65-årige Herbert, der havde et højt forbrug af cannabis og ofte fik besøg af folk, der solgte cannabis til ham på plejehjemmet. Det ville plejehjemmet ikke acceptere, og derfor blev Herbert flyttet og endte i sidste ende på et herberg.

**Manglende viden og behov for efteruddannelse**

Mennesker som Preben, Winnie, Peter, Jytte og Herbert kan være en stor udfordring for medarbejderne. Selv om man prøver at planlægge det således, at medarbejdere med interesse for og personlige ressourcer til at håndtere mennesker med rusmiddelproblematikker også er dem, der arbejder med dem, så er der perioder med lav bemanning og vikarer, hvor det ikke kan lade sig gøre. Selv for rutinerede medarbejdere med meget erfaring kan det være udfordrende at skulle håndtere mennesker, som måske bliver aggressive, ubehagelige eller kommer til at gøre skade på sig selv. Det sætter medarbejderne i svære dilemmaer, hvor de også skal vurdere, hvorvidt de kan hjælpe vedkommende i den pågældende situation – hvis en person for eksempel er faldet om på gulvet og ikke vil eller kan hjælpes op, hvis personen selv aktivt frabeder sig hjælp til for eksempel toiletbesøg, hvis personen er afvisende eller uforstående over for spørgsmål og tilbud om hjælp, eller hvis personen agerer selvskadende ved for eksempel at drikke meget alkohol meget hurtigt. Plejehjemmet udgør en særligt udfordrende ramme og arbejdsmiljø, fordi det befinder sig i spændingsfeltet mellem beboernes private lejligheder og fællesarealer med klare regelsæt. SOSU-personalets adfærd i beboernes egne lejligheder bliver mere individuelt tilpasset og til tider lidt mere skønsmæssig end på fællesarealerne, hvor regelsættet er et andet. I egne lejligheder bestemmer beboerne selv, men SOSU-ansatte og sygeplejersker kan i nogle tilfælde finde anledning til at gribe ind for at beskytte beboeren eksempelvis mod bivirkningerne ved massivt druk eller andre typer af uhensigtsmæssig adfærd. **I en del situationer kan det være endog meget grænseoverskridende for plejepersonalet at være i de private lejligheder, hvis borgerne er truende eller udviser chikanerende adfærd. Samtlige medarbejdere i undersøgelsen gav udtryk for, at der mangler viden og uddannelse både i relation til psykiatri og rusmiddelbrug i plejesektoren.**

Vores undersøgelse peger således på, at der er behov for en langt mere omfattende afdækning af kompleksiteten af de udsatte ældre menneskers problemstillinger og de dilemmaer, der er i relation til at modtage hjemmepleje og være på plejehjem. Vi håber derfor med baggrund i denne og kommende undersøgelser at kunne være med til at sætte lys på de behov og udfordringer, området rummer, men også på sigt at bidrage til at udvikle nye konstruktive løsningsforslag til området.

Hvis vi som samfund vil gøre noget ved ulighed i sundhed, også i forhold til udsatte borgere, er der en masse strukturelle faktorer, som vi skal gøre noget meget mere aktivt ved (fx fattigdom, ensomhed, tilknytning til arbejdsmarkedet, skolegang etc.), men hvis vi vil hjælpe udsatte mennesker nu og her, så er det for os at se ét oplagt, helt konkret sted at starte med at tilbyde det personale, der arbejder med gruppen i omsorgssektoren, efteruddannelse og let adgang til viden om gruppens særlige udfordringer.

#### Referencer:

- 1) Sundhedsstyrelsen (2020). Kortlægning af viden om grupper af udsatte ældre borgere med særlige behov
- 2) Ahlmark, N, Sørensen, I, Davidsen, M. & O. Ekholm (2018). SUSY UDSAT 2017. Sundhedsprofil for socialt udsatte i Danmark. Statens Institut for Folkesundhed og Rådet for Socialt Udsatte
- 3) Bjerger, B, Jensen, U. J. & J. Olsen (2021). Ulighed i Sundhed. Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund, 35, 7-21
- 4) Bach, J. S. & B. Bjerger. Skål i skuret – Sundhed og omsorg blandt ældre udsatte rusmiddelbrugere. Tidsskrift for Sygdom og Samfund, 35, 139-158