


Er det os eller patienterne der er problemet?

Morten Sodemann

Professor, overlæge, Global sundhed og Indvandrermedicin

 @mortensode

Morten.sodemann@rsyd.dk www.ouh.dk/indvandrerklunik

Vi er jo dygtige,
så det må være patienterne der er problemet



Afspøringsparathed: Når vi møder en patient der er mærkelig tager vi ulogiske beslutninger baseret på gætterier, fordomme og arketyper

Rescuers learn that the 'exotic' bird they found was actually a seagull covered in curry

 [Comment](#)



(Picture: Jeff Moore)

Møder de ansatte ond etik (*det gør nas*) eller vild etik (*super spændende udfordringer*)?



Ulighed er ikke en naturkraft

Vi lærer de studerende på sundhedsuddannelser at der ER ulighed og at det er et PROBLEM....men vi lærer dem ikke at imødegå det og undgå det

(Camilla Wang , leder, Absalon professionshøjskole)

– og sundhedsuddannelserne kommer dermed til at give de studerende indtrykket af noget naturgivent, et vilkår og en ramme som folk selv vælger.

En livsstil.....dårlige valg.....så de bærer selv skylden...og det fritager mig, os og sundhedsvæsenet for ansvar.



Kompetencetema i sygeplejerske

Tema: Situationsbestemt kommunikation i samspil med patient og borger, på fagprofessionelle i og på tværs af sektorer

Temaet retter sig mod situationsbestemt kommunikation, vejledning og undervisning i samspil med patienter/borgere og pårørende i professionsfaglig og tværprofessionel praksis.

Fokus er at opnå viden om individuelle, sociale og kulturelle forholds indflydelse på patienter/borgeres oplevelser og reaktioner på sundhedsudfordringer og sygdomssammenhænge samt færdigheder i og kompetencer til at tage ansvar for situationsbestemt kommunikation og pædagogiske interventioner.

ECTS-fordeling
Teoretisk undervisning: 18 ECTS
Klinisk undervisning: 12 ECTS

Velfærdssamfundets dusin dovne dogmer

1. Vil-diskursen: jamen de ***vil*** jo ikke
2. Det er kun de ***syge der bliver syge***
3. Nu har vi ***gentaget det 3 gange*** – så ved alle vist hvad det drejer sig om
4. ***Hvis jeg kan***, så kan du også
5. ***Sådan er reglerne***, det er ikke mig der laver dem
6. Jeg har mine regler, ***de andre har deres regler***
7. Hvis jeg ikke har en løsning ***så er det ikke mit problem***
8. Hvis vi ikke har det på hylden er det ***fordi du ikke har brug for det***
9. Det må nogle ***andre tage sig af***
10. Jo mindre jeg ved om dig ***jo lettere er det at være mig***

Ulighed er ikke noget ***de andre laver***

Ulighed foregår ikke ***ude i samfundet***

Ulighed skabes gennem politik, strukturer, kulturer og relationer med mennesker – alt er samfundet

Det er ikke din skyld, men dit ansvar

Privilegieblindt sundhedsvæsen:

Vores uvidenhed er grænseløs & uvidenhed letter arbejdet

Standard patient faktorer:

- Glemt
- Død
- Syg
- Standard: "Udeblevet uden afbud"
- For sent = udeblivelse i EPJ
- Køn, alder, etnicitet
- Diagnose
- Speciale
- Afdeling, sygehus
- Sanktioner - bøde for udeblivelse
- Multisygdom: men ofte kun viden om én sygdom
- Oftest ikke dokumenteret grund = patientens "skyld"
- "Mange udeblivelser"



Udeblivelse

Internt/kommunikation m. sygehus:

Prøvede at ombooke men fik ikke tlf kontakt
Aflyste på telefon men ikke registreret i sundhedsvæsenet
Sygehus glemt at sende brev
Sygehus aflyst og udsat aftalen flere gange
Patient forsøgt at flytte aftale
Har tidligere forsøgt at flytte aftale hvor det ikke blev noteret
Vrede over ikke at kunne kontakte afdelingen
Irritation over afdelingens kommunikationsstil

Eksterne relationer:

Chefen må ikke vide jeg er syg – har ikke råd til sygedag
Skal 'snige sig' til at gå til læge – ikke altid muligt på dagen
E-boks kode væk og sønnen er ude at rejse
Fik P-bøde sidste gang
Religiøse højtider
Uventede pludselige sociale begivenheder
Ulykke, død i nærmeste familie

Psykologiske/patientoplevelse af sygdommen:

Sygdommen fylder i forvejen alt for meget
Angst for sygdommen / behandlingen
Frygt for sygehus/læger/undersøgelse
Patienten skammer sig over eller er træt af sin sygdom
Mestringsstrategier
Sygdomsopfattelse afviger fra den forventede uden at personalet har opdaget det
Patientens viden om sygdomme er mere sparsom end personalet opfatter
Patienten føler sig rask
Patienten ér rask

Relationelle/patientoplevelse af behandling/læge/kompetencer:

Lægen er ikke dygtig, lægen utroværdig
Lægens spørgsmål hjælper mig alligevel ikke
De hører ikke på mig, de forstår mig ikke
Ydmygende samtaler, disrespekt (De taler altid om min vægt)
Jeg er bange for lægen
Vil ikke have skæld ud
Jeg er jo ikke blevet rask, medicinen virker ikke
Lægen forklarede ikke tydeligt nok hvorfor jeg skulle komme igen – sikkert ikke nødvendigt
Patienten har glemt at tage sig medicin og ønsker at undgå kommentarer
Stor skjult behandlingsbyrde som ikke anerkendes af personalet

Intelligent udeblivelse:

Afvejning af omkostning og fordele (intelligent udeblivelse)
Ligegyldige samtaler – spild af tid
Patienten er midlertidigt belastet af akutte vigtigere problemer
Risikovurdering: Erfarne kronisk syge vurderer selv behovet
Patienten ved at besøget kun er et protokolbesøg/ ifht standard retningslinje

Afstand – tidsforbrug – økonomi - tidspunkt

Ikke råd til togbillet
Tid på dagen (psykisk syg der sover i dagtiden)
Transportudfordringer:
Tog- og busforsinkelser
Flextrafik kom ikke eller kom for sent
Elsom – kan ikke skaffe køreledighed
Overgang til sommertid/vintertid
Kontanthjælp

Standard patient faktorer:

Glemt
Død
Syg
Standard: "Udeblevet uden afbud"
For sent = udeblivelse i EPJ
Køn, alder, etnicitet
Diagnose
Speciale
Afdeling, sygehus
Sanktioner - bøde for udeblivelse
Multisygdom: men ofte kun viden om én sygdom
Ofte ikke dokumenteret grund = patientens "skyld"
"Mange udeblivelser"

Sygehus/sundhedsvæsen faktorer:

Vilkårlig registrerings/dokumentationspraksis
Hvem booker, hvem registrerer udeblivelser
Ingen procedurer, ingen retningslinjer
Ingen SMS påmindelse, ingen telefonisk påmindelse
Tid ombooket af sygehus uden patienten fik besked
Breve uforståelige eller tvetydige
For mange informationer i breve (parkering, sygehusvalg, rettigheder etc)
Postforsinkelser indregnes ikke i tider
Udredningsgaranti fører til for hurtige tider
Nogle henvisende (praktiserende læger) har flere udeblevne patienter end andre
Patienter ved ikke hvorfor de er henvist
Patienter ved ikke at de er henvist
Patienter finder det svært at få svar på deres spørgsmål om aftalen
Aftalen for tæt på tidligere aftale.
Aftalen ændret flere gange (patient mister overblik)
Lægen er væsentligt forsinket og patienten må forlade sygehuset = udeblivelse
Patienten oplevet aftaler hvor lægen ikke var tilstede (glemt, overbook, lægen syg)
Meget lang ventetid på aftale – patienten ikke sikker på hvad det drejer sig om
Sygehuset har slettet aftalen men ikke givet patienten besked – forvirring
Indbygget "pop-op" besked når udeblevet patient skal have ny tid (patienten er udeblevet én gang: er du sikker på patienten skal have en ny tid)

**Udeblivelse
Aftale der ikke lykkes**

Blinde pletter: utroligt dårlige oplysninger fra dem det handler om

NHS
National Institute for
Health Research

Different data sources

"The other thing I didn't raise and I should have done because it does annoy me intensely, the time you have to wait for a bedpan [bed toilet]....Elderly people can't wait, if we want a bedpan it's because we need it now.

I just said to one of them, 'I need a bedpan please.' And it was so long bringing it out it was too late.

It's a very embarrassing subject, although they don't make anything of it, they just say, 'Oh well, it can't be helped if you're not well.' And I thought, 'Well, if only you'd brought the bedpan you wouldn't have to strip the bed and I wouldn't be so embarrassed.'
Betty

Patient questionnaire

Overall, did you feel you were treated with respect and dignity while you were in hospital?

Yes, always

Overall, how do you rate the care you received?

Excellent

Robert G. (2013) 'Participatory action research: using Experience-based Co-design (EBCD) to improve health care services'. In: S Ziebland, J Calabrese, A Coulter and L Looock (eds). *Understanding and using experiences of health and illness*, Oxford: Oxford University Press

University of Oxford

Livet som kronisk produktionsforstyrrelse

- Den **organisatoriske kompleksitet** fortrænger patient kompleksitet - fokus flyttes til at **hjælpe processer i stedet for patienter**
- Komplekse patienter er blevet til **hovsamissiler**: de forstyrrer og får skylden for at behandlingen fragmenteres
- De bliver et **produktionsproblem – fx 'frequent flyers'**

Guideline tyranni

Overstrukturering af behandling:

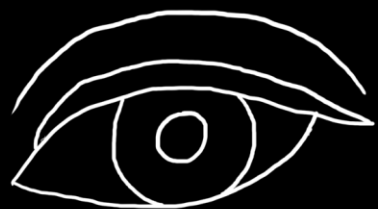
- fører til prioritering af ***organisatoriske*** færdigheder
- på bekostning af lægers ***kliniske og kommunikative færdigheder*** om patienters individuelle behov, bekymringer og viden

Biler, bryllupper & begravelser



Ulighedens mekanismer: den blinde plet

Kort uddannede og fattige har svært ved at:



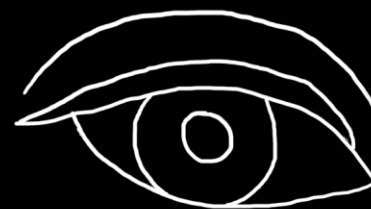
- **planlægge**

overskue sammenhænge,

- **kombinere** informationer

- tage strategiske **beslutninger**

- At arbejde med **lange tidshorisonter**



De hemmelige tricks i den skjulte lærebogs

stereotyper

Fagcentrisme

Magtposition

Opportunisme

Gruppetænkning

Privilegieblindhed

Ureflekteret praksis

Erfaring & fordomme

Indøvet inkompetence

Stigmatiserende praksiskultur

Bagatellisering og afvisninger

Læringshindrende forsvarsmekanismer

Vend spejlet: Svært at samskabe med en elefant i rummet

Mikroaggressioner (du har altså virkelig dårlige årer, er du måske læge?)

Uvelkommenhed (hvad vil du? – du kan finde informationen på nettet, vi har travlt – det har du ikke, der er andre der har det værre end dig)

Upassende faglighed (det krænker mig at ilten er skruet så højt op, vi vil ikke operere dig før du viser noget viljestyrke)

Organisationsbehov (Hvorfor har du ikke udfyldt dit skema hjemme, nu skal jeg bruge tid på det?)

→ internaliseres af patienter OG kolleger

Patienter der har oplevet afvisning justerer efterfølgende deres adfærd i sundhedsvæsenet.
Mennesker skyr med alle midler ydmygelser



Stigmatiserende sprogbrug i journalen

Påvirker lægelige beslutninger negativt i årevis
efter primære journalnotat

Alt det med småt

Opmærksomhedspunkter i mikroulighed

- Kontekst (emne, lyd, farver, møbler, stemning)
- Følelsesmæssig tilstand (stresstemperatur)
- Fonetik: Lyde, pauser
- Moment i samtalen (hvornår må man spørge)
- Turtagning (skift i perspektiv)
- Relevans og identifikation
- Diskursforståelse
- Sikkerhedszone (samskabelse af sikkert rum)
- Aktiv invitation
- Videns aktivering
- Potentielt empatiske muligheder (spor & ledetråde)
- Lytter mhp at afbryde eller aktiv lytning (mænd afbryder mere end kvinder)
- Uligheden i at blive set, hørt og forstået: evnen til at forhandle sin egen sandhed igennem

Ulighed har mange mærkelige ansigter

- Nogle historier gider vi ikke høre
- Nogle skal gentage deres historie
- Andres historie forbliver en stiliseret arketyrisk historie
- Andre bliver aldrig bedt om at fortælle deres historie
- De flestes historie er en falsk digital copy-paste historie

Læger i opråb: Patienter fortæller deres sygehistorie igen og igen – der er kun én vej

KRONIK

Thomas B. Ibsen,
Ole Hartling,
Kristoffer Marså og
Per Sjøgren

Vi er alle afhængige af og interesserede i et velfungerende og omkostningseffektivt sundhedsvæsen. Det gælder vores helbred. Det gælder også vores pengepung. Derfor er Etisk Råds advarende ord i redegørelsen »Omsorg i sundhedsvæsenet« vigtige: »Omkostningsbevidstheden må dog ikke blive så dominerende, at det bliver på bekostning af omsorgsbevidstheden. Omsorg må ikke 'glemmes' ud fra en tro på, at den indfinder sig af sig selv. For det gør den ikke.«

Det danske sundhedssystem er under pres. I Danmark brugte vi i 2021 10,8 procent af bruttonationalproduktet på sundhed, hvilket er over gennemsnittet i EU. Til trods for det ser vi et fald i aktiviteten, selvom der i årene 2019-2022 er kommet mere persona-

le. Hertil kommer, at der i fremtiden bliver et større antal ældre med kroniske sygdomme. Mange lider af flere sygdomme på samme tid, en tilstand som kaldes multisygdom. Det vil indebære en betydelig økonomisk omkostning. Allerede i 2017 stod ti procent af borgere med en eller flere kroniske sygdomme for 59 procent af de samlede sundhedsudgifter. En del af de høje udgifter skyldes, at cirka 11 procent af patienter, som udskrives fra et hospital genindlægges inden for 30 dage.

Manglende koordination fører til spild

I dag er der omkring 240.000 danskere med fire eller flere samtidigt forekommende kroniske sygdomme. Der er mange medicinske specialer involveret i behandlingen af det enkelte menneske med multisygdom.

Et stort problem er, at der mangler koordination mellem behandlingerne, hvilket medfører, at patienterne skal holde rede på mange konsultationsaftaler måske ovenikøbet på flere forskellige hospitaler. Informationsudvekslingen mellem hospita-

lerne og mellem hospitaler og kommuner er ofte mangelfuld, hvilket kan medføre misforståelser.

Patienterne skal bruge tid på at genfortælle deres sygehistorie og tid på at vente og blive transporteret mellem forskellige hospitaler. En særlig problemstilling gør sig gældende for kræftpatienter. Her er den tumorrettede behandling i fokus, og trods kræftpakker med tilrettelagte behandlingsforløb sker det ofte, at den lidende patient overses. Patienter med multisygdom behandles med mange slags forskellig medicin, som, når de tages samtidig, kan medføre en forøget risiko for svære og til tider livstruende bivirkninger. Det er vanskeligt for patienten at holde regnskab med, hvad der skal tages hvornår og hvordan, hvilket let kan medføre fejl. Da den enkelte speciallæge ikke nødvendigvis har det fulde overblik over al den medicin, patienten modtager, kan det være vanskeligt at prioritere mellem behandlingerne.

Et samlet ansvar for patienten

Den manglende koordination har konsekvenser for patienter med multisygdom. Det er således påvist, at patientforløb med fokus på forbedring af egenomsorg, mental sundhed, aftaler for patientbesøg og sikring af en plan for det enkelte patientforløb fremmer den sundhedsrelaterede livskvalitet, det mentale helbred og nedsætter risikoen for tidlig død. Et stort og ofte udtrykt ønske fra patienter med multisygdom og kræft er, at der findes en koordinerende enhed med en fast kontaktperson, som patienten kunne henvende sig til, og som kunne tage sig af patienten som en helhed.

Derfor er der al mulig god grund til, at regeringen har nedsat en sundhedsstrukturkommission. Kommissionen skal blandt andet se på opgavefordelingen i sundhedsvæsenet således, at der bedre kan udarbejdes

»Vi skal tænke nyt. Vi skal tænke bæredygtigt, og genbruge hvor det giver mening, men i nye sammenhænge. Vi skal indtænke omsorg og lindring i alle retningslinjer, som omhandler mennesker med livstruende sygdomme,« mener Thomas B. Ibsen, Ole Hartling, Kristoffer Marså og Per Sjøgren. Foto: Niels Ahlmann Olesen



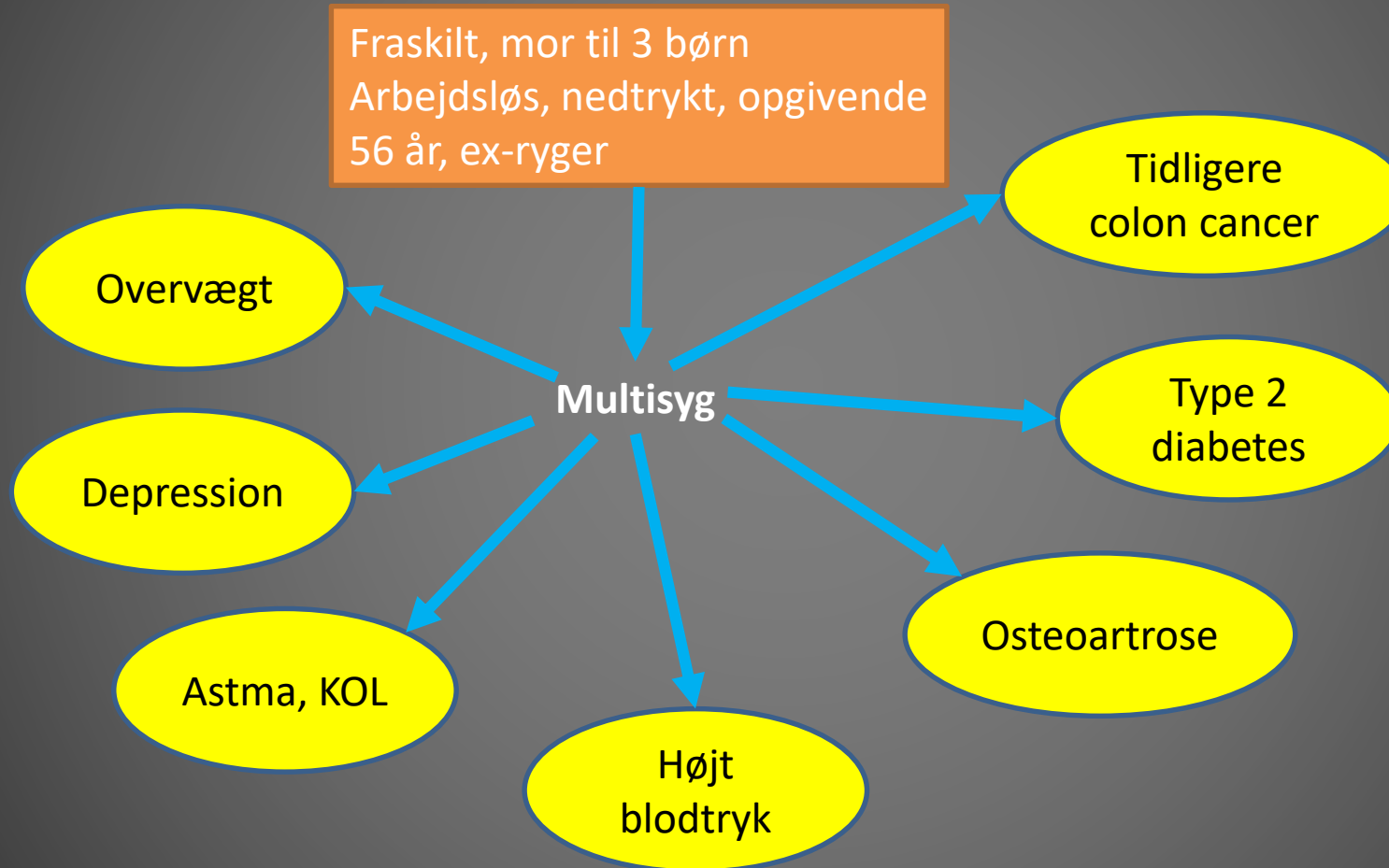
en sammenhængende plan for behandling, og hvor der tages et mere samlet ansvar for patientforløbet. Endvidere skal det undersøges, hvorledes det nære sundhedsvæsen kan styrkes og blive mere bæredygtigt gennem forbedring af omkostningseffektiviteten, forebyggelse af genindlæggelser og reduktion af unødigt brug af specialiserede funktioner.

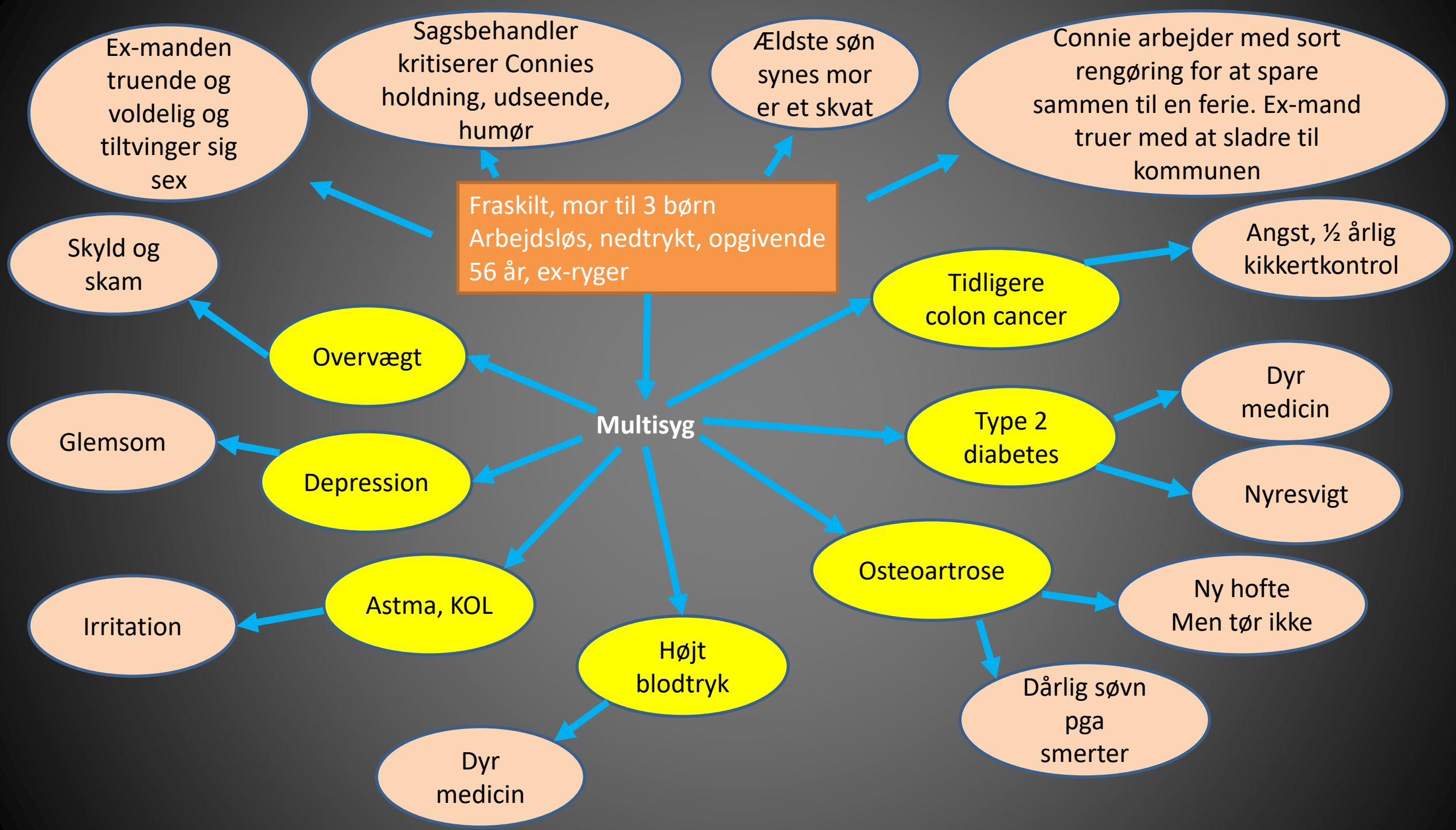
Bedre livskvalitet i den sidste tid

Når talen falder på sundhed, tænkes der ofte på forebyggelse og behandling af sygdomme, men sjældnere på, hvorledes patienter og deres pårørende bedst hjælpes, når sygdommen er så fremskreden, at helbredende behandling er udsigtsløs.

“Patienterne skal bruge tid på at genfortælle deres sygehistorie og tid på at vente og blive transporteret mellem forskellige hospitaler. En særlig problemstilling gør sig gældende for kræftpatienter.

Hvad er egentlig dit problem, Aase?





Fraskilt, mor til 3 børn
Arbejdsløs, nedtrykt, opgivende
56 år, ex-ryger



Ru bodegastemme

Kan sikkert hverken læse eller forstå noget

Synligt givet op overfor livet

Kvinde "Overgangsalder"

Ugidelig – umulig at aktivere

Fraskilt, mor til 3 børn
Arbejdsløs, nedtrykt, opgivende
56 år, ex-ryger

Ex-mand håner, ydmyger og misbruger hende

Sikkert alkohol og pillemisbrug selv om hun benægter

Selv børnene håner hende

Tabertype – inferiør. Ikke grund til at gøre den store indsats

Gør alligevel hvad der passer hende

Tynd-fed arketype (tyk mave, tynde arme/ben)

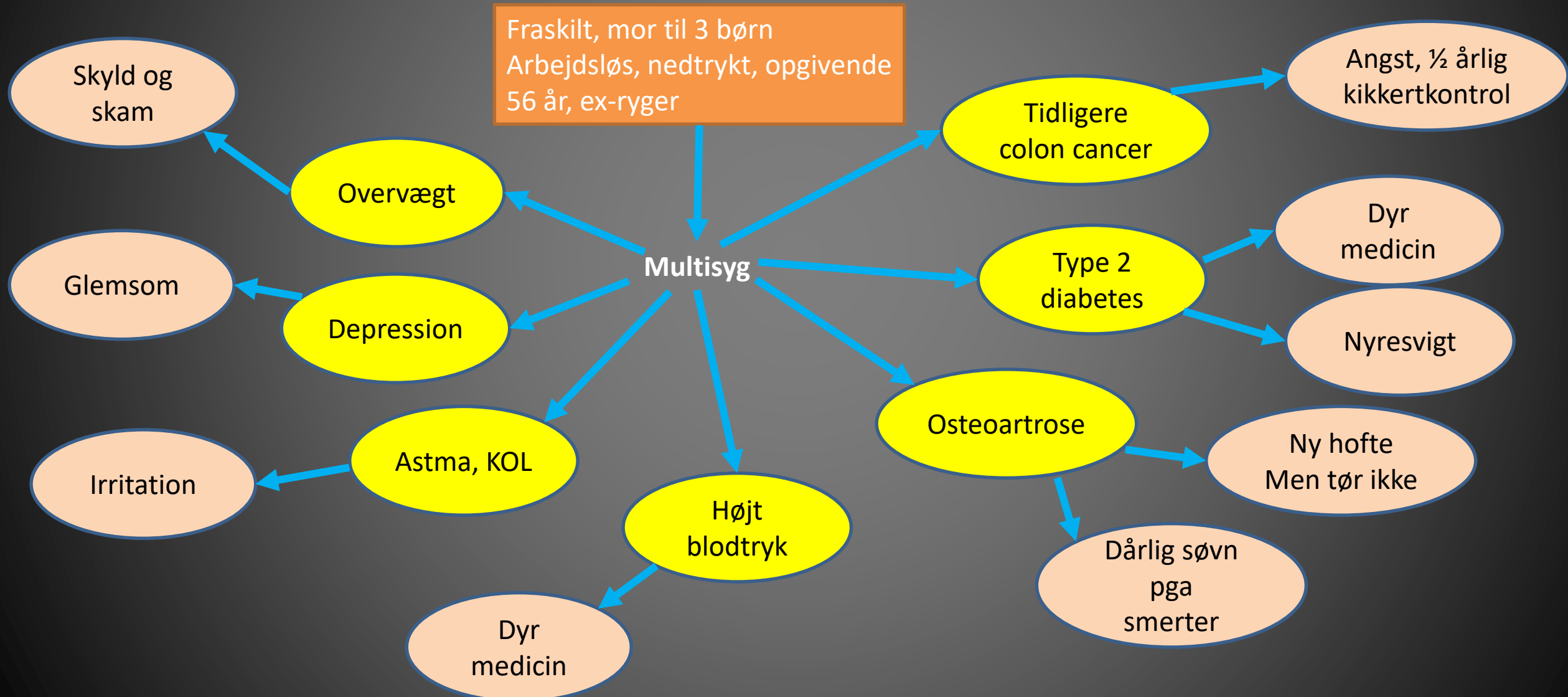
Stigmatiserende bemærkninger i rapport fra afklaringsforløb i kommunen

Ubehjælpelige tatoveringer

Simpelt sprog
Kedelig person

Stigmatiserende bemærkninger i lægeattest & sygehusjournal forfølger hende

7 diagnoser = 16 diagnoser + krydsfeltstigma



Hvornår bliver "noget" til noget rigtig alvorligt?

Den sproglige forandringskompetence er en kraftig ulighedsfaktor

Anelse → fornemmelse → ulmen → skidtmas → en tøddel
værre → → ulmen → ubehag → jag → symptom → akut →
livsfarligt → for sent

Sygdomme der i særlig grad kræver forhandlingskompetencer hos patienter og pårørende

- Sygdommene er karakteriseret ved
 - snigende forløb,
 - langsom udvikling af akut sygdom,
 - vage symptomer bliver let afvist hvis patienten har sprogbarriere,
 - symptomer der ændrer sig fra en fornemmelse til et faretegn, kræver sproglige kvalifikationer eller
 - situationer hvor anvendelsen af familie som tolk skjuler f.eks. alvorlige sygdomstegn, partnervold eller voldtægt.

Signifikant senere diagnostik af 'pointsygdomme' og sygdomme der er unødvendigt forhandlingstunge

Tabel 1. Eksempler på diagnoser der hyppigt er forbundet med forsinket diagnostik og behandling blandt patienter med sprogbarrierer

Diagnose
Sarkoidose
Astma
Ekstra-pulmonal tuberkulose
Arytmier
ALS
Epilepsi
ADEM
Familiær Middelhavsfeber
Rheumatoid arthritis
Stroke in progress
Kræft med knoglemetastaser
Arbejdsskader (OBS prekære ansættelser)
Partnervold
Voldtægt
Voksne seksuelt misbrugte som børn
Medfødte sygdomme og handicaps
Rejningsproblemer og infertilitet
Kognitive udfordringer, opmærksomheds- og personlighedsforstyrrelser
Skizofreni og paranoid psykose

Fleksibel relationel patientsikkerhed

Patientsikkerhed er plastisk og justeres efter kontekst, relation, blodsukker, tid på dagen, ugedag og sygemeldinger

Performance score

Er i virkeligheden en kontekstafhængig subjektiv hybrid score der er en vægtet værdi mellem

Patientens performance score: magter patienten behandlingen eller er patienten for sårbar

Og

Sundhedsvæsnets performance score: magter vi patienten eller bliver vi sårbare?

Når man skal forstå ulighed i et velfærdssamfund med lige adgang, skal man se på hvad de velstillede gør og ikke hvad de mindre velstillede udsættes for som konsekvens af hvad de velstillede gør.



De velstillede

- Bedre til **strategi**
- Kan **kombinere** informationer
- **Omsætte information** til egen hverdag
- Mange **handlemuligheder**
- Forhandlingskompetente
- ***Regne den ud***
- Ved hvor man får hjælp til det man ikke selv kan
- De har en høj ***opmærksomhedskapital***
- De kan ***kompensere for svagheder***
- De kan ***presse citronen*** for den sidste dråbe



Det tager tid at forhandle med de velstillede
der *kender* deres rettigheder og mere til.
Men det tager endnu længere tid at forklare dem
der *ikke* kender deres rettigheder
at de har rettigheder



....men den tid har de velstillede allerede brugt

Ledelsens ulidelige lethed =

Verdensbilledet da man forlod frontlinien

+

Det ubearbejdede skjulte curriculum

+

De problemer & spørgsmål man får som leder

Den fastfrosne virkelighed

Forståelsesrammen fastlåses
efter 6 måneder på lederposten:
stiliseret, ureguleret, "rent" & "naivt"

Verdensbilledet & erfaringer da man forlod frontlinien & blev leder

+

Det ubearbejdede skjulte curriculum

Lommeuld, overlevelsestricks,
fordomme, generaliseringer,
arketyper & snuptagsløsninger

+

De problemer & spørgsmål man får som leder

Men ikke de problemer man ikke hører
om eller de spørgsmål man ikke stilles,
de stille, de ordentlige, de stressede,
de kyniske, de "quiet quitting"

Konsekvens: legitimering af ulighed

- Analyser af problem på **betydeligt lavere mentaliseringsniveau** end virkeligheden kræver
- Analyser baseret på **bedagede tankesæt**
- Problemfokus styres af **stærke mellemledere**, højtråbende afdelinger og **stærke sygdommes** behov
- De ansattes faktiske onde etiske problemer forsvinder
- De ansatte, oplever **ledelsesmæssig stiltiende accept** af forskelsbehandling- fordi **markante patienter** prioriteres



A & B holdet

– Hvem har den stærkeste sygdom?

6 NYHEDER.



Her kommer specialet til patienten

I fremtiden undgår folk med diabetes at blive sendt rundt på forskellige afdelinger på sygehuset til undersøgelse og behandling. Det nye Steno Diabetes Center Odense bliver nemlig patienternes ene indgang til sygehuset.



Culvane er færdige i flere af rummene. Så Jan Heston (ned nederst) er her ved at danke dem til, mens Claus Helmer Andersen, projektleder på Nyt OUH med ansvar for udførelse og brandtrykning, og Trine Jørgensen, planlægningskonsulent i SDCO, ser til. Foto: Michael Boger

bojet i nakken er markant hos planlægningskonsulenten fra Steno Diabetes Center Odense, der har været med til at styre og planlægge byggeriet, allerede inden første spadestik kom i jorden.

– Det bliver et rigtig fedt rum, siger hun med et stort smil under sikkerhedsbrillen.

Og selvom rummet endnu er fyldt med et stilsiddet par og allerede inden første spadestik kom i jorden.

– Det bliver et rigtig fedt

rum, siger hun med et stort smil under sikkerhedsbrillen.

Og selvom rummet endnu er fyldt med et stilsiddet par og allerede inden første spadestik kom i jorden.

– Det bliver et rigtig fedt

6 NYHEDER.

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

6 NYHEDER.

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

6 NYHEDER.

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

NYHEDER

</

A photograph of a red rectangular sign mounted on a dark red brick wall. The sign has white text that reads "IF WE DON'T HAVE IT. YOU DON'T NEED IT." The sign is positioned below a white ledge. Above the ledge, a window is visible with various items on the sill, including a green container and some papers. The ground in front of the wall is paved with grey rectangular stones.

IF WE DON'T HAVE IT.
YOU DON'T NEED IT.

Sundhedsvæset har færre og færre tilbud
til dem der har mest brug for det

Hallooo – er der nogen?

Hvis alle i velfærdssamfundet følger

Standard minimum

Og alle udfører

Neutral sagsbehandling

Så skaber vi kaskader af ulighed



Det der er problemet med *dem* er *os*

