



Hafa allir jafnt aðgengi að heilbrigðisþjónustu?

Jaðarsettir hópar og heilbrigðiskerfið

Anna Kristín B. Jóhannesdóttir

Ritgerð til BS prófs (12 einingar)



HÁSKÓLI ÍSLANDS
HEILBRIGÐISVÍSINDASVIÐ

HJÚKRUNARFRÆÐIDEILD

Hafa allir jafnt aðgengi að heilbrigðisþjónustu?
Jaðarsettir hópar og heilbrigðiskerfið

Anna Kristín B. Jóhannesdóttir

Ritgerð til BS prófs í hjúkrunarfræði

Leiðbeinandi: Páll Biering

Hjúkrunarfræðideild

Heilbrigðisvísindasvið Háskóla Íslands

Júní, 2015

Are health care services equally accessible to all?
Marginalized groups and the health care system

Anna Kristín B. Jóhannesdóttir

Thesis for the degree of Bachelor of Science

Supervisor: Páll Biering

Faculty of Nursing

School of Health Sciences

June, 2015

Ritgerð þessi er til BS prófs í hjúkrunarfræði og er óheimilt að afrita ritgerðina á nokkurn hátt nema með leyfi rétthafa.

© Anna Kristín B. Jóhannesdóttir 2015

Prentun: Háskólaprent

Reykjavík, Ísland 2015

Ágrip

Umfjöllunarefni þessarar fræðilegu samantektar eru jaðarsettir hópar, helstu heilsufarskvillar þeirra og samband þeirra við heilbrigðiskerfið. Jaðarsettir hópar eru þeir hópar sem settir eru á jaðarinn af samfélaginu m.a. vegna aðstæðna eða lífsstíls síns. Þeir jaðarsettu hópar sem fjallað var um í þessu verkefni eru heimilislausir, fólk í neyslu eða með fíknir, innflytjendur og fátækt fólk.

Höfundur hefur starfrækt hjúkrunarmóttöku fyrir heimilislausa einstaklinga og fólk í neyslu með samnemendum sínum. Við þau störf varð höfundi ljóst að skjólstæðingar móttökunnar sóttu yfirleitt ekki hefðbundin heilbrigðisúrræði fyrr en allt um þraut og lá leiðin þá á bráðamóttöku Landspítalans. Tilgangur samantektarinnar var að kanna hvort rannsóknir staðfestu grun höfundar um að jaðarsettir hópar hafa verra aðgengi að heilbrigðisþjónustu. Einnig var fjallað um hlutverk hjúkrunarfræðinga í þjónustu við jaðarsetta hópa og ýmis heilbrigðisúrræði sem skoðuð voru með tilliti til reynslu höfundar.

Byggt var á rannsóknum frá árinu 2004 til 2015. Leitað var að heimildum á ensku sem fjölluðu um heilsu þeirra jaðarsetta hópa sem verkefnið einskorðaðist við, hindranir þeirra að heilbrigðiskerfinu og úrræði sem löguð eru að þörfum þeirra. Lítið var um heimildir er vörðuðu jaðarsetta hópa á Íslandi en notast var við ýmsar opinberar skýrslur.

Niðurstöður leiddu í ljós alvarlegar heilsufarsáhættur fyrir jaðarsetta hópa og skert aðgengi að heilbrigðisþjónustu. Skert aðgengi ásamt meiri hættu á verri heilsu getur haft alvarlegar afleiðingar í för með sér fyrir jaðarsetta einstaklinga en einnig veldur skortur þeirra á grunn heilbrigðisþjónustu meira álagi á bráðadeildir sjúkrahúsa.

Álykta má að frekari rannsókna sé þörf á Íslandi sem taka til heilsufar og hagi jaðarsettra hópa og aðgengi þeirra að heilbrigðisþjónustu. Ef lítið er til annarra landa má sjá að Ísland er aftarlega í þjónustu sinni við þessa hópa og frekari aðgerða er þörf.

Lykilorð: ókeypis heilsugæsluþjónusta, heilbrigðisþjónusta, skaðaminnkun, viðkvæmir þjóðfélagshópar, jaðarsettir hópar, innflytjendur, heimilisleysi, vímuefnaneytendur, fátækt og hjúkrun.

Abstract

The subject of this literary review are marginalized groups, their health issues and their relationship towards the healthcare system. Marginalized groups are put on the margins by society, e.g. due to their circumstances or lifestyle. The marginalized groups that were the subject of this thesis are the homeless, drug users and people with addiction, immigrants and impoverished people.

The author has, along with her co-students, run a nurse clinic for homeless people and drug users. While working in the clinic it became clear that the clients did not seek out traditional healthcare until they were really ill and had to seek help in the emergency room.

The purpose of this review was to examine if researches confirm the authors suspicion about marginalized groups having more difficulties accessing healthcare. In addition the subject was also the role of nurses in caring for the marginalized and various healthcare programs. Those subjects were reflected upon and compared with the authors' experience.

Included were publications from 2004-2015. Databases were searched for studies in English that included health status of the marginalized groups specified in the thesis, their limitations to healthcare and programs designed for serving their health needs. Official reports were used in the review but little has been researched about marginalized groups in Iceland.

The results revealed serious health risks that marginalized groups face and their lack of accessibility to healthcare. Lack of healthcare along with worsened health can have grave consequences for marginalized people not to mention the healthcare system in itself as the strain on emergency departments' increases.

It can be concluded that more research is needed about the health status of the marginalized in Iceland and their accessibility to healthcare. Compared to other countries it's clear that Iceland is behind in its service towards marginalized groups and there is a need for more action.

Keywords: free clinic, healthcare, harm reduction, vulnerable populations, marginalized populations, immigrants, homeless, drug addicts, poverty and nursing

Þakkir

Ég vil þakka fjölskyldu minni og vinum fyrir óbilandi stuðning og hvatningu í gegnum námið. Þá sérstaklega vil ég þakka foreldrum mínum, Maj-Britt Pálsdóttur og Jóhannesi Blöndal, fyrir ofdekur og þau forréttindi sem ég hef. Einnig vil ég þakka Svölu Jóhannesdóttur fyrir að halda mér við efnið og minna mig á grundvallaratriðin, Helgu Jónsdóttur fyrir yfirlestur og óhemju þolinmæði og Pontusi Järvstad, stoð mína og stytta, fyrir að halda mér á jörðinni.

Leiðbeinanda mínum Páli Biering þakka ég ánægjulegt samstarf og aðstoð. Félögum mínum í hjúkrunarnemafélaginu Hlíf vil ég þakka fyrir atorkusemi, þolinmæði og fyrst og fremst skemmtunina.

Ég tileinka þessu verkefni þeim jaðarsettu sem samfélagið lítur framhjá.

Efnisyfirlit

Ágrip	5
Abstract.....	6
Þakkir.....	7
Efnisyfirlit	8
1 Inngangur	9
2 Aðferðir.....	10
2.1 Hugtakanotkun.....	10
Fræðileg samantekt.....	11
3 Jaðarsettir hópar	11
3.1.1 Jaðarsettir heimilislausir	12
3.1.2 Jaðarsettir áfengis- og vímuefnaneytendur	12
3.1.3 Jaðarsettir Innflytjendur	13
3.1.4 Jaðarsettir fátækir.....	13
4 Jaðarsettir á Íslandi.....	15
5 Heilbrigðisvandamál og þarfir jaðarsettra hópa	17
6 Jaðarsettir hópar og hefðbundið heilbrigðiskerfi	19
7 Heilbrigðisúrræði fyrir jaðarsetta hópa	22
7.1 Skaðaminnkandi úrræði.....	22
7.1.1 Nálaskiptipjónustur	22
7.1.2 Skaðaminnkandi heilsufarsráðgjöf	23
7.1.3 „Housing First“	23
7.1.4 Skaðaminnkandi geðþjónusta	23
7.2 Færanlegar heilsugæslustöðvar	24
7.3 „Free-Clinics“	24
8 Hlutverk hjúkrunarfræðinga í þjónustu við jaðarsetta hópa	26
9 Umræða	27
9.1 Reynsla höfundar af starfi hjúkrunarmóttöku.....	29
9.2 Tillögur til úrbóta	30
10 Ályktanir	32
Heimildaskrá.....	33

1 Inngangur

Jafnt aðgengi að heilbrigðisþjónustu er ekki sjálfsagt, ekki geta allir sótt heilbrigðisþjónustu á sama hátt og sumir hópar mæta beinlínis hindrunum. En hvar eru þröskuldarnir og hvaða þjóðfélagshópar hafa ekki sama aðgengi og aðrir?

Heilbrigðiskerfið og jaðarsettir hópar eru umfjöllunarefni þessa verkefnis. Jaðarsettir hópar eru þeir hópar samfélagsins sem ýtt er út á jaðarinn vegna aðstæðna, lífennis eða breytileika frá hefðum samfélagsins. Erlendar rannsóknir á þessu efni hafa gefið til kynna að jaðarsettir einstaklingar nýta sér heilbrigðiskerfið í minna mæli en aðrir þó svo að heilbrigðisþarfir þeirra séu oftast en ekki viðameiri en almennt gerist (Desai & Rosenheck, 2005).

Innlendar rannsóknir er varða þátttöku jaðarsettra hópa í heilbrigðiskerfinu eru af skörum skammti. Þó er vitað að heimilisleysi og fátækt hefur aukist á Íslandi ásamt neyslu löglegra og ólöglegra vímuefna. Jaðarsetning þeirra hópa er greinileg og þykir höfundur ljóst að þessir hópar sækja ekki úrræði á sama hátt og aðrir en einnig er ljóst að úrræði fyrir þessa hópa eru af skörum skammti. Því telur höfundur mikilvægt að fjallað verði um þetta málefni á lausnar-miðaðan hátt því jaðarsettir hópar hafa alltaf verið til og muna að öllum líkindum halda áfram að vera til.

Höfundur hefur starfrækt skaðaminnkandi hjúkrunarmóttöku með skólafélögum sínum og hefur hún tekið eftir sama viðkvæði og kemur fram í erlendum rannsóknum; skjólstæðingar hjúkrunarmóttökunnar sækja sjaldan úrræði heilbrigðiskerfisins og ekki fyrir en heilsa þeirra er komin í óefni. Eftir að hafa starfað við þessa hjúkrunarmóttöku á lokaári sínu í hjúkrunarfræði við Háskóla Íslands langaði höfund að dýpka skilning sinn á aðstæðum jaðarsettra hópa innan heilbrigðiskerfisins og þá möguleika sem til eru til að bæta þjónustu við þá.

Í þessu verkefni verður leitast við að svara spurningunni hvort allir hafi jafnan aðgang að heilbrigðisþjónustu. Jafnframt verður varpað ljósi á vankanta heilbrigðiskerfisins þegar kemur að jaðarsettum hópum, helstu heilbrigðisþarfir jaðarsettra og athugað verður hvað úrræði hafa mælst best fyrir erlendis. Áhersla verður lögð á skaðaminnkandi úrræði en rannsóknarniðurstöðum ber saman um ávinning af hugmyndafræði skaðaminnkunnar þegar kemur að jaðarsettum hópum. Helst verður litið til svo kallaðra „free-clinics“ eða heilsugæslustöðva sem sérhæfa sig í málefnum jaðarsettra hópa og rætt verður hvernig úrræði af því tagi gætu hentað hér á Íslandi. Í lok verkefnisins mun höfundur ræða reynslu sína af rekstri hjúkrunarmóttöku fyrir heimilislausa og koma með tillögur byggðar á erlendum rannsóknum og reynslu sinni að úrræðum sem gætu hentað bæði þjónustuþegum og heilbrigðiskerfinu á Íslandi vel.

2 Aðferðir

Við heimildavinnu þessa verkefnis var leitað í rafrænum gagnabönkunum og ber helst að nefna Skemman, PubMed, Cinahl, Proquest og Science Direct. Helstu leitarorð sem stuðst var við voru: *free clinic, healthcare, harm reduction, vulnerable populations, immigrants, homeless, drug addicts, poverty og nursing*. Aldurstakmarkanir á heimildum var 10 ár. Heimildir varðandi innlend úrræði fyrir jaðarsetta hópa fengust m.a. frá heimasíðum og úr skýrslum. Hluti ritgerðarinnar byggir einnig á reynslu höfundar og viðtölum hans við jaðarsetta einstaklinga.

2.1 Hugtakanotkun

Jaðarhópar er orð sem oft er notað yfir hópa sem eru utangarðs í samfélaginu, á jaðrinum. Orðið felur í sér hlutleysi eða jafnvel ásökun á hópana sjálfa fyrir að hafa komið sér á þann stað. Því hefur höfundur ákveðið að nota hugtakið jaðarsettir hópar í þessu verkefni en orðið felur í sér ásetning kerfis, sem að því er virðist viljandi, býr ekki til rými fyrir þá sem minnst mega sín. Úrræðaleysi og aðgerðarleysi kerfis getur verið jaðarsetjandi fyrir einstaklinga sem eiga sér ekki til neins að venda nema til hins opinbera. Einstaklingar þvingast út á jaðarinn vegna bakgrunns, lífsreynslu, lífsstíls eða einhvers annars sem gerir þau að undantekningum frekar en reglum.

Fræðileg samantekt

3 Jaðarsettir hópar

Jaðarsettir hópar eru það sem kallast á ensku *marginalized* en í fræðunum er einnig talað um viðkvæma þjóðfélagshópa (*e. vulnerable populations*) en það eru hópar sem eru í meiri hættu á að lifa við verri heilsu og aðgang að heilbrigðiskerfinu (Shi & Stevens, 2005). Orðið jaðarsetning felur í sér að ákveðnir hópar innan samfélagsins eru færðir út á jaðarinn af kerfinu og samfélaginu og er því hugtakið ákveðin gagnrýni á það samfélag sem við lifum í. Almenn séð eru hópar jaðarsettra einstaklinga þeir sem eru samfélagslega útilokaðir og upplifa ójöfnuð valds og úrræða. Þeir hópar sem jaðarsettir eru innan heilbrigðiskerfisins eru þeir sem hafa takmarkaðan aðgang að félagslegum áhrifum, eru hindraðir frá úrræðum og fá meðferð og þjónustu sem er ólík þeirri sem aðrir fá vegna samfélagslegrar stöðu þeirra (Vasas, 2005). Fólk sem er jaðarsett mætir fjárhagslegum og kerfislegum hindrunum við að sækja sér aðstoð til heilbrigðiskerfisins en einnig er oft litið fram hjá jaðarsettum hópum við úthlutun heilbrigðisúrræða (Priebe o.fl., 2012).

Í grein sinni um jaðarsetta hópa skilgreinir fræðikonan og hjúkrunarfræðingurinn Elyssa B. Vasas vel hugtakið jaðarsetning. Vasas bendir réttilega á að miðja er ekki til án jaðars og eðli málsins samkvæmt getur jaðarsetning ekki orðið nema fyrir tilstilli einhverskonar staðals eða venju - miðju. Hugtökin miðja og jaðar fela í sér tvíhyggju; Við og Hinir, Venjulegu og Óvenjulegu, Æskilegu og Óæskilegu. Jaðarinn er ákveðinn af miðjunni og þeir sem tilheyra jaðrinum er haldið á sínum stað í gegnum ýmiskonar valdbeitingu, s.s. útskúfun, refsingu, stofnanavistun og fangelsun. Jaðrinum er einnig haldið á sínum stað með neikvæðum staðalímyndum, fordómum og lygum sem eru staðfærð á jaðarsetta hópinn. Erfitt er að gera grein fyrir hverjir eru hluti af miðjunni sem ákveður hverjir ýtast á jaðarinn og hverjir ekki. Miðjan ákvarðast af meirihlutanum og í meirihlutanum eru áhrifamiklir einstaklingar sem beina straumnum í ákveðna farvegi. Erfitt getur verið að koma auga á jaðarsetta hópa og einstaklinga en ástæðan getur verið sú að jaðarsettu einstaklingarnir halda sig ekki í návígi við svokallaða miðju, heldur í öðru umhverfi, s.s. úthverfum og á öðrum tímum, t.d. á nóttunni. Jaðarsettir hópar halda sig einnig oft saman útaf fyrir sig og eru því ósýnilegir miðjunni. Þarfir þeirra og raddir berast því ekki til miðjunnar eða heyrast einfaldlega ekki og heldur fræðimaðurinn Mohanti því fram að þetta heyrnarleysi miðjunnar stafi af því að þeir sem eru í forréttindastöðum innan samfélagsins séu ekki þjálfaðir í að heyra raddir þeirra sem ekki hafa sömu forréttindi. Oftar en ekki virðast beiðnir jaðarsins því of kröfuharðar eða óraunhæfar þegar í raun kröfurnar um ný úrræði og kerfisbreytingu eru ekki óraunhæfar heldur krafa um grundvallarmannréttindi og leyfi til að lifa.

Jaðarsetning breytist í áranna rás. Þeir sem voru jaðarsettir áður fyrr eru ekki endilega jaðarsettir í dag og öfugt. Á hverjum tíma þarf því að athuga hverjir eru jaðarsettir í heilbrigðiskerfinu og athuga hvernig best sé að þjónusta þá hópa. Dæmi um þá hópa sem eru jaðarsettir nú til dags eru fátækt fólk, heimilislaust fólk, fólk með fíknir, vímuefnaneytendur, fólk af þjóðernisminnihluta, innflytjendur, flóttafólk og fólk í vændi. Jaðarsetning á sér stað í mörgum samfélags- og menningarlægum og oft

en ekki skarast þessi lög. Einstaklingar geta verið jaðarsettir á marga vegu og frá mörgum sjónarhornum en oftast er talað um jaðarsetningu þegar rætt er um skörun á kynþætti, fátækt og skort á heilbrigðisúrræðum.

Í grein sinni bendir Vasas réttilega á mikilvægi þess að hjúkrunarfræðingar séu meðvitaðir um jaðarsetningu hópa og einstaklinga og láti sig hana varða. Þetta segir hún mikilvægt svo að hjúkrunarfræðingar verði ekki hluti af orðræðu miðjunnar en einnig svo að hjúkrunarfræðingar gæti lært af jaðarsettum hópum og einstaklingum. Mikilvægt er að hjúkrunarfræðingar séu leiðandi við að færa óréttlæti fram í dagsljósið og bæta þjónustu við jaðarsetta hópa (Vasas, 2005).

3.1.1 Jaðarsettir heimilislausir

Heimilisleysi er vítt hugtak sem á við um ótryggar heimilisaðstæður fólks. Þakleysi er ein útgáfa af heimilisleysi sem snýr að þeim sem sofa utandyra (e. *rough sleepers*), nýkomnir innflytjendur, fórnarlömb eldsvoða og náttúruhamfara eða þolendur heimilisofbeldis. Húsleysi er einnig heimilisleysi en það á við einstaklinga sem eiga sér ekki samastað en búa í tímabundnu eða skammtímahúsnæði, hótelum, fósturheimilum o.þ.h. Fólk sem býr í ófullnægjandi, óöruggu, yfirfullu húsnæði eða tímabundið hjá fjölskyldu eða vinum eru einnig talin heimislaus. Sumir upplifa heimilisleysi einu sinni á ævinni en þó er staðreyndin oftast sú að fólk er heimislaust lotubundið, endurtekið eða að staðaldri. Áhættuþættir fyrir heimilisleysi eru margir og er þá m.a. hægt að nefna; heimilisofbeldi, kynferðislegt ofbeldi, atvinnuleysi, áfengis- eða vímuefnaneyslu, geðvandamál eða –veikindi, skort á félagslegu neti eða dauða foreldris í æsku. Kerfislægir áhættuþættir fyrir heimilisleysi eru skortur á stuðningsúrræðum eða samfélagsúrræðum fyrir jaðarsetta hópa (Wright & Tompkins, 2006).

3.1.2 Jaðarsettir áfengis- og vímuefnaneytendur

Einstaklingar með áfengisfíkn, vímuefnafíkn og jafnvel tóbaksfíkn finna fyrir fordómum og jaðarsetningu í samfélaginu. Ekki er jaðarsetningin þó eins fyrir þessar fíknir, sumar fíknir eru taldar nær samfélagslegum gildum en aðrar. Sum vímuefni eru vímuefni efnaðra en önnur teljast vímuefni fátækra. Einnig eru sum vímuefni hærra í stigveldinu en önnur og sama á við um notendur þeirra. Má þar t.d. nefna nálanotendur sem hóp neytenda sem lægstir eru í stigveldinu og hvað mest jaðarsettir (Ahern, Stuber, & Galea, 2007). Fólk með vímuefna- og/eða áfengisfíkn finnur fyrir jaðarsetningu og fordómum frá samfélaginu og yfirvöldum sem eru byggðir á neikvæðum staðalímyndum. Þær staðalímyndir eru t.d. glæpastarfsemi og afbrot, ofbeldi, smitsjúkdómahætta, vændi o.fl. Þessar neikvæðu staðalímyndir leiða refsilöggjafir, almenningsviðhorf og úthlutun heilbrigðisúrræða en þolendur þessa kerfis- og samfélagsfordóma fá að súpa seyðið af umhverfi sem er óvinveitt þeim. Eins og með alla fordóma er ekki hægt að færa þessar neikvæðu staðalímyndir á alla sem tilheyra hópi fólks með fíknir. Almennur og kerfið lítur oftast ekki á fíknir og fíknisjúkdóma sem meðvitaða og siðferðislega ákvörðun og glæpsamlega hegðun í staðinn fyrir að líta á fíkn sem heilbrigðismál. Einstaklingar með fíknir eru því látnir taka persónulega ábyrgð

á fíkn sinni, oftar en ekki með refsiaðgerðum, s.s. jaðarsetningu og fangelsisvist. Jaðarsetning fólks með fíknir leiðir m.a. af sér heilsufarsvandamál, geðvandamál, húsnaðisleysi og dauða. Með dyggri aðstoð jaðarsetningar af völdum kerfis- og samfélagsfordóma vinda aðstæður fólks með fíknir upp á sig, oftar en ekki með alvarlegum afleiðingum (Livingston, Milne, Fang, & Amari, 2012; Palepu o.fl., 2013).

3.1.3 Jaðarsettir Innflytjendur

Jaðarsettir innflytjendur hafa ekki jafnan aðgang að úrræðum kerfisins, þá helst heilbrigðisúrræðum og eru ástæðurnar nokkrar. Munur á menntastigi getur gert fólki erfitt fyrir í nýju landi þar sem menntakerfið er uppbyggt á annan hátt og skilyrði eru sett til að fá atvinnu s.s. menntaskólagráðu jafnvel háskólagráðu. Innflytjendur eru því líklegri til að þurfa að vinna láglæðingastörf eða þeir eru atvinnulausir sem gerir þeim erfitt fyrir að sækja sér þjónustu. Heilsuskaði af völdum atvinnu er einnig algengari hjá fólki í láglæðingastörfum en oftar en ekki er erfiðara fyrir innflytjendur að leita réttar síns vegna slæmrar vinnuaðstöðu. Jaðarsetning innflytjenda getur einnig stafað af kröfu samfélagsins um ákveðna tungumálakunnáttu sem erfitt getur verið að standast. Réttarstaða innflytjenda skiptir einnig máli hvað varðar tækifæri þeirra til að nýta sér heilbrigðisúrræði og taka þátt í samfélaginu. Oftar en ekki er erfitt fyrir fólk að fá landvistarleyfi, atvinnuleyfi eða sjúkratryggingu en allir þessir þættir eru nauðsynlegir fólki til að njóta þjónustu hefðbundins heilbrigðiskerfis. Fordómar gagnvart fólki af öðrum uppruna eru einnig stór þáttur í jaðarsetningu innflytjenda en fordómar sem slíkir eru kerfislægir og aftra fólki frá því að sækja sér þjónustu (Derose, Escarce, & Lurie, 2007).

3.1.4 Jaðarsettir fátækir

Fólk sem lifir undir fátæktarmörkum er einnig jaðarsett í samfélaginu. Fátækt fólk á erfiðara með að sækja sér heilbrigðisþjónustu en helstu ástæður þess eru peningaleysi. Það hefur þau áhrif að fólk forgangsraðar öðru fram fyrir heilbrigðisþjónustu og sækir einungis þjónustu þegar heilsa þeirra er komin í óefni. Einnig er talið að fjarlægð frá heilbrigðisþjónustu sé stór þáttur þess að fólk sem glímur við fátækt eigi erfiðara með að sækja sér þjónustu heilbrigðisúrræða. Oftar en ekki eru atvinnuaðstæður fólks á þann veg að það getur ekki sótt heilbrigðisúrræði á dagvinnutíma eða það hreinlega býr svo langt frá næsta úrræði að það getur illa sótt það (Loignon o.fl., 2010).

Heilbrigðis- og félagsfræðin nefna viðkvæma þjóðfélagsþópna þá hópa sem eru í hvað mestri hættu á skorti á heilbrigðisþjónustu en það á helst við um fátækt fólk, innflytjendur og einstaklinga sem búa í fátækum hverfum eða bæjarhlutum. Viðkvæmir hópar eru jaðarsettir, en samkvæmt rannsóknum greina þeir frá verri heilsu, hafa verri aðgang að heilbrigðisþjónustu og eru í meiri hættu á að farnast verr. Rannsóknir hafa sýnt að peningaskortur á heimilum og í samfélögum eða bæjarhlutum hefur bein áhrif á heilsu og velfarnað einstaklinga. Skortur á peningum hefur einnig áhrif á lífshætti, heilbrigðisvitund og aðgang að heilbrigðiskerfi (Shi & Stevens, 2005; Wen, Browning, & Cagney, 2003).

Hér á eftir verður fjallað um heimilislausa, fólk með fíknir, innflytjendur og fátækt fólk sem jaðarsetta. Höfundur gerir sér þó grein fyrir að fleiri hópar eru jaðarsettir og má þar nefna fólk með fatlanir og LGBTQIA fólk.

4 Jaðarsettir á Íslandi

Af ýmsum ástæðum er erfitt að segja til um fjölda jaðarsettra einstaklinga á Íslandi. Einstaklingar sem tilheyra þessum hópum eru oftast en ekki svo jaðarsett að þau eru nánast neðanjarðar, engar skrár eru til um þau og þau nýta sér fá úrræði kerfisins. Fjöldi fólks í hópnum breytist einnig svo hratt að erfitt er að meta hversu margir tilheyra hverjum hóp. Að auki hafa jaðarsettir hópar á Íslandi lítið verið rannsakaðir. Einu tölurnar yfir fíkniefnaneytendur fást frá SÁÁ og eru þær tölur gróflega áætlaðar. Fjöldi heimilislausra á Reykjavíkursvæðinu er einnig gróflega áætlaður af hinum ýmsu stofnunum og úrræðum sem veita þessum hópum þjónustu.

Talið er að allt að 700 einstaklingar á Íslandi sprauti sig með vímuefnum en þetta eru tölur byggðar á innlögnum á sjúkrahús SÁÁ og því gæti fjöldinn verið meiri en áætlað er (SÁÁ, 2010). Samkvæmt kortlagningu á fjölda heimilislausra sem sóttu þjónustu í Reykjavík, gerð árið 2012, er ljóst að 179 einstaklingar voru heimilislausir. Rannsóknin tók til gagna sem komu frá hinum ýmsu stofnunum; Velferðarsviði Reykjavíkurborgar, Samhjálp, Rauða krossinum, Dagsetri Hjálpræðishersins, Lögreglunni á höfuðborgarsvæðinu og Fangelsismálastofnun (Erla Björg Sigurðardóttir, 2012). Þessi skýrsla var eina opinbera úttektin sem höfundur fann um fjölda heimilislausra í Reykjavík. Eins og áður sagði eru tölurnar byggðar á gögnum stofnana og því má telja að fjöldinn sé enn meiri og styður nýjasta þjónustuskýrsla Dagseturs Hjálpræðishersins það. Samkvæmt þeirri þjónustuskýrslu frá árinu 2014 sóttu 324 einstaklingar Dagsetrið. Markhópur Dagsetursins eru heimilislausir einstaklingar með fíknir og eru karlar meirihluti þjónustuþeganna (Guðrún Þorgerður Ágústsdóttir, 2015).

Árið 2012 gaf Rauði krossinn og Hjálparstarf kirkjunnar út samantekt á stöðu fátækra á Íslandi. Sú samantekt greinir frá niðurstöðu Hagstofu Íslands frá árinu 2010 en samkvæmt henni eru 9-10% af íbúum Íslands undir lágtekjumörkum og því í hættu á jaðarsetningu af völdum fátæktar. Til að teljast undir lágtekjumörkum þurfa einstaklingar að falla undir eitt eða fleiri af þessum skilyrðum: búa við verulegan skort á efnislegum gæðum, búa á heimilum þar sem atvinnuþátttaka er mjög lítil eða vera undir lágtekjumörkum (Rauði Krossinn Reykjavík og Hjálparstarf kirkjunnar, 2012). Í annarri skýrslu Rauða krossins frá árinu 2010 var greint frá þeim hópum sem eru í mestri hættu á að aðlenda undir lágtekjumörkum en hóparnir eru fimm: þeir einstaklingar sem hafa ekki bótarétt s.s. ungir atvinnuleitendur með litla menntun, barnafjölskyldur með lágar tekjur og einstæðir foreldrar, innflytjendur með litla íslenskukunnáttu og lítinn félagslegan stuðning, öryrkjar og einstaklingar með fatlanir og börn á framfæri og að lokum börn sem skortir tækifæri vegna bakgrunns og félagslegrar stöðu (Rauði Kross Íslands, 2010).

Heilbrigðisúrræði hérlendis sem sérhæfa sig í málefnum jaðarsettra hópa og einstaklinga eru af skornum skammti. Rauði krossinn rekur Frú Ragnheiði, skaðaminnkandi nálastíptíþjónustu, og Konukot sem er skaðaminnkandi næturaðsetur fyrir heimilislausar konur (Rauði Kross Íslands, 2015). Reykjavíkurborg rekur Gistiskýlið, gistiaðstöðu fyrir heimilislausar menn, með Samhjálp en sú stofnun rekur einnig Kaffistofuna sem er aðsetur á daginn fyrir heimilislausar (Samhjálp, 2015).

Þá rekur Hjálpræðisherinn Dagsetrið í samvinnu við Reykjavíkurborg. Úrræðið er aðsetur fyrir heimilislausa á daginn en frá Dagsetrinu starfa einnig félagsráðgjafar sem sérhæfa sig í málefnum utangarðsfólks. Þar veita félagsráðgjafar ráðgjöf um húsnæðismál, heilsufar, meðferðarmál og fjárhagsáhyggjur (Guðrún Þorgerður Ágústsdóttir, 2015; Reykjavíkurborg, 2015). Að auki hefur höfundur ásamt öðrum hjúkrunarnemum frá hjúkrunarnemafélaginu Hlíf starfrækt skaðaminnkandi hjúkrunarþjónustu á Dagsetri Hjálpræðishersins tvisvar í viku. Sú þjónusta er sú fyrsta af sínu tagi á Íslandi.

5 Heilbrigðisvandamál og þarfir jaðarsettra hópa

Mikilvægt er fyrir heilbrigðisstarfsfólk að vita hverjar helstu þarfir sinna þjónustuþega eru til að geta veitt þeim heilðræna þjónustu (Daiski, 2007). Íslenskar rannsóknir sem lúta að heilbrigðisþörfum jaðarsettra hópa eru ekki til svo höfundur viti. Erlendar rannsóknir sem taka á þeim málaflokki eru þó til og því ekki úr vegi að líta á þær.

Heimilislausir einstaklingar og fólk með fíknir glíma við heilbrigðisvandamál af ýmsum toga og eru vandamál þeirra áþekkt að mörgu leyti. Vandamálin auka dánartíðni hjá þessum hópum en jafnan eru vandamálin langvarandi og erfitt að meðhöndla þau (Baggett, O'Connell, Singer, & Rigotti, 2010). Þegar einstaklingar úr þessum hópum sækja sér heilbrigðisþjónustu eru þeir oft veikari og þurfa frekar á spítalainnlögn og öflugri meðferðum að halda. Sjúkdómsástandi þeirra er viðhaldið af lífsstíl og kringumstæðum þeirra og oftast en ekki af skorti á heilbrigðisþjónustu. Því er mikilvægt að úrræði sem standa þeim til boða innan heilbrigðiskerfisins taki tillit til þessara þátta (Daiski, 2007).

Helstu kvillar sem hrjá heimilislausu einstaklinga og einstaklinga með fíknir eru lungnasjúkdómar s.s. lungnabólga, berklar og langvinn lungnabemba. Húðvandamál, s.s. exem, húðnetjubólga og ofnæmi, eru einnig algeng ásamt sárnum á húð vegna meiðsla, lélegrar blóðrásar eða óheilbrigðs lífsstíls. Þá eru meiðsli vegna slagsmála, falla eða slysa einnig algeng. Meiri hættu er á háum blóðþrýstingi, hjartaöng, hjartabelsbólgu og sykursýki. Smitsjúkdómar, t.d. HIV og lifrabólga C, eru einnig algengir sjúkdómar hjá þessum hópum. Að auki eru heimilislausir einstaklingar í meiri hættu á að smitast af árstíðabundnum sjúkdómum, s.s. kvefi og influensu og stafar það af líferni þeirra, hugsanlegri ónæmisbælingu og lélegri næringu. Vegna harðneskjulegs lífsstíls þeirra glíma þau oftast en ekki við fótavandamál, auma vöðva og önnur stoðkerfisvandamál sem koma upp vegna rötleysis og skorts á húsaskjóli eða samastað.

Einstaklingar sem verða heimilislausir eru líklegri til að byrja að neita vímuefna og einnig eru þeir líklegri til að þróa með sér spilafíkn eftir að heimilisleysi verður. Sýkingar eru ein algengasta dánarorsök heimilislausra (Hwang o.fl., 2010; Notaro, Khan, Kim, Nasaruddin, & Desai, 2013; Wright & Tompkins, 2006).

Heimilislausir og fólk með fíknir eiga oft við geðræn vandamál að stríða. Geðsjúkdómarnir geta verið ástæða eða afleiðing heimilisleysis en algengustu sjúkdómarnir eru geðklofi, geðhvarfasýki, þunglyndi, kvíðaröskun eða persónuleikaraskanir. Svokölluð tvígreining er algeng en það er þegar einstaklingar hafa fíknisjúkdóm samfara geðsjúkdómi. Þeir einstaklingar sem eru með tvígreiningu eru mun líklegri til að vera heimilislausir á einhverjum tímapunkti í lífi sínu.

Óvissa sem fylgir aðstæðum heimilislausra og fólks með fíknir getur verið mjög streituvaldandi. Að vita ekki hvað dagurinn ber í skauti sér eða hvar einstaklingurinn muni eyða nóttinni getur valdið miklum vanlíðan og verið undirliggjandi þáttur margra þeirra sjúkdóma sem greint er frá hér að ofan, bæði geðrænum og líkamlegum sjúkdómum. Léleg næring er einnig undirliggjandi áhættuþáttur fyrir fjöldann allan af sjúkdómum. Einstaklingar sem eiga ekki greiðan aðgang að mat

eru líklegri til að þróa með sér lífsstílsjúkdóma og geðsjúkdóma (Baggett o.fl., 2010; Folsom o.fl., 2005; Hwang o.fl., 2010; Notaro o.fl., 2013; Rickards o.fl., 2010).

Viðkvæmir hópar og hópar í lægri félagshagfræðilegri stöðu (*e. socioeconomic status*), s.s. innflytjendur og fátækt fólk, glíma að mörgu leyti við samsvarandi heilbrigðisvandamál og skort þegar kemur að tækifærum til að sækja sér heilbrigðisþjónustu. Samkvæmt rannsóknum greina þessir hópar frá verra heilbrigði og meiri veikindum. Meiri líkur eru á meiðslum barna, áfengisvandamálum, þunglyndi og kynbundnu ofbeldi en einnig er heilbrigðismiðuð hegðun eins og regluleg hreyfing minni. Fólk í lægri félagshagfræðilegri stöðu eru einnig líklegra til að verða berskjölduð fyrir eiturefnum í umhverfi sínu s.s. eitri á vinnustað, reyk og mengun. Efnislegur skortur hvort sem það er fjárráð, menntun, heilbrigðisþjónusta eða jaðarsetning getur haft í för með sér langvinnt álag en það hefur alvarleg áhrif á heilsu fólks (Fiscella & Williams, 2004; Wen o.fl., 2003).

Rannsóknir sem greina heilsu innflytjenda eru ekki á hverju strái en þó er sammælt um að innflytjendur hafi ekki jafnan aðgang og aðrir að heilbrigðiskerfinu og skorti aðgengi að reglubundinni heilbrigðisþjónustu (Fiscella & Williams, 2004). Aðlögun að nýrri menningu getur jafnframt valdið miklu álagi og heilbrigðisvandamálum (Derose, Bahney, Lurie, & Escarce, 2009; Newbold, 2005). Heilbrigðisvandamálin eru yfirleitt afleiðingar verri aðgangs að reglulegri grunnheilbrigðisþjónustu og tannlæknaþjónustu. Einnig tengjast heilbrigðisvandamálin því að sjúklingarnir skilja ekki fyrirmæli heilbrigðisstarfsfólks og öfugt – heilbrigðisstarfsfólk greinir röng vandamál hjá innflytjendum vegna tungumálaörðugleika (Derose o.fl., 2007; Ku & Matani, 2001).

Rannsóknir benda til þess að þeir einstaklingar sem glíma við fátækt fái frekar langvinna sjúkdóma og eigi erfiðara með að hafa stjórn á sjúkdómsástandi sínu. Einnig er andleg vanlíðan nátengd því að lifa undir fátæktarmörkum. Margar rannsóknir gefa til kynna áhættu á lífsstílsjúkdómum s.s. sykursýki, vegna óheilbrigðs lífsstíls hjá fátækum einstaklingum. Skert aðgengi að heilbrigðisúrræðum, þegar áhættuþættirnir eru svo margir, er því grafalvarlegt mál (Loignon o.fl., 2010).

6 Jaðarsettir hópar og hefðbundið heilbrigðiskerfi

Skert aðgengi að heilbrigðisþjónustu er sameiginlegt vandamál ofangreindra hópa og veldur því að sjúkdómar og aðrir heilsufarslegir þættir verða alvarlegri en ella. Skert aðgengi skýrist m.a. af hindrunum sem jaðarsettir einstaklingar finna fyrir þegar þeir þurfa að sækja sér þjónustu en einnig skýrist það af viðhorfum heilbrigðiskerfisins og starfsfólks þess til jaðarsettra hópa. Samband jaðarsettra einstaklinga við heilbrigðiskerfið hefur mikil áhrif á sókn í heilbrigðisúrræði og sjálfumönnun fólks með langvinna sjúkdóma. Því virðist t.d. sem að fylgi sé á milli ágreinings við heilbrigðisstarfsfólk og meðferðarheldni (Baggett o.fl., 2010; Loignon o.fl., 2010).

Hindranir sem birtast jaðarsettum hópum eru af mörgu tagi. Stimplun (*e. stigmatization*) er ein helsta hindrun sem birtist heimilislausum einstaklingum og fólki með fíknir. Stimplunin er vegna viðhorfa og fordóma samfélagsins og heilbrigðiskerfisins gegn þeim. Vel er þekkt að fólk bregðist við stimplunum og fordómum með reiði, félagsfælni eða skömm og hafa rannsóknir sýnt fram á að skömm vegna líferniss helst þó svo að einstaklingur breytir um lífsstíl. Skömm sem jaðarsettir einstaklingar finna fyrir vegna ástands síns helst því oft en ekki út lífið og heldur hún því áfram að hafa slæm áhrif á líf þeirra. Viðbrögð fólks við skömm getur annað hvort aukið skömmina eða dregið úr henni. Jaðarsettir einstaklingar sem eru stimplaðir beita því oft neikvæðum varnarviðbrögðum vegna þeirra viðhorfa sem þau mæta frá samfélaginu (Ahern o.fl., 2007; Livingston o.fl., 2012).

Skortur á trausti gagnvart heilbrigðisstarfsfólki er einnig algeng hindrun sem jaðarsettir einstaklingar finna fyrir. Ungt fólk og einstaklingar sem hafa orðið fyrir ofbeldi hafa verri aðgang að heilbrigðiskerfinu vegna þessa en þeir sem hafa orðið fyrir ofbeldi eru hræddir um að það verði tilkynnt til yfirvalda gegn þeirra vilja. Ungt jaðarsett fólk er hrætt um að vera tilkynnt ef það leitar sér þjónustu og því eru þessir hópar oft en ekki ósýnilegir kerfinu (Hwang o.fl., 2010). Skortur á trausti birtist einnig í hræðslu við að mæta fordómum og lélegri þjónustu frá heilbrigðisstarfsfólki. Einnig birtist skortur á trausti í hræðslu við að komast í kast við lögin vegna viðveru þeirra eða að vímuefnaneysla þeirra verði tilkynnt til yfirvalda (Ahern o.fl., 2007).

Algengustu fordómar heilbrigðisstarfsfólks, sem eykur skömm heimilislausra og fólks með fíknir, eru t.d. þær hugmyndir að þessir hópar misnoti kerfið, kæri sig ekki um heilsu sína eða að þessir einstaklingar hafi svo litla meðferðarheldni að það taki því ekki að sinna þeim. Fordómar sem þessir stuðla að verri þjónustu við jaðarsetta einstaklinga og geta einnig valdið því að heilbrigðisstarfsfólk neiti að veita skaðaminnkandi þjónustu eða einkenameðferðir, s.s. verkjalyf (Livingston o.fl., 2012).

Einstaklingar sem eru heimilislausir eða með fíknir þurfa oft en ekki að forgangsraða grunnþörfum sínum. Þar birtist enn ein hindrunin því aðrar grunnþarfir, s.s. matur og skjól, eru yfirleitt settar framar en heilbrigðisþarfir (Baggett o.fl., 2010; Folsom o.fl., 2005; Hwang o.fl., 2010). Aðrar hindranir sem koma fram í rannsóknum eru t.d. erfiðar samgöngur að heilbrigðisúrræðum, opnunartímar úrræða og biðtímar. Fólk með fíknir og heimilislausir einstaklingar eiga erfitt með að

sækja úrræði á hefðbundnum tímum en einnig eiga þau oftast en ekki erfitt með að bíða í lengri tíma á biðstofum, jafnvel í miklu áreiti (Daiski, 2007; Folsom o.fl., 2005; Hwang o.fl., 2010).

Hindranir, sem fólk af félagshagfræðilegri lægri stöðu mætir, eru margvíslegar og að hluta til sambærilegar þeim sem skýrt var frá hér að framan. Innflytjendur eiga við menningarbundnar hindranir sem mikilvægt er að athuga en í þeim felst t.d. kynjahlutverk, vantraust á vestrænum læknavísindum og menntun. Tekjur og kostnaður við að sækja sér aðstoð getur einnig skapað hindranir. Aðgengi að heilbrigðisúrræðum getur verið sérstaklega takmarkað hjá kvenkyns innflytjendum en minni sókn þeirra í heilbrigðisúrræði getur haft í för með sér minni nýtingu forvarna s.s. krabbameinsskimana og bólusetninga barna (Newbold, 2005). Skortur á túlkaþjónustu innan heilbrigðiskerfisins er stór þáttur þess að jaðarsettir innflytjendur sækja ekki heilbrigðisþjónustu reglulega en einnig benda rannsóknir til að innflytjendur hafi slæma reynslu af heilbrigðiskerfinu. Þjónustan sem þeir fá sé ekki góð og traust þeirra á heilbrigðiskerfinu veikt eða ekki til staðar. Lítil menningarleg hæfni heilbrigðisstarfsfólks er einnig hindrun en innflytjendur greina frá óánægju ef þá hæfni skortir hjá heilbrigðisstarfsfólki. Viðhorf starfsfólks er einnig misjafnt eftir því hvaðan innflytjandinn kemur, hvernig húðlit hann hefur og hvort hann er frá vesturlöndum eða öðrum menningarheimum. Aðrar hindranir sem innflytjendur standa gagnvart eru ónóg þekking á heilbrigðiskerfinu en oft vita innflytjendur ekki hvert þeir eiga að leita (Derose o.fl., 2007).

Heimilislausir og aðrir jaðarsettir einstaklingar hafa yfirleitt verra heilsufar en þeir sem ekki eru í sömu stöðu. Þeir eru líklegri til að kljást við langvarandi veikindi, andleg veikindi og lifa gjarnan styttri ævi. Þrátt fyrir verra heilsufar og meiri þörf hafa þau slæmt aðgengi að heilbrigðisþjónustu (Desai & Rosenheck, 2005). Verri aðgangur að heilbrigðisþjónustu leiðir af sér að einstaklingar sækja aðstoð seinna og vandamálin verða alvarlegri. Þau sem skortir greitt aðgengi að heilbrigðisþjónustu geta ekki hugsað um langvarandi veikindi sín eins vel og þau sem hafa gott og reglulegt aðgengi. Jaðarsettir hópar hafa ekki sömu tækifæri eða þekkingu til að sækja sér heilbrigðisþjónustu reglulega. Því er álag frá þeim hópum á bráðamóttökum oft meira, jafnvel vegna veikinda sem hefði mátt koma í veg fyrir ef aðgangur jaðarsettra hópa að grunnheilbrigðisþjónustu væri tryggður. Fólk í þessari stöðu hefur yfirleitt ekki einn lækni sem fylgir eftir rannsóknum eða lyfjagjöfum og er sú aðhlynning sem það fær frá heilbrigðiskerfinu yfirleitt óreglubundin. Einstaklingar sem lifa óreglusömu eða rótlausu lífi eiga einnig erfitt með að sækja sér eftirfylgni vegna aðstæðna sinna, skipta á sárum í heilnæmu umhverfi, nálgast lyf sem eru nauðsynleg og fylgja ráðlögðu mataræði. Einnig getur verið sérlega erfitt fyrir þessa einstaklinga að fara sér hægt eftir sjúkrahúslegu, s.s. hvíla beinbrot (Rickards o.fl., 2010). Samkvæmt rannsóknum hafa jaðarsettir hópar einnig minna heilsulæsi sem veldur því að erfiðara er fyrir þá að vita hvenær og hvort þeir eiga að leita sér hjálpar og hvaða spurninga þau eiga spyrja varðandi heilsu sína (Baggett o.fl., 2010; Cadzow, Servoss, & Fox, 2007).

Minni heilsugæslunýting og meiri nýting á bráðamóttöku sjúkrahúsa er einkar kostnaðarsamt fyrir heilbrigðiskerfið. Þetta er þó staðreynd hjá jaðarsettum einstaklingum, bráðamóttökur eru þau úrræði sem þeir notast mest við. Þessi þróun hefur hefur margar slæmar afleiðingar m.a. þær að

jaðarsettir einstaklingar sækja sér ekki þjónustu fyrr en allt er um seinan og þegar heilsufar þeirra er orðið alvarlegt. Þróunin endurspeglar einnig þá gríðarlegu hindranir sem jaðarsettir hópar eiga við að etja þegar þeir þurfa að sækja sér þjónustu til heilbrigðiskerfisins (Desai & Rosenheck, 2005).

7 Heilbrigðisúrræði fyrir jaðarsetta hópa

Hægt er að draga þá ályktun að þær fjölmörgu hindranir sem jaðarsettir hópar standa frammi fyrir í heilbrigðiskerfinu gefi til kynna að hefðbundin úrræði henta hópunum einfaldlega ekki. Hinsvegar hafa ýmisskonar úrræði utan heilbrigðiskerfisins borið góða raun samkvæmt rannsóknum í þjónustu við jaðarsetta hópa. Úrræði innan heilbrigðiskerfisins sem sérhæfð eru að þörfum jaðarsettra hópa hafa einnig sýnt árangur en hvort sem úrræði eru sjálfstæð eða rekin af kerfinu þarf yfirleitt að vera yfirlýst skaðaminnkandi stefna svo þau séu vel sótt af markhópnum. Úrræðin ættu einnig að vera svokallaðar „lágþröskuldaþjónustur“ en það á við um úrræði sem fjarlægja allar hindranir svo skjólstæðingar eigi auðveldara með að sækja þau. Lágþröskuldaþjónustur eru yfirleitt skaðaminnkandi, gjaldfrjálsar og í nærumhverfi skjólstæðinganna og eru mannaðar af fagfólki sem sérhæfir sig í jaðarsettum hópum. Úrræði sem eru miðuð að jaðarsettum hópum og með skaðaminnkandi stefnu taka mið af þjónustuþegum sínum og mæta þeim þar sem þeir eru staddir en það er stór ástæða fyrir því að þau ná til jaðarsettra einstaklinga (Islam, Topp, Day, Dawson, & Conigrave, 2012). Hér á eftir verður fjallað stuttlega um skaðaminnkun og skaðaminnkandi úrræði en í lok kaflans verður fjallað um heilsugæsluúrræði þar sem hjúkrunarfræðingar skipa lykilhlutverk.

7.1 Skaðaminnkandi úrræði

Skaðaminnkandi úrræði ganga út frá því að sumir einstaklingar vilja ekki eða hafa ekki getu til að breyta áhættulífinu sínu. Skaðaminnkandi lágþröskuldaúrræði gera ekki kröfu um að skjólstæðingar séu allsgáðir eða haldi sig frá áfengis- eða vímuefnaneyslu. Einnig gera þau ekki kröfu um að þjónustuþeginn þurfi að klára eina meðferð til þess að geta sótt aðra, þ.e. skjólstæðingar geta nýtt sér það sem þeir vilja og komið og farið að vild. Í stað þess að krefjast bindindis reyna skaðaminnkandi úrræði að hvetja skjólstæðinga sína til að setja sér sín eigin markmið og sjá tengingu á milli lífarnis síns og líkamlegri og andlegri líðan. Skaðaminnkun gengur einnig út frá því að fjölpættar ástæður séu fyrir jaðarsettu áhættulífinu s.s. félagslegar, kerfislegar og persónulegar. Hver og ein manneskja hefur sitt eigið persónubundna samband við lífinu sitt og sína sögu en þeir sem iðka skaðaminnkun dæma skjólstæðinga sína ekki út frá því (Rogers & Ruefli, 2004).

7.1.1 Nálaskiptiþjónustur

Þau úrræði sem líklegast eru algengust um allan heim eru nálaskiptiþjónustur. Þær hafa margsannað gildi sitt með því að draga úr smitsjúkdómum sem tengist neyslu vímuefna með sprautunálum, draga úr líkamlegum sköðum, s.s. sárum og sýkingum, veita fræðslu um öruggari nálanotkun o.s.frv. Nálaskiptiþjónusta virkar þó best samhliða öðrum skaðaminnkandi úrræðum s.s. heilsugæsluúrræðum fyrir jaðarsetta hópa. Einnig hefur verið sýnt fram á að nálaskiptiþjónustur

hafa hvetjandi áhrif á þjónustuþega til að sækja sér aðra heilbrigðisþjónustu (Islam o.fl., 2012; Wodak & Cooney, 2006).

7.1.2 Skaðaminnkandi heilsufarsráðgjöf

Finnska heilbrigðiskerfið rekur fjöldann allan af skaðaminnkandi lágþröskuldamiðstöðvum sem veita heilsufarsráðgjöf og nálaskiptiþjónustu. Samkvæmt stofnanaskýrslu sem gefin var út um verkefnið fara þessar stöðvar af stað með átök, s.s. skimanir og fræðslu þegar þörf er á og bólusetningar þegar faraldrar koma upp. Þessar miðstöðvar hafa skilað afskaplega góðum árangri og eru vel sóttar af markhópnum sem samanstendur af jaðarsettum vímuefnaneytendum. Helsta ástæða þess er mikið traust sem skapast á milli þjónustuþega og fagaðila þegar skaðaminnkun er iðkuð en einnig eru miðstöðvarnar reknar í mörgum bæjum og borgum og í mörgum hverfum svo auðvelt er fyrir skjólstæðinga að sækja sér þjónustuna. Einnig er mikill kostur í viðamiklum verkefnum sem þessum hversu auðvelt er að hafa yfirsýn yfir þjónustupörfina á hverjum tíma og hver helstu heilbrigðisvandamál þjónustuþegana eru. Hægt er að bregðast snögglega við og koma þannig í veg fyrir aukin vandamál, s.s. sjúkdómsfaraldra (Arponen, Brummer-Korvenkontio, Liitsola, & Salminen, 2008).

7.1.3 „Housing First“

Annað skaðaminnkandi úrræði sem hefur reynst gagnlegt er svokallað „Housing First“ en það er húsnæðisúrræði fyrir jaðarsetta heimilislausa, yfirleitt þá sem eiga einnig við fíknir að etja. Einstaklingarnir fá úthlutað sínum eigin vistarverum þar sem ekki er krafist bindindis. Yfirleitt er einnig boðið upp á skaðaminnkandi vímuefnaráðgjöf, félagsráðgjöf eða heilsugæsluþjónustu. Verkefni sem þessi hafa sýnt sig bæta heilsu skjólstæðinga, auka lífsgæði, hvetja til reglusemi, spara pening fyrir heilbrigðiskerfið og draga úr innlögnum og sókn í bráðaþjónustu (Kirst, Zerger, Misir, Hwang, & Stergiopoulos, 2015; Padgett, Gulcur, & Tsemberis, 2006).

7.1.4 Skaðaminnkandi geðþjónusta

Lágþröskuldageðþjónusta sem beitir skaðaminnkandi meðferð er einnig nokkuð algengt úrræði. Yfirleitt felur hún í sér eins konar umræðuhópa eða einstaklingssamtöl á milli sérhæfðs meðferðaraðila og skjólstæðinga. Umræðuhóparnir eru oftast en ekki með ákveðin þemu eða fyrir afmarkaðan hóp en þar sem meðferðirnar eru byggðar á skaðaminnkun taka umræðuhóparnir mið af þjónustupörfinni á hverjum tímapunkti. Ekki þarf að panta tíma eða tilkynna komu sína fyrirfram heldur eru þjónusturnar svokallaðar „drop-in“. Útgangspunkturinn er skjólstæðingurinn og tekið er á málefnum sem valda honum vanlíðan hvort sem það eru nýskeðir atburðir eða úr fortíðinni. Einnig beinist stór hluti þessa úrræða að því að skapa rými fyrir skjólstæðingana þar sem þeir geta greint frá reynslu sinni á öruggum stað þar sem fordómaleysi ríkir. Þjónustur sem þessar hafa dregið úr vímuefnaneyslu, leitt til aukinnar vellíðunar skjólstæðinga og gert þá stöðugri í sínu geðræna ástandi (Little & Franskoviak, 2010).

7.2 Færanlegar heilsugæslustöðvar

Í grein eftir Sarradon-Eck er greint frá svokölluðu „sjúkrahúsi án veggja“. Úrræðið er starfrækt í Frakklandi en það felur í sér færanlega heilsugæslustöð með þverfaglegu teymi sem samanstendur af sálfræðingi, hjúkrunarfræðingi, lækni og félagsráðgjafa. Teymið ferðast í bíl á milli staða sem jaðarsettir hópar halda sig á. Teymið fylgist með heilsufarsástandi skjólstæðinga sinna og ef svo ber við aðstoðar það þá áfram í önnur sérhæfðari úrræði. Boðið er upp á spjall, ráðgjöf, aðhlynningu, lyf, lyfseðla, eftirfylgni o.fl. Kostir þess að vinna á götunni í nærumhverfi skjólstæðinganna er sá skilningur sem starfsfólkið öðlast á aðstæðum fólksins og mögulegum hættum. Stór hluti starfsins er stuðningur og tekur starfsfólkið fram í greininni að því finnist mikilvægt að gera hluti með skjólstæðingum sínum í staðinn fyrir að gera hluti fyrir þá. Starfsfólkið fylgir t.d. skjólstæðingum á fundi eða til lækni en aðalmarkmið verkefnisins er ekki að lækna eða laga skjólstæðingana heldur að bæta lífsgæði þeirra og veita hagnýtar lausnir við vandamálum til að bæta heilsu þeirra og líðan (Sarradon-Eck, Farnarier, & Hymans, 2014).

Annað úrræði sem einnig er færanlegt og starfrækt í bíl er hinn kanadíski „Health Bus“, hjúkrunarmóttaka fyrir jaðarsetta einstaklinga. Bíllinn er starfræktur af hjúkrunarfræðingum í samstarfi við ýmis úrræði fyrir jaðarsetta einstaklinga s.s. gistiskýli og önnur félagsleg úrræði. Bíllinn hefur fastar stoppistöðvar þar sem hann staðnæmist í nokkrar klukkustundir í senn og aðstoðar skjólstæðinga við heilsufarsþarfir þeirra. Samkvæmt könnun sem gerð var á starfsemi rútunnar þykir skjólstæðingunum í flestum tilfellum betra að sækja þá þjónustu en hefðbundna heilbrigðisþjónustu og voru ástæðurnar m.a. að auðvelt var að sækja þjónustuna, skjólstæðingarnir gátu valið að vera nafnlausir og fagmennska starfsfólksins var mikil (Daiski, 2005).

7.3 „Free-Clinics“

Heilsugæslustöðvar sérhæfðar að þörfum jaðarsettra hópa (free-clinics) eru úrræði sem höfundi eru sérstaklega hugleikin. Rík hefð er fyrir þessum úrræðum í Bandaríkjunum og viðfangsmiklar rannsóknir hafa verið gerðar á starfsháttum þeirra. Þeir rannsóknir saman um gríðarlega gagnsemi sem stöðvarnar þjóna við þá sem mæta hindrunum í heilbrigðiskerfinu. Eins og mörgum er kunnugum er heilbrigðiskerfið í Bandaríkjunum sérstaklega hamlandi og margir íbúar landsins hafa ekki sjúkratryggingu sem gerir þeim ókleift að sækja sér heilbrigðisþjónustu. Þeir einstaklingar eru markhópar heilsugæslustöðvanna en þær eru yfirleitt einkareknar, reknar af hagsmunasamtökum, sjálfbóðaliðasamtökum eða trúarsamtökum. Yfirleitt er starfslið stöðvanna þverfaglegt og samanstendur m.a. af hjúkrunarfræðingum, læknum og félagsráðgjöfum. Stundum er meirihluti starfsfólks með fastráðningu og stundum er meirihluti sjálfbóðaliðar (Darnell, 2010). Rannsókn sem gerð var á heilsugæslustöðvum sem þessum og skjólstæðingum þeirra frá árinu 2011 leiddi í ljós að þessi tegund af heilbrigðisþjónustu gegnir stærra hlutverki í Bandaríkjunum en áður var talið. Flestar stöðvarnar einbeita sér að sérstökum hópum þær sérhæfa sig t.d. í þjónustu við innflytjendur, verkalýðsstéttir, fátæka, vímuefnaneytendur, heimilislausa, LGBTQIA einstaklinga

o.fl. Margar stöðvar bjóða upp á meiri þjónustu en heilsugæslu, s.s. geðhjálp, kvensjúkdóma-skoðanir og tannlæknaþjónustu. Rannsóknin sendi út spurningalista sem 172 stöðvar svöruðu og 362 sjúklingar. Ein af áhugaverðari útkomunum úr þessari könnun var sú að 23,9% sjúklinganna svöruðu því að þau myndu ekki sækja sér aðra heilbrigðisþjónustu ef fríar heilsugæslur stæðu ekki til boða. Rannsóknin varpaði einnig ljósi á hversu mismunandi úrræðin eru að stærð og fjármunum en önnur útkoma úr rannsókninni var sú að sama hversu stórar stöðvarnar voru þjónuðu þær allar mikilvægu hlutverki í sínu nærumhverfi. Einnig spara þær spítölum í grennd við sig peninga, draga úr sókn í bráðaþjónustur ásamt því að koma í veg fyrir alvarlegar afleiðingar jaðarsetningar og skort á heilbrigðisþjónustu (Gertz, Frank, & Blixen, 2011).

Skaðaminnkandi heilsugæslustöðvar eru náskyldar þessum úrræðum hér að framan en munurinn er sá að þær hafa skaðaminnkandi úrræði, s.s. nálaskiptiþjónustu og/eða fíkniráðgjafa, á sínum snærum ásamt þeirri stefnu að mæta skjólstæðingum fordómalaust. Mikilvægt hlutverk þeirra er að minnka stimplun í kringum jaðarsetta vímuefnanotendur og gera þeim kleift að sækja heilbrigðisþjónustu. Skaðaminnkandi heilsugæslur hafa stundum lengri opnunartíma eða sveigjanlegri opnunartíma til að vera aðgengilegri þjónustuþegum sínum. Starfsemi þeirra er mjög breytileg því skaðaminnkandi heilsugæslur svara beint þjónustuþörfum skjólstæðinga sinna og hlaupa í þau skörð sem heilbrigðiskerfið skilur eftir. Þessar stöðvar hafa sýnt mikinn árangur í því að ná til markhópa sinna og bæta heilsu þeirra (Islam, Day, & Conigrave, 2010; Islam o.fl., 2012).

Eins og áður sagði eru heilsugæslustöðvar sem miðaðar eru að þörfum jaðarsettra algengt úrræði í Bandaríkjunum og eru þær misjafnar eins og þær eru margar. *Boston Health Care for the Homeless Program* er verkefni sem stofnað var árið 1985 fyrir heimilislausa og aðra jaðarsetta einstaklinga. Miðja verkefnisins er stærðarinnar heilsugæslustöð með möguleika á 90 innlagnarplássum fyrir einstaklinga sem eru of veikir til að dvelja í neyðarskýlum eða í heimahúsum en ekki nógu veikir til að leggjast inn á spítala. Ef þessi sjúkrapláss stæðu ekki til boða myndu skjólstæðingarnir verða enn veikari eða sækja á náðir bráðamóttaka. Stöðin býður upp á grunnheilbrigðisþjónustu sem ekki þarf að panta tíma né borga fyrir. Þverfaglegt starf er unnið í verkefninu en helstu stéttirnar eru hjúkrunarfræðingar, læknar, sálfræðingar og félagsfræðingar. Einnig er boðið upp á tannlæknaþjónustu, geðhjálp, kvenlækningar og margt fleira. Verkefnið hefur mörg minni teymi sem sinna fólki á götum úti, í neyðarskýlum og öðrum stöðum sem jaðarsettir sækja. Þessi færanlegu teymi eru mjög árangursrík í að veita þjónustu í nærumhverfi skjólstæðinga sinna, veita þeim eftirfylgni og leggja þá inn á stöðina ef svo ber við. Verkefnið er að hluta til styrkt af yfirvöldum og deilir það tölvukerfi með öðrum heilbrigðisúrræðum. Þetta gerir úrræðinu kleift að fylgjast vel með skjólstæðingum sínum og fá góðar upplýsingar um fyrri heilsufarssögu. Þetta hefur þó einnig sína galla því eins og áður hefur komið fram er nafnleysi eitt af því sem jaðarsettir kunna að meta þegar þeir sækja sér heilbrigðisþjónustu. Verkefnið sinnir stóru hlutverki í menntun nemenda á heilbrigðisvísindasviðum nærliggjandi háskóla s.s. Boston University og Harvard University. Nemendur sem hafa áhuga geta því stundað starfsnám á stöðinni og kynnst þessum mikilvæga og stóra hóp (O'Connell o.fl., 2010).

8 Hlutverk hjúkrunarfræðinga í þjónustu við jaðarsetta hópa

Heilbrigðisúrræði sem beinast að þörfum jaðarsettra hópa virðast vera áhrifaríkustu leiðirnar til að auka aðgengi þeirra að heilbrigðiskerfinu. Almenn heilbrigðisstarfsfólk er yfirleitt ekki í stakk búíð til að sinna jaðarsettum einstaklingum og þá sérstaklega heimilislausum og fólki sem neytir vímuefna. Þetta stafar af vanþekkingu á aðstæðum og bakgrunni þessara hópa en afleiðingar af þessu þekkingarleysi er oftast en ekki verri þjónusta. Miklu er hægt að breyta í þessum efnum ef heilbrigðisstarfsfólk er sérþjálfað og menntað í þjónustu við jaðarsetta hópa. Til þess að geta lagt mat á heilsu og þarfir jaðarsettra einstaklinga þarf að hafa þekkingu á baksögu og aðstæðum þeirra og geta komið með lausnir sem henta aðstæðum þessa fólks. Hjúkrunarfræðingar eru tilvalin stétt til að sinna því hlutverki og nefna fræðin einkum þá bandarísku sérfræðinga í hjúkrun (*e. nurse practitioners*) en þeir samtvinna hjúkrunarfræði og lækisfræði til að sinna þjónustuþegum sínum. Þeir hjúkrunarfræðingar eru hagkvæmir bæði fyrir kerfið og skjólstæðinga því þeir hafa tök á að ávísa lyfjum, s.s. sýklalyfjum, og þeir fækka milliliðum og fagfólki sem koma að hverjum sjúklingi (Seiler & Moss, 2012).

Eðli starfs hjúkrunarfræðinga gerir það að verkum að starf með jaðarsettum einstaklingum liggur beinast við. Hjúkrunarfræðingar bera faglega og siðferðislega skyldu til að veita þjónustu byggða á þörfum, óháð þjóðfélagshóp, litarhafti, menningarheimi og stéttarskipan. Hjúkrunarfræðingar eru einnig málsvavar sjúklinga sinna en jaðarsettir einstaklingar þurfa oftast en ekki hvað mest á því að halda. Því miður er þetta ekki svo í raunveruleikanum því ógrynni af fólki um allan heim fær ekki heilbrigðisþörfum sínum mætt en rannsóknir hafa sýnt að hjúkrunarfræðingum finnst jaðarsettir einstaklingar, þá sérstaklega heimilislausir og vímuefnaneytendur, erfiðir sjúklingar sem erfitt er að sinna og sýna samlíðan (Pauly, 2008).

Hjúkrunarfræðingar hafa einnig einstakt tækifæri til að kynnast jaðarsettum einstaklingum og bakgrunni þeirra. Samkvæmt könnun sem fræðikonan Daiki gerði á starfi „Health Bus“ fyrir jaðarsetta hópa greindu skjólstæðingar frá því að þeim fyndist betra að ræða við hjúkrunarfræðinga um heilsu sína áður en þeir leituðu til lækna eða að formlegum úrræðum. Einnig var greint frá í þeirri könnun að vegna eðli sambands hjúkrunarfræðings og skjólstæðings gætu hjúkrunarfræðingar gripið inn í líkamlega kvilla og önnur vandamál áður en þau verða alvarleg og veitt skjólstæðingum sínum ráðgjöf. Vegna þessa meðferðarsambands eru skjólstæðingar einnig líklegri til að venja komu sínar til hjúkrunarfræðinga en mikið gagn og forvarnargildi felst í reglulegri heilbrigðisþjónustu fyrir jaðarsetta hópa (Daiki, 2005). Hjúkrunarfræðingar eru yfirleitt fyrsta heilbrigðisstarfsfólkið sem jaðarsettir hópar hitta og því er bráðnauðsynlegt að þeir mæti skjólstæðingum sínum af virðingu, fordómaleysi og þekkingu. Hjúkrunarfræðingar ættu þar með að vera hluti af lausninni en ekki vandamálinu (Pauly, 2008).

9 Umræða

Eins og komið hefur fram í þessari fræðilegu samantekt eru þónokkrir samfélagshópar jaðarsettir innan samfélagsins og heilbrigðiskerfisins og eiga þar að leiðandi ekki greiðan aðgang að heilbrigðisþjónustu.

Innan heilsufræða og félagsfræða eru jaðarsettir hópar og skortur á úrræði handa þeim vel þekkt vandamál. Fræðikonan og hjúkrunarfræðingurinn Vasas bendir réttilega á að jaðarsetning er oftast en ekki kerfisbundin og birtist í minna aðgengi að heilbrigðisúrræðum. Þeir hópar sem eru jaðarsettir í heilbrigðiskerfinu hafa takmörkuð félagsleg áhrif, eru hindruð frá úrræðum og fá meðferð og þjónustu sem skilur sig frá öðrum vegna samfélagslegrar stöðu þeirra. Jaðarsettir hópar eru margir og einstaklingarnir innan þeirra fjölbreyttir. Hægt er að vera jaðarsettur á fleiri en eina vegu t.d. sem fátækur innflytjandi eða manneskjur í vændi sem neyta vímuefna (Vasas, 2005).

Í samantektinni var einblínt á fjóra jaðarsetta hópa; jaðarsetta heimilislausa, vímuefnaneytendur, innflytjendur og fátæka. Allir þessir hópar hafa það sameiginlegt að vera jaðarsettir í samfélaginu og eiga erfiðara með að sækja sér heilbrigðisþjónustu. Fjallað var sérstaklega um þessa fjóra hópa í íslensku samhengi en erfitt getur reynst að kortleggja fjölda og stöðu þeirra. Samkvæmt tölum SÁÁ frá árinu 2010 er talið að allt að 700 einstaklingar á Íslandi sprauti vímuefnum í æð. Árið 2012 var fjöldi heimilislausra í Reykjavík áætlaður 179 einstaklingar en samkvæmt starfsskýrslu Dagseturs Hjálpræðishersins frá árinu 2014 voru skjólstæðingar úrræðisins 324. Samkvæmt nýjustu tölum frá Rauða krossinum lifa 9-10% þjóðarinnar undir fátæktarmörkum. Allar þessar tölur eru áætlaðar út frá sókn í hin ýmsu úrræði og því eru þeir sem eru hvað jaðarsettastir, sem lifa nánast utan kerfisins, ekki taldir með (Erla Björg Sigurðardóttir, 2012; Rauði Krossinn Reykjavík og Hjálparstarf kirkjunnar, 2012; SÁÁ, 2010). Þessar tölur sýna þar með grófum hætti hversu margir eru jaðarsettir í samfélaginu og innan heilbrigðiskerfisins á Íslandi. Mætti þó telja að eflaust séu fleiri jaðarsettir einstaklingar á landinu en þessar tölur segja til um.

Heilbrigðisúrræði hérlandis sem sérhæfa sig í þjónustu við þessa hópa eru af mjög skorum skammti. Flest úrræðin þjónusta heimilislausa eða vímuefnaneytendur og hefur skaðaminnkun haslað sér völl á síðustu árum. Flest þessara úrræða eru gistiskýli, dagsetur og nálaskiptiþjónusta reknar af góðgerðasamtökum s.s. Rauða krossinum, Samhjálp og Hjálpræðishernum. Mikil þörf er á úrræðum sem sinna heilsufarsvandamálum jaðarsettra hópa á Íslandi því heilbrigðisþörfum allt of margra einstaklinga er ekki sinnt.

Heilbrigðisvandamál sem jaðarsettir hópar eiga við að etja eru af mörgum toga og tengjast yfirleitt aðstæðum þeirra og lífsháttum. Fólk sem stríðir við fátækt er t.d. í meiri hættu á lífsstílstengdum sjúkdómum s.s. offitu og lungnasjúkdómum. Fátækir einstaklingar eru einnig í meiri hættu á að fá langvinna sjúkdóma og hafa minna heilsulæsi og minni getu til að sjá um heilsu sína (Loignon o.fl., 2010).

Heilbrigðisvandamál jaðarsettra innflytjenda tengjast oftast en ekki lélegu aðgengi að heilbrigðisþjónustu og tungumálaörðugleikum (Derosé o.fl., 2007; Ku & Matani, 2001). Heimildir um

heilbrigðisvandamál fátækra einstaklinga og innflytjenda eru ekki á hverju strái og má telja að það sé vegna þess hversu víð hugtök fátækt og innflytjandi eru en einnig má velta vöngum yfir hvort lítill áhugi sé á að rannsaka málefnið. Heldur fleiri rannsóknir eru til um hagi og heilsu heimilislausra einstaklinga og vímuefnaneytenda. Þessir tveir hópar skarast oftast en ekki en helstu heilsufarskvillar sem koma fram í rannsóknum eru öndunarfærasjúkdómar, s.s. lungnabólga, berklar og langvinn lungnabemba. Húðvandamál og sýkingar, s.s. exem, húðnetjubólga og sýking í sárum, eru einnig algengir kvillar en einstaklingar í þessum hópum eru gjarnir á að fá áverka sem taka oftast en ekki langan tíma að gróa vegna aðstæðna og lífsstíls. Hár blóðþrýstingur, hjartaöng, hjartabolsbólga og sykursýki eru einnig algengir sjúkdómar. Smitsjúkdómar eru einnig vel þekkt vandamál hjá þessum hópum og vegna harðneskju lífsstíls þeirra eru stoðkerfisvandamál einnig mjög algeng. Geðsjúkdómar eru algengir á meðal fólks sem er heimilislaust eða neytir fíkniefna og tvígreining geðsjúkdóms og algengi tvíþátta geðsjúkdóma er staðreynd (Baggett o.fl., 2010; Hwang o.fl., 2010; Notaro o.fl., 2013; Rickards o.fl., 2010; Wright & Tompkins, 2006).

Heilbrigðisvandamál jaðarsettra hópa eru vissulega alvarleg en færa má rök fyrir því að allir þjóðfélagshópar hafi einhverjar heilsufarsáhættur tengda lífern og aðstæðum. Það sem aðgreinir jaðarsetta hópa þó frá öðrum hópum er skert aðgengi og skortur á heilbrigðisþjónustu. Einföldustu heilbrigðisvandamál og kvillar vinda upp á sig vegna þessa og spítalavistir verða lengri. Minni möguleikar á því að sækja úrræði sem henta vel og skert aðgengi að nærþjónustu veldur því einnig að sókn í bráðamóttökur er meiri og einstaklingar lenda í þeirri aðstöðu að vera ekki nógu veikir til að leggjast inn á spítala en of veikir til að vera einir síns liðs (Desai & Rosenheck, 2005).

Ástæður skerts aðgengis eru þónokkrar en við heimildaleit komu upp þemu sem varpa ljósi á hvar vandamálin liggja. Stimplun (stigmatization) er ein helsta ástæðan fyrir því að jaðarsettir einstaklingar eiga erfiðara með að sækja sér heilbrigðisþjónustu (Livingston o.fl., 2012). Fordómar heilbrigðisstarfsfólks og neikvæðar staðalímyndir sem samfélagið hefur um jaðarsetta einstaklinga er einnig stór hindrun og ýtir undir þá stimplun sem jaðarsettir einstaklingar finna fyrir. Fordómar geta birst sem tregða til að sinna heimilislausum eða fólki í vímuefnaneyslu vegna þeirra viðteknu hugmynda að það misnoti kerfið eða eigi ekki heima þar. Aðrir fordómar geta t.d. beinst gegn fólki sem talar ekki tungumál landsins sem það býr í. Þeir fordómar birtast í verri þjónustu en við aðra og skort á túlkþjónustu. Skortur á trausti gagnvart heilbrigðisstarfsfólki er algeng hindrun þeirra sem hafa orðið fyrir ofbeldi eða lifa á mörkum laganna, t.d. vímuefnaneytendur og flóttafólk. Einstaklingar sem hafa orðið fyrir ofbeldi eru hræddir um að brotið verði tilkynnt gegn vilja þeirra en ungt fólk leitar sér oft ekki aðstoðar af hræðslu við að verða tilkynnt til yfirvalda (Ahern o.fl., 2007; Derosé o.fl., 2007; Livingston o.fl., 2012).

Hindranir sem ekki eru beinlínis bundnar heilbrigðisstarfsfólki heldur heilbrigðiskerfinu sjálfu eru t.d. kostnaður við að sækja sér þjónustu en oftast en ekki þurfa þeir sem hafa lítinn pening á milli handanna að forgangsraða öðrum þörfum, s.s. mat eða húsaskjóli, framar heilsu sinni. Samgöngur að úrræðum, opnunartímar, pöntun tíma og biðtímar eru einnig stórar hindranir sem birtast jaðarsettum einstaklingum (Baggett o.fl., 2010; Folsom o.fl., 2005; Hwang o.fl., 2010).

Uppbygging hefðbundins heilbrigðiskerfis getur einnig verið jaðarsettum einstaklingum til trafala. Fólk í þessum hópum hefur yfirleitt ekki einn heimilislækni sem heldur utan um þeirra mál og sér um eftirfylgni. Aðstoð sem þessir hópar sækja hjá heilbrigðiskerfinu er því oftast en ekki óreglubundin. Vímuefnaneytendur og þeir sem eru heimilislausir lifa ef til vill ekki í aðstæðum sem gerir þeim kleift að hugsa um heilsu sína, taka reglulega inn lyf, fylgja ráðlögðu mataræði eða fara sér hægt (Rickards o.fl., 2010).

Heilbrigðisúrræði sem jaðarsettir hópar eiga auðveldara með að sækja eru margskonar en til þess að úrræði sem slík virki þurfa þau yfirleitt að vera rekin með skaðaminnkandi sjónarmiði svo að þau séu vel sótt. Lágþröskuldapjónustur hafa einnig borið góðan árangur en það eru úrræði sem laga starf sitt að skjólstæðinga hópi sínum með ýmsum leiðum, s.s. breyttum opnunartímum, ókeypis þjónustu og opnum tímum. Skaðaminnkandi og lágþröskuldaúrræði mæta skjólstæðingum þar sem þeir eru staddir og taka mið af þjónustubörf sem skapast hverju sinni (Islam o.fl., 2012).

Úrræði sem sérhæfa sig að þörfum jaðarsettra hópa er nauðsynlegur liður til að auka aðgengi þeirra að heilbrigðisþjónustu. Annar jafn mikilvægur þáttur til að auka aðgengi er hæfni starfsfólks en rannsóknir leiða í ljós að oftast en ekki finnst heilbrigðisstarfsfólki óþægilegt að sinna jaðarsettum hópum. Ástæður þess eru vanþekking, óöryggi og fordómar en þessir þættir leiða til verri þjónustu og meiri núnings á milli skjólstæðinga og starfsfólks. Mikilvægt er að heilbrigðisstarfsfólk hafi góða þekkingu á bakgrunni jaðarsettra einstaklinga og hvernig eigi að nálgast þá á sem besta máta (Pauly, 2008; Seiler & Moss, 2012). Hjúkrunarfræðingar eru tilvalin stétt til að leiða vitundarvakningu um þarfir jaðarsettra hópa en hjúkrunarfræðingar eru yfirleitt fyrsta heilbrigðisstéttin sem jaðarsettir hópa hitta innan heilbrigðiskerfisins. Vegna eðli starfsins hafa hjúkrunarfræðingar einnig betra tækifæri til að eiga gott meðferðarsamband við skjólstæðinga sína og vera þeirra málsvavar (Daiski, 2005; Pauly, 2008).

9.1 Reynsla höfundar af starfi hjúkrunarmóttöku

Á lokaári sínu í hjúkrunarfræði starfrækti höfundur ásamt skólafélögum sínum hjúkrunarmóttöku fyrir heimilislausa og fólk með fíknir. Hjúkrunarmóttakan var hluti af hjúkrunarnemafélaginu Hlíf en það er áhugafélag um skaðaminnkun innan hjúkrunarfræðideildar Háskóla Íslands. Einnig starfaði höfundur sem sjálfboðaliði í nálaskiptipjónustu Frú Ragnheiðar. Við þessi störf varð höfundi greinileg sú gríðarlega þjónustubörf sem er til staðar en hjúkrunarmóttakan var mjög vel sótt frá upphafi og nálaskiptipjónusta Frú Ragnheiðar hefur einnig verið lykilúrræði við jaðarsetta heimilislausa og vímuefnaneytendur í Reykjavík.

Hjúkrunarmóttaka Hlífar er opin tvisvar sinnum í viku, þrjár klukkustundir í senn. Fyrstu fjóra mánuðina sem móttakan var starfrækt sóttu 43 einstaklingar þjónustu, 78 sinnum. Karlar sem sóttu úrræðið voru 36 en konur einungis 7 en sá kynjamunur sýnir hversu þröngur hópur sækir Dagsetur Hjálpræðishersins. Þjónustubegar hjúkrunarmóttökunnar voru duglegir að sækja endurkomutíma en það er skýrt merki um árangur þjónustunnar; hindranirnar við að sækja þjónustuna voru svo litlar að skjólstæðingarnir gátu sótt úrræðið að vild.

Höfundi kom á óvart við gagnaöflun þessa verkefnis hversu mikið af rannsóknarniðurstöðunum voru sambærileg hennar eigin reynslu. Helstu störf hjúkrunarmóttöku Hlífar eru sáraskiptingar, eftirlit með sjúkdómsástandi, s.s. blóðþrýstingsvandamálum eða sykursýki, og andlegur stuðningur en niðurstöður rannsókna sýndu að það eru einmitt helstu heilsufarsvandamál jaðarsettra einstaklinga. Með því að sinna sárum og öðrum þörfum í nærumhverfi þeirra kom hjúkrunarmóttakan í veg fyrir alvarlegar afleiðingar þess að hafa skertan aðgang að heilbrigðisúrræðum s.s. blóðsýkingar. Heimilislausum einstaklingum og einstaklingum í neyslu getur reynst erfitt að finna tannlækna, kvensjúkdómalækna og aðra sérhæfða lækna til að sinna heilsu sinni. Margir skjólstæðingar hjúkrunarmóttökunnar hafa einnig töluverð tannvandamál vegna skorts á aðgengi að tannlæknum. Margar kvennanna hafa ekki farið til kvensjúkdómalæknis og mikil vöntun er á aðgengilegri kynsjúkdómaprófum.

Áður en hjúkrunarmóttakan starfaði sóttu þjónustuþegarnir bráðamóttökuna einna mest en oftast ekki eyddu þeir deginum þar og voru útskrifaðir að kvöldi til, jafnvel án þess að fá þá aðstoð sem þeir báðum um. Að sögn margra skjólstæðinga sem höfundur hefur sinnt og rætt við fannst þeim þeir afskiptir af kerfinu og voru mjög kvíðnir varðandi heilsu sína. Margir voru ekki í stakk búnir til að sækja þjónustu til heilsugæslu vegna þess hversu erfitt þeim getur reynst að panta tíma og halda þá en einnig vegna viðhorfa starfsfólks. Margir skjólstæðingar hjúkrunarmóttökunnar vildu ekki leita annað en á móttökuna og neituðu að sækja sér aðra aðstoð þar til komið var í óefni.

Þröngur hópur fólks heldur til á Dagsetri Hjálpræðishersins og eru það að mestu til útigangsmenn með fíknivanda. Margir kostir fylgja því að starfrækja hjúkrunarmóttöku í nærumhverfi skjólstæðinga eins og raunin er á Dagsetri Hjálpræðishersins. Það dregur úr hindrunum sem yfirleitt eru til staðar en þeir einstaklingar sem sækja þjónustu til Dagsetursins geta litið við á hjúkrunarmóttökunni þegar þeim hentar. Höfundi og öðrum sem starfræktu hjúkrunarmóttökuna fannst þó galli á starfseminni hversu þjónustuþegahópurinn var þröngur en önnur úrræði sem starfrækt eru fyrir jaðarsetta einstaklinga á höfuðborgarsvæðinu eru svo langt frá Dagsetri Hjálpræðishersins að erfitt er fyrir þá að leita til hjúkrunarmóttökunnar.

9.2 Tillögur til úrbóta

Reynsla höfundar af þeirri miklu aðsókn í hjúkrunarmóttöku Hlífar sýnir hversu sárlega það vantar viðameiri heilbrigðisúrræði sem sinnir grunnþörfum jaðarsettra einstaklinga. Samkvæmt reynslu höfundar og fræðilegu samantektinni hér að framan myndi skaðaminnkandi heilsugæslustöð sem staðsett er miðsvæðis henta best fyrir jaðarsetta hópa í Reykjavík. Færanlegt teymi innan heilsugæslustöðvarinnar gæti keyrt á milli ýmissa úrræða og sinnt þeim hópum sem eiga erfiðast með að sækja sér þjónustu, s.s. skjólstæðinga Dagseturs Hjálpræðishersins og Konukots. Færanlega teymið gæti þá fært skjólstæðinga til stöðvarinnar til nánari aðhlynningar ef svo ber við. Það er mat höfundar að heilsugæslustöðin þyrfti að búa yfir þverfaglegu starfsfólki sem hefur sérlegan áhuga á jaðarsettum hópum; hjúkrunarfræðingum, læknum, félagsráðgjöfum og sálfræðingum ásamt greiðum aðgangi að fíkniráðgjöfum, túlkum og jafnvel lögfræðiaðstoð.

Æskilegt væri að heilsugæslustöð sem þessi myndi bjóða upp á sömu þjónustu og hefðbundnar heilsugæslur ásamt því að bjóða upp á kynsjúkdómapróf og jafnvel gjöf á einföldum lyfjum, s.s. sýklalyfjum.

Lágpröskulda þjónusta sem þessi myndi léttu álagi af bráðamóttöku Landspítalans og koma í veg fyrir alvarlegar afleiðingar jaðarsetningar og skerts aðgengis að heilbrigðisþjónustu. Þjónusta sem þessi er einföld og hagstæð leið fyrir bæði þjónustuþega og fagfólk en einnig er árangurinn af þeim gagnreyndur (Darnell, 2010; Islam o.fl., 2012). Mörg fordæmi eru til um heilsugæslur fyrir jaðarsetta hópa í hinum ýmsu löndum svo ekki þarf að leita langt yfir skammt til að finna upp hjólið.

10 Ályktanir

Jaðarsettir hópar, heilsufar og samband þeirra við hefðbundið heilbrigðiskerfi er aðalumfjöllunarefni þessa verkefnis. Jaðarsettir hópar eru æði margir en lögð var áhersla á fjóra: heimilislausa, vímuefnaneytendur, innflytjendur og fátæka. Þessir hópar hafa ekki sama aðgengi og hinn almenni borgari að heilbrigðiskerfinu og sýnir það sig í minni aðsókn þeirra í heilsugæsluúrræði og meiri aðsókn í bráðamóttökur. Heilsa þeirra er bundin aðstæðum og líferni og er hún oftast en ekki verri en gengur og gerist vegna harðneskju lífs þeirra. Sambland afleiðinga af aðstæðum þeirra ásamt verri aðgangi að heilbrigðisúrræðum er því einkar slæmt og höfundur er ljóst eftir gerð þessa verkefnis og reynslu sinnar í starfi að það hallar verulega á jaðarsetta hópa í heilbrigðiskerfinu.

Ýmsar hindranir valda því að jaðarsettir hópar eiga erfiðara með að sækja sér þjónustu til heilbrigðiskerfisins en þessar hindranir eru oftast en ekki þess eðlis að auðvelt er að bæta úr þeim. Ábyrgðin liggur hjá heilbrigðisstarfsfólki og þá sérstaklega hjúkrunarfræðingum því þeir eru sú stétt sem ber að standa vörð um skjólstæðinga sína og vera þeirra málsvavar. Stefnumbreytingar og fjölgun úrræða er mikilvægur þáttur í auknu aðgangi að heilbrigðiskerfinu og nauðsynlegt virðist að skaðaminnkun sé samofin þeim úrræðum sem miðuð eruð að jaðarsettum hópum. Aukið aðgengi er ekki einungis jaðarsettum einstaklingum í hag, svo ekki sé minnst á grunnréttindi hvernar manneskju, heldur er það einnig mikilvægur liður í hagræðingu heilbrigðiskerfisins. Því fleiri sjúkdóma sem hægt er að koma í veg fyrir og halda í skefjum með sem minnstu aðkomu sjúkrahúsa er einstaklingum og kerfinu gríðarlega hagstætt. Höfundur telur mikilvægt að aðgangi hópa að heilbrigðiskerfinu sé vel rannsakað til að bera kennsl á þá hópa sem hallar mest á. Ásamt því er mikilvægt að kanna heilbrigðisþarfir jaðarsettra hópa á Íslandi svo hægt sé að laga úrræði að þeirra þörfum.

Reynsla höfundar af starfi við hjúkrunarmóttöku fyrir heimilislausa sýnir að mikil þjónustubörf er til staðar og að mikið gagn er hægt að gera með litlum fjárráðum og miklum metnaði. Betur má ef duga skal og telur höfundur að næsta skref í þjónustu við jaðarsetta hópa sé lágþröskulda-heilsugæslustöð sem löguð er að þörfum markhópa sinna. Heilsugæslustöð af því tagi myndi sinna þörfum jaðarsettra hópa betur en nú er gert og vera hagræðing fyrir heilbrigðiskerfi sem er að þrotum komið.

Heimildaskrá

- Ahern, J., Stuber, J., & Galea, S. (2007). Stigma, discrimination and the health of illicit drug users. *Drug and Alcohol Dependence*, 88(2–3), 188-196. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2006.10.014>
- Arponen, A., Brummer-Korvenkontio, H., Liitsola, K., & Salminen, M. (2008). *Trust and free will as the keys to success for the Low Threshold Health Service Centers (LTHSC): An interdisciplinary evaluation study of the effectiveness of health promotion services for infectious disease prevention and control among injecting drug users*: Kansanterveyslaitos.
- Baggett, T. P., O'Connell, J. J., Singer, D. E., & Rigotti, N. A. (2010). The unmet health care needs of homeless adults: a national study. *American Journal of Public Health*, 100(7), 1326-1333.
- Cadzow, R. B., Servoss, T. J., & Fox, C. H. (2007). The health status of patients of a student-run free medical clinic in inner-city Buffalo, NY. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 20(6), 572-580.
- Daiski, I. (2005). The health bus: healthcare for marginalized populations. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 6(1), 30-38.
- Daiski, I. (2007). Perspectives of homeless people on their health and health needs priorities. *Journal of Advanced Nursing*, 58(3), 273-281.
- Darnell, J. S. (2010). Free clinics in the United States: a nationwide survey. *Archives of Internal Medicine*, 170(11), 946-953.
- Derosé, K. P., Bahney, B. W., Lurie, N., & Escarce, J. J. (2009). Review: immigrants and health care access, quality, and cost. *Med Care Res Rev*, 66(4), 355-408. doi: 10.1177/1077558708330425
- Derosé, K. P., Escarce, J. J., & Lurie, N. (2007). Immigrants and health care: sources of vulnerability. *Health Aff (Millwood)*, 26(5), 1258-1268. doi: 10.1377/hlthaff.26.5.1258
- Desai, M. M., & Rosenheck, R. A. (2005). Unmet need for medical care among homeless adults with serious mental illness. *General hospital psychiatry*, 27(6), 418-425.
- Erla Björg Sigurðardóttir. (2012). Kortlagning á fjölda og högum utangarðsfólks í Reykjavík. Reykjavík: Velferðarsvið Reykjavíkurborgar.
- Fiscella, K., & Williams, D. R. (2004). Health Disparities Based on Socioeconomic Inequities: Implications for Urban Health Care. *Academic Medicine*, 79(12), 1139-1147.

- Folsom, D. P., Hawthorne, W., Lindamer, L., Gilmer, T., Bailey, A., Golshan, S., . . . Jeste, D. V. (2005). Prevalence and Risk Factors for Homelessness and Utilization of Mental Health Services Among 10,340 Patients With Serious Mental Illness in a Large Public Mental Health System. *American Journal of Psychiatry*, 162(2), 370-376. doi:10.1176/appi.ajp.162.2.370
- Gertz, A. M., Frank, S., & Blixen, C. E. (2011). A survey of patients and providers at free clinics across the United States. *Journal of community health*, 36(1), 83-93.
- Guðrún Þorgerður Ágústsdóttir. (2015). Árskýrsla 2014 - Dagsetur Hjálpþræðishersins. Reykjavík: Velferðarsvið Reykjavíkur.
- Hwang, S. W., Ueng, J. J., Chiu, S., Kiss, A., Tolomiczenko, G., Cowan, L., . . . Redelmeier, D. A. (2010). Universal health insurance and health care access for homeless persons. *American Journal of Public Health*, 100(8), 1454-1461.
- Islam, M. M., Day, C. A., & Conigrave, K. M. (2010). Harm reduction healthcare: From an alternative to the mainstream platform? *International Journal of Drug Policy*, 21(2), 131-133. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugpo.2010.01.001>
- Islam, M. M., Topp, L., Day, C. A., Dawson, A., & Conigrave, K. M. (2012). The accessibility, acceptability, health impact and cost implications of primary healthcare outlets that target injecting drug users: A narrative synthesis of literature. *International Journal of Drug Policy*, 23(2), 94-102. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugpo.2011.08.005>
- Kirst, M., Zerger, S., Misir, V., Hwang, S., & Stergiopoulos, V. (2015). The impact of a Housing First randomized controlled trial on substance use problems among homeless individuals with mental illness. *Drug and Alcohol Dependence*, 146, 24-29.
- Ku, L., & Matani, S. (2001). Left Out: Immigrants' Access To Health Care And Insurance. *Health Affairs*, 20(1), 247-256. doi: 10.1377/hlthaff.20.1.247
- Little, J., & Franskoviak, P. (2010). So glad you came! Harm reduction therapy in community settings. *Journal of Clinical Psychology*, 66(2), 175-188. doi: 10.1002/jclp.20673
- Livingston, J. D., Milne, T., Fang, M. L., & Amari, E. (2012). The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders: a systematic review. *Addiction*, 107(1), 39-50.
- Loignon, C., Haggerty, J., Fortin, M., Bedos, C., Barbeau, D., & Allen, D. (2010). What makes primary care effective for people in poverty living with multiple chronic conditions?: study protocol. *BMC Health Services Research*, 10(1), 320.
- Newbold, B. (2005). Health status and health care of immigrants in Canada: a longitudinal analysis. *Journal of Health Services Research & Policy*, 10(2), 77-83.
- Notaro, S. J., Khan, M., Kim, C., Nasaruddin, M., & Desai, K. (2013). Analysis of the health status of the homeless clients utilizing a free clinic. *Journal of community health*, 38(1), 172-177.

- O'Connell, J. J., Oppenheimer, S. C., Judge, C. M., Taube, R. L., Blanchfield, B. B., Swain, S. E., & Koh, H. K. (2010). The Boston Health Care for the Homeless Program: A Public Health Framework. *American Journal of Public Health, 100*(8), 1400-1408. doi: 10.2105/AJPH.2009.173609
- Padgett, D. K., Gulcur, L., & Tsemberis, S. (2006). Housing first services for people who are homeless with co-occurring serious mental illness and substance abuse. *Research on Social Work Practice, 16*(1), 74-83.
- Palepu, A., Gadermann, A., Hubley, A. M., Farrell, S., Gogosis, E., Aubry, T., & Hwang, S. W. (2013). Substance Use and Access to Health Care and Addiction Treatment among Homeless and Vulnerably Housed Persons in Three Canadian Cities. *PLoS ONE, 8*(10), e75133. doi: 10.1371/journal.pone.0075133
- Pauly, B. (2008). Shifting moral values to enhance access to health care: Harm reduction as a context for ethical nursing practice. *International Journal of Drug Policy, 19*(3), 195-204. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugpo.2008.02.009>
- Priebe, S., Matanov, A., Schor, R., Straßmayr, C., Barros, H., Barry, M. M., . . . Holcnerová, P. (2012). Good practice in mental health care for socially marginalised groups in Europe: a qualitative study of expert views in 14 countries. *BMC Public Health, 12*(1), 248.
- Rauði Kross Íslands. (2010). Hvar þrengir að?: Skýrsla Rauða Kross Íslands 2010. Reykjavík: Rauði Kross Íslands.
- Rauði Kross Íslands. (2015). Rauði Krossinn. Sótt þann 3. mars 2015, frá <https://www.raudikrossinn.is>
- Rauði Krossinn Reykjavík og Hjálparstarf kirkjunnar. (2012). Farsæld: Baráttan gegn fátækt á Íslandi. Samstarfshópur um enn betra samfélag. Reykjavík: Rauði Krossinn Reykjavík og Hjálparstarf kirkjunnar.
- Reykjavíkurborg, V. (2015). Dagsetur Hjálpræðishersins. Sótt þann 2.mars 2015, frá <https://www.reykjavik.is/thjonusta/dagsetur-hjalpraedishersins>
- Rickards, L., McGraw, S., Araki, L., Casey, R., High, C., Hombs, M., & Raysor, R. (2010). Collaborative Initiative to Help End Chronic Homelessness: Introduction. *The Journal of Behavioral Health Services & Research, 37*(2), 149-166. doi: 10.1007/s11414-009-9175-1
- Rogers, S., & Ruefli, T. (2004). Does harm reduction programming make a difference in the lives of highly marginalized, at-risk drug users? *Harm Reduction Journal, 1*(1), 7.
- Samhjálp. (2015). Samhjálp. Sótt þann 3. mars 2015, frá <https://www.samhjalp.is>
- Sarradon-Eck, A., Farnarier, C., & Hymans, T. D. (2014). Caring on the margins of the healthcare system. *Anthropology & medicine, 21*(2), 251-263.

SÁÁ. (2010). Ársrit SÁÁ - 2007-2010. Reykjavík: SÁÁ.

Seiler, A. J., & Moss, V. A. (2012). The experiences of nurse practitioners providing health care to the homeless. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 24(5), 303-312.

Shi, L., & Stevens, G. D. (2005). Vulnerability and unmet health care needs. *Journal of general internal medicine*, 20(2), 148-154.

Vasas, E. B. (2005). Examining the margins: A concept analysis of marginalization. *Advances in Nursing Science*, 28(3), 194-202.

Wen, M., Browning, C. R., & Cagney, K. A. (2003). Poverty, affluence, and income inequality: neighborhood economic structure and its implications for health. *Social Science & Medicine*, 57(5), 843-860. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00457-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00457-4)

Wodak, A., & Cooney, A. (2006). Do needle syringe programs reduce HIV infection among injecting drug users: a comprehensive review of the international evidence. *Substance Use & Misuse*, 41(6-7), 777-813.

Wright, N. M., & Tompkins, C. N. (2006). How can health services effectively meet the health needs of homeless people? *British Journal of General Practice*, 56(525), 286-293.