

Masteruddannelsen i Sundhedsfremme Masterafhandling



Udsat for corona

Socialt udsattes oplevelser under COVID-19 pandemien



Studerende:	Studienummer:	Eksaminator:	Anslag
Ankie Bitten Ramkær	67683	Barbara Ann Barrett	172.490
Signe Lindemann	67692		Antal Normalsider 2400 enheder
Marion Ulrik Valentin	67695		72
			Eksamenstermin: Sommereksamen 2021

Abstract

Title: Exposed to corona – socially disadvantaged experiences during the COVID-19 pandemic

Background: Inequity in health is a global concern and in a Danish context studies show that the inequity gap is growing. During the lock downs in Denmark due to the COVID-19 pandemic many of the public services aimed at socially disadvantaged people were in whole or in part closed down. Simultaneously the admission to general practitioners and hospitals got more complicated which both were actions taken to minimize the risk of spreading the COVID-19 virus. This project thesis is that the pandemic has increased the inequity gap in health.

Aim: From a hermeneutic standpoint this project aims to examine the personal experiences of everyday life, health and social relations of socially disadvantaged people with a substance abuse during the COVID-19 pandemic. This was to gain an understanding and knowledge of how these experiences have challenged them and with which consequences. The project seeks to analyze which capitals socially disadvantaged people have drawn on from a Bourdieu inspired perspective.

Methods: To gain the above mentioned understanding and knowledge, we conducted semi-structured interviews with five socially disadvantaged people who were admitted to hospital during the pandemic. The obtained data was analyzed inspired by the model "*qualitative content analysis*" by Graneheim & Lundman.

Results: The project found that the participants did not regard COVID-19 as a significant influence on their everyday life, despite the restrictions, testing and guidelines which added to the already complicated logistics of their situations. In regard to health, we found that the participants experienced that symptoms of disease were overlooked and treatment postponed due to the focus on COVID-19. Regarding the participants social network, some used the restrictions on socializing as a possibility to cut down on their alcohol intake, but all experienced lack of contact with their family or friends. During the pandemic the participants who had contact to a social nurse, experienced this as a continued benefit in navigating in the healthcare system.

Conclusion: This project concludes that COVID-19 has had a negative effect on the participants lives from an analytic perspective while recognizing that the participants initially did not perceive COVID-19 as such.

Indholdsfortegnelse

1	INDLEDNING	6
1.1	MOTIVATION OG PROBLEMFELT	6
1.2	PROJEKTETS TEMAER: HVERDAGSLIV, HELBRED OG SOCIALE RELATIONER	8
1.3	PROBLEMFORMULERING	9
2	LÆSEVEJLEDNING	10
2.1	BEGREBSAFKLARING	11
2.1.1	ULIGHED I SUNDHED	12
2.1.2	KONTAKT TIL SUNDHEDSVÆSNET	12
2.1.3	SOCIALE NETVÆRK OG KONTAKTER	12
2.1.4	SOCIALSYGEPLEJERSKEORDNINGEN	12
3	BAGGRUND	13
3.1	COVID-19 PANDEMIEN	13
3.2	SOCIAL UDSATHED I DANMARK OG COVID-19	14
3.3	SUNDHEDSFREMME OG ULIGHED I SUNDHED	15
4	VIDENSKABSTEORETISK TILGANG	17
4.1	HERMENEUTIK	17
4.2	DEN FILOSOFISKE HERMENEUTIK OG FORFORSTÅELSE	17
4.3	DEN HERMENEUTISKE CIRKEL	18
5	TEORI	20
5.1	PIERRE BOURDIEU	20
5.2	BOURDIEUS BEGREBER	21
5.2.1	HABITUS	21
5.2.2	KAPITAL	21
5.2.3	FELT	23
5.2.4	DOXA	23
5.3	SUNDHEDSKOMPETENCER	23
5.3.1	KULTUREL KAPITALS BETYDNING FOR TILEGNELSE AF SUNDHEDSKOMPETENCER	25

5.3.2	SUNDHEDSKOMPETENCER I EN PANDEMI - CHL-P	25
5.3.3	SUNDHEDSFREMME OG CHL-P	26

6 METODE **28**

6.1	LITTERATURSØGNING OG DATAKILDER	28
6.2	REKRUTTERING OG UDVÆLGELSE AF INFORMANTER	29
6.2.1	REKRUTTERING AF INFORMANTER	29
6.3	KVALITATIVE INTERVIEWS OG INTERVIEWGUIDE	30
6.4	ETIK, FORSKERPOSITION OG FORFORSTÅELSE FØR INTERVIEWS	31
6.4.1	ETIK	31
6.4.2	FORSKERPOSITION	32
6.4.3	FORFORSTÅELSE	34
6.5	TRANSSKRIBERINGSMETODE	35
6.6	ANALYSEMETODE	35
6.6.1	HERMENEUTIKKENS FORTOLKNINGSPRINCIPPER	36
6.6.2	ANALYSESTRATEGI	36
6.6.3	ANALYSEPROCES	37

7 ANALYSE AF EMPIRISK MATERIALE **40**

7.1	PRÆSENTATION AF INFORMANTER OG INTERVIEWSITUATION	41
7.1.1	ARNE	41
7.1.2	PAW	41
7.1.3	OTTO	42
7.1.4	PIA	42
7.1.5	ALF	43
HVERDAGSLIV		43
7.1.6	"JEG ER IKKE BANGE" – RISIKO FOR SMITTE	43
7.1.7	MARSBOERE – OM VÆRNEMIDLER OG RESTRIKTIONER	45
7.1.8	RØVIRRITERENDE – TEST ELLER IKKE TEST	47
7.1.9	SLANGEBID I KINA – MYTER OG FORESTILLINGER	49
7.2	HELBRED	50
7.2.1	UDSAT BEHANDLING OG OVERSET SYGDOM	51
7.2.2	OPLEVELSE AF EGEN SUNDHEDSTILSTAND	53
7.2.3	KONTAKT TIL SUNDHEDSVÆSNET	54
7.2.4	VOLAPYK - KOMMUNIKATION MED SUNDHEDSVÆSNET	57
7.3	SOCIALE RELATIONER OG NETVÆRK	58
7.3.1	ISOLATION	59
7.3.2	DET PROFESSIONELLE NETVÆRK	63

8 DISKUSSION	66
8.1 DISKUSSION AF EMPIRI	66
8.1.1 HVERDAGSLIV	66
8.1.2 HELBRED	67
8.1.3 SOCIALE RELATIONER	67
8.2 METODEREFLEKSION	68
8.2.1 VALG OG FRAVALG AF TEORI	68
8.2.2 DET SEMISTRUKTUREREDE INTERVIEW SOM METODE	69
8.2.3 ANALYSESTRATEGI OG PROCES	69
8.3 RETROSPEKTIVE REFLEKSIONER	70
8.3.1 FORSKERROLLEN EFTER INTERVIEWS	70
8.3.2 REFLEKSIONER OVER FORFORSTÅELSE EFTER INTERVIEWS	71
8.3.3 ETISKE OVERVEJELSER EFTER INTERVIEWS	72
9 KONKLUSION	73
10 PERSPEKTIVERING	74
11 REFERENCER	76
11.1 SUPPLERENDE LITTERATUR	80

1 Indledning

1.1 Motivation og problemfelt

"Corona-smitten stiger blandt udsatte i hovedstaden: "Situationen er alvorlig"" (Brandt, 2021)

"Truslen fra coronavirus peger på systemisk ulighed i sundhed for socialt udsatte" (Modin, 2020)

"Udsatte er ekstra presset" (Klit og Frampton, 2020)

Dette er nogle af de overskrifter vi har læst i tidsskrifter og set på tv i løbet af 2020 og 2021 i forbindelse med COVID-19. I vores faglige virke i sundhedssektoren, har vi oplevet, at socialt udsatte mennesker har været yderligere udfordret og at ulighed i sundhed dermed er blevet øget. Sundhedsfremmende arbejde er i forskellig grad blevet vanskeliggjort med de forhold COVID-19 har medført.

Definitionerne af at være socialt udsat i Danmark varierer alt efter hvilken kontekst de anvendes i og med hvilket formål. Af den samlede danske befolkning udgør antallet af socialt udsatte 6,9 % af de 18 til 79-årige, svarende til ca. 280.000 mennesker. Definitionen af social udsathed som tallene er baseret på er, at mindst én af tre primære faktorer skal være tilstede: Psykiske lidelser, misbrugsproblemer eller hjemløshed, og bygger på at man har modtaget hjælp fra det offentlige (Rådet for socialt udsatte, 2020a). Der er flere synonymer til begrebet socialt udsathed, bl.a. *"social eksklusion"* eller *"social sårbarhed"* som også finder anvendelse (Rådet for Socialt udsatte, 2009¹). Vi vil gerne lægge an til en bredere og mere nuanceret forståelse af begrebet og inddrager derfor Pia Vivian Pedersens rapport *"Socialt udsattes møde med sundhedsvæsenet"*. I rapporten anskues begrebet mere komplekst og som produktet af noget, der er skabt over tid, hvor opvækstvilkår, skolegang, familie-, sociale og arbejdsvilkår er nogle af de mange faktorer der får indflydelse. Begrebet rummer også social eksklusion fra samfundsfællesskabet og fra sociale relationer og indebærer ofte en kombination af en individuel sårbarhedsproblematik, fx misbrug og/eller psykisk lidelse samt en strukturel

¹ Rådet er et uafhængigt råd under Social- og Ældre ministeriet og bistås af samme ministeriums sekretariat. (Rådet for Socialt udsatte, 2021).

sårbarhed relateret til individets økonomiske, sociale, kulturelle og samfundsmæssige placering (Pedersen, 2018).

I rapporten afrunder Pedersen sin præcisering af begrebet med følgende:

”Centralt for forståelsen af social udsathed er, at der er tale om en kompleks, flerdimensionel proces over et livsforløb. Det drejer sig om en ophobning af dårlige levekår og manglende deltagelse på en række centrale samfundsområder, såsom eksklusion fra arbejdsmarkedet og uddannelsessystemet, økonomisk fattigdom, dårlige boligforhold, manglende faglig eller politisk deltagelse, få sociale aktiviteter og få fritidsaktiviteter”.

(Pedersen, 2018, s. 20)

Social udsathed i relation til COVID-19, bliver yderligere uddybet i baggrundsafsnittet 3.2.

Udenlandske studier viser, at nedlukningerne har haft betydning for menneskers psykiske sundhed, fx angst, depression og livskvalitet (Ivbijaro *m.fl.*, 2020; Schwinger *m.fl.*, 2020; Stein *m.fl.*, 2020) og Xafis (2020) fremhæver at gruppen af socialt udsatte, som følge af de sociale determinanter, har været ekstra påvirket af pandemien. De socialt udsattes perspektiv og oplevelser omkring nedlukning og social isolation, er belyst i et studie fra Indien (Mathias *m.fl.*, 2020) som konkluderer, at trods informanternes oplevelse af højt stressniveau, formåede de at klare sig igennem både fysisk og psykisk (ibid). Graden af udsathed og sundheds- og understøttende tilbud i de lande, hvor studierne er foretaget, er meget forskellige, derfor vurderer vi, at resultaterne ikke kan overføres direkte til socialt udsatte i dansk kontekst. I en dansk undersøgelse for ansatte i organisationer, der hjælper socialt udsatte, fandt man, at de socialt udsatte har været udfordret yderligere under nedlukningerne. Udfordringen bestod bl.a. af social isolation og problemer med at opretholde stabilitet i hverdagen, samt adgang til sundhedstilbud (Oak Foundation, 2020). Vi vurderer, at dette kan medføre risiko for negative konsekvenser for helbredet.

I vores faglige virke i sundhedssektoren, har vi set hvordan COVID-19 har haft indflydelse på socialt udsatte menneskers tilværelse på forskellig vis og vores sundhedsfremmende arbejde er dermed blevet udfordret. I det følgende vil vi kort præsentere os selv og hvordan vi har set COVID-19 påvirke vores informanternes liv.

Signe arbejder i jordemoderkonsultationen for psyko-socialt sårbare gravide på Roskilde Universitetssygehus. Signes oplevelse er, at de gravide generelt har holdt sig meget isolerede under pandemien og at flere angste eller depressive kvinder eller kvinder med OCD, har oplevet en stigning i symptomer af deres lidelse under nedlukningen.

Marion arbejder til daglig som udviklingsterapeut i Forebyggelse og Træning i Frederikssund Kommune. Under COVID-19 nedlukningen var oplevelsen, at de socialt udsatte mennesker isolerede sig selv, da de ikke ønskede at mødes fysisk eller, at de udeblev fra aftaler om fysisk møde. Samtidig blev en del af genoptræningen enten aflyst eller erstattet af

telefonkonsultation. Dette medførte at borgere ikke fik optimale genoptræningstilbud, samt at mulig mistvivl blev overset af de sundhedsprofessionelle med risiko for dårligere helbred til følge.

Bitten er til daglig socialsygeplejerske på Aarhus Universitetshospital. Under den første nedlukning på grund af COVID-19 i marts 2020, oplevede socialsygeplejerskerne et fald i kontakten til denne gruppe patienter, men fik til gengæld rigtig travlt i månederne efter med flere kontakter til socialt udsatte end vanligt. Gruppen oplevedes også som værende mere syge end ellers, hvilket underbyggede formodningen om, at nedlukningen havde haft negativ effekt på socialt udsatte menneskers helbred. Da socialsygeplejeordningen stadig er forholdsvis ukendt, bliver der redegjort for denne i begrebsafklaringen.

Qua vores fagprofessionelle kendskab til gruppen, er der særligt tre temaer vi ønsker at udforske nærmere; hverdagsliv, helbred og sociale relationer. Vores erfaring samt forskning på området, viser at socialt udsatte mennesker, har været særligt udsatte indenfor disse tre områder under pandemien.

1.2 Projektets temaer: Hverdagsliv, helbred og sociale relationer

Socialt udsatte mennesker er på forhånd udfordret i generelle livsvilkår. Hverdagslivet for gruppen af socialt udsatte er ofte komplekst og dagligdagen er præget af vitale problemer, så som at skaffe husly, mad, rusmidler og lignende. Disse udfordringer har pandemien vanskeliggjort (Oak Foundation, 2020) .

Helbredsmæssigt ved vi, at socialt udsatte generelt har dårlig livskvalitet og færre leveår (Sundhedsstyrelsen, 2020). Det dårlige helbred synes at være en fast følgesvend og et grundvilkår i livet som socialt udsat og kommer til udtryk på flere måder, så som kroniske sygdomme, smerter, sår og følger af rusmiddelforbrug, rygning mm. Alt sammen knyttet til den sociale udsathed og de livsbetingelser, der gør sig gældende (Pedersen, 2018). COVID-19 udgør en trussel for disse mennesker, da deres svagere immunsystem kan medføre øget risiko for infektion og død (Thylstrup, Gonzalez og Houborg, 2020) og derfor finder vi det interessant at undersøge, hvad de socialt udsatte selv har erfaret omkring deres helbred og konsekvenser, under pandemien.

Det sociale netværk er for socialt udsatte ofte stærkt begrænset og sårbart (Pedersen, 2018). Isolation, forsamlingsforbud og restriktioner, som COVID-19 har medført, har betydet begrænsninger i sundheds- og sociale tilbud og har haft konsekvenser for socialt udsatte (Oak Foundation, 2020).

På baggrund af ovenstående temaer og problemstillinger ser vi et potentiale i at undersøge hvorledes denne gruppe selv har erfaret deres udfordringer under COVID-19. I projektet vil socialt udsatte mennesker komme til orde og vi vil få tydeliggjort hvordan perioden har påvirket

dem. Med et sundhedsfremmefokus vil vi diskutere om, og i så fald hvordan, ulighed i sundhed bliver forstærket og evt. reproduceret under pandemien for gruppen af socialt udsatte.

1.3 Problemformulering

Med fokus på ulighed i sundhed, hvad har socialt udsatte mennesker med et rusmiddelforbrug erfaret i perioden under COVID-19, vedrørende hverdagsliv, helbred og sociale relationer og netværk?

1. Hvilke udfordringer har informanterne mødt?
2. Hvilke konsekvenser har perioden haft for informanterne?

Vi vil besvare ovenstående problemformulering fra et hermeneutisk videnskabsteoretisk ståsted og ved hjælp af Bourdieus teorier og begrebsramme, vil vi analysere vores empiri.

2 Læsevejledning

Som vist i figur 1, vil vi, efter ovenstående indledning med motivation, problemfelt og problemformulering, fortsætte med en kort læsevejledning og begrebsafklaring for at sikre at læseren er indforstået med hvilke definitioner vi anvender i projektet. I baggrundsafsnittet i kapitel 3 uddyber vi hvordan COVID-19 har haft betydning generelt og for socialt udsatte mennesker, og afslutter med en kort definition af sundhedsfremme. I kapitel 4 præsenterer vi vores videnskabsteoretiske tilgang, som danner rammen for analysen af vores empiri og i kapitel 5 præsenteres valgte teorier til besvarelse af vores problemformulering. Vi anvender Bourdieus begreber felt, habitus, kapitaler og doxa og har uddybet de kulturelle kapitaler i forhold til sundhedskompetence begrebet med inspiration fra Thomas Abel (Abel, 2008). Herudover vil vi diskutere hvordan det hænger sammen med sundhedsfremme og diskutere behovet for særlige sundhedskompetencer i en pandemi. I kapitel 6 gennemgås metoden som er byggestenen for vores projekt, herunder litteratursøgning, rekruttering samt det kvalitative interview som metode. Dette efterfølges af et afsnit om vores refleksioner om forskersubjektivitet og etik samt vores forforståelse, som er essentiel for den hermeneutiske tilgang. Kapitlet afsluttes med gennemgang af vores analysemetode, hvor vi har ladet os inspirere af Graneheim og Lundmans (2017) model "kvalitativ innehållsanalys". Kapitel 7 er selve analysen af vores empiri. Vi indleder kapitlet med et strukturoverblik for analysen som er delt op i tre temaer; hverdagsliv, helbred og sociale relationer. Resultaterne diskuterer vi i kapitel 8 efterfulgt af metoderefleksioner samt retrospektive refleksioner over vores forforståelse. Konklusionen på projektets problemformulering præsenteres i kapitel 9 og kapitel 10 er en afsluttende perspektivering på projektet, hvor vi bringer forslag til handling og videre undersøgelsesmuligheder.



FIGUR 1 GRAFISK FREMSTILLING AF LÆSEVEJLEDNING

2.1 Begrebsafklaring

For at give overblik og klarhed over hvad vi refererer til, når vi benytter nedenstående begreber, vil vi i det følgende definere hvad vi forstår ved de enkelte begreber vi anvender i projektet. Sundhedsfremmebegrebet bliver nærmere uddybet i baggrundsafsnittet.

2.1.1 Ulighed i sundhed

Ulighed i sundhed kædes sammen med en social ulighed og er ifølge sundhedsstyrelsen:

"betegnelsen for det faktum, at sundhed og sygdom er systematisk skævt fordelt i samfundet. Det betyder at social position har betydning for borgernes levevilkår og sundhed, somatiske og psykiske sygdomme samt middellevetiden. Nogle grupper i befolkningen bliver med andre ord tidligere syge, mærker større konsekvenser af sygdom og dør i en tidligere alder end andre".

(Sundhedsstyrelsen, 2021b)

2.1.2 Kontakt til sundhedsvæsenet

Her refererer vi til informanternes kontakt til sundhedsprofessionelle i både primær og sekundær sektor, fx praktiserende læge, hjemme(syge)plejen, hospitaler, gadesygeplejersker, socialsygeplejersker, tandlæge m.fl.

2.1.3 Sociale netværk og kontakter

Her refererer vi til det netværk vores informanter rækker ud efter og bruger, for at håndtere og navigere i deres liv, fx social eller psykisk støtte og konkret hjælp til fx praktiske opgaver og kontakt til offentlige instanser. Dermed spørger vi både til vores informanternes personlige netværk, som familie, venner, naboer, samt deres professionelle netværk i form af bostøtter, gademedarbejdere, mentorer, sagsbehandlere, socialsygeplejersker m.m.

2.1.4 Socialsygeplejerskeordningen

Socialsygeplejerskeordningen startede som et pilotprojekt på Bispebjerg Hospital i 2006-2007 (Ludvigsen og Brünés, 2013). Socialsygeplejerskeordningens funktion er at fremme lighed i sundhed for socialt udsatte mennesker indlagt på hospitalet. Socialsygeplejerskerne har en viden om denne gruppe menneskers udfordringer og livsstile og har erfaring med hvilken indsats der er nødvendig for at få gruppen inkluderet i sundhedsvæsenet (Dideriksen *m.fl.*, 2020). Socialsygeplejerskerne fungerer således som en facilitator af sundhedsfremme for socialt udsatte menneskers manglende eller mangelfulde sundhedskompetencer (Pedersen, 2018).

3 Baggrund

3.1 COVID-19 Pandemien

COVID-19 startede med et udbrud af lungebetændelse blandt et stort antal borgere i Wuhan provinsen, Kina, i starten af januar 2020. Den 12. januar 2020 kunne WHO oplyse, at det handlede om en ny type af corona virus og den 30. januar, erklærede WHO, at virussen var en sundhedsmæssig risiko på internationalt niveau. Den 11. marts blev COVID-19 erklæret som en pandemi og d. 13. marts blev Europa identificeret som værende det nye epicenter for pandemien (Statens Serum Institut, 2020b).

Samtidigt med at COVID-19 blev erklæret en pandemi, indførte de danske myndigheder en række restriktioner for at mindske smitterisikoen, til at starte med i to uger fra d. 13. marts 2020. Restriktionerne omhandlede fysisk afstand, øget fokus på hygiejne af hænder og berøringsflader, lukning af skoler, arbejdspladser, butikker, sport- og fritidstilbud og alle restauranter og cafeer hvor mad og drikke kunne nydes. Offentligt ansatte der ikke varetog kritiske funktioner skulle blive hjemme og erhverv hvor tæt kontakt ikke kunne undgås, så som frisører, massører, tatovører, skulle lukke. Der blev indført forsamlingsforbud på max 10 personer og opfordring til at undgå offentlige transportmidler i myldretiden (Statsministeriet, 2020). I sygehusvæsenet blev planlagte operationer og ambulante tider aflyst for at frigøre ressourcer i form af personale og sengepladser til en forventet stigning i indlagte patienter med COVID-19 (ibid). Borgere blev opfordret til ikke at møde op hos lægen, men at ringe og evt. modtage konsultation i form af video eller telefon for at undgå fysiske besøg hos lægen (Danske Patienter, 2020). Omlægningen og de nationale opfordringer betød et fald i antallet af henvendelser til almen lægepraksis og både somatiske og psykiatriske sygehuse. Der blev bl.a. registreret et fald i henvisninger til hjerte- og kræftudredning (Sundhedsstyrelsen, 2020).

Restriktionerne blev fastholdt frem til april 2020, hvor efter restriktionerne blev lempet i tempi frem til medio juni, men dog aldrig med fuldt åbent og normaliseret samfund. Der var fortsat loft på forsamlinger og visse erhverv var fortsat lukket. I efteråret 2020 steg antallet af smittede igen og restriktionerne blev strammet igen i etaper til fuldstændig nedlukning fra d. 26. december 2020. Fra april 2021 blev der igen lempet på restriktionerne.

Vi oplever, at restriktionerne havde og fortsat har stor indflydelse på hvordan vi, som befolkning, skal agere. Pandemien har fået stor betydning for måden hvorpå vi som mennesker interagerer med hinanden, hvordan vi tager kontakt til vores sociale og professionelle netværk, fx virtuelt i stedet for fysiske møder og hvordan vi kan tilgå offentlige ydelser, fx social og sundhedsydelser i sundhedsvæsenet. Vi skal være opmærksomme og opdaterede på aktuelle retningslinjer og om nogle af de offentlige ydelser, vi ønsker at gøre brug af, er lukket eller omlagt. Vi ønsker at demonstrere hvorledes socialt udsatte menneskers har oplevet COVID-19 i en dansk kontekst.

3.2 Social udsathed i Danmark og COVID-19

COVID-19 tager i sig selv ikke hensyn til køn, alder, etnicitet, indkomst, boligforhold, social- eller sundhedsstatus, men disse forskellige faktorer har en aktiv indflydelse på, hvilken konsekvens restriktioner og smitterisiko indebærer for den enkelt samt de deraf afledte socioøkonomiske konsekvenser (Oak Foundation, 2020). Blandt socialt udsatte mennesker opleves også en stigning i smitte, hvilket Kirkens korshær påpeger i en pressemeddelelse i januar 2021 samt af socialborgsmester Mia Nyegaard i Københavns kommune. Flere bosteder har smittede brugere og det er vanskeligt at overholde isolation og hygiejne anbefalinger (Brandt, 2021; Kirkens Korshær, 2021). COVID-19 har dermed en aktiv negativ indflydelse på mennesker som i forvejen er socialt udsatte i og med, at de generelt har ringere levevilkår end den øvrige befolkning (Sodemann, 2020).

Grundet deres ringe levevilkår, kan socialt udsatte mennesker have svært ved at følge restriktionerne og anbefalingerne: Hjemløse kan fx have svært ved at isolere sig og opretholde de anbefalede hygiejneregler. Et dårligt helbred øger risikoen og forværrer følgerne af COVID-19 smitte. Manglende eller lille indtægt gør det svært at anskaffe mundbind og håndsprit. En psykisk lidelse som fx angst kan forværre frygten for smitte og føre til yderligere isolation, frygt for at opsøge relevant hjælp både helbredsmæssigt og socialt, og mangelfuldt eller lille netværk kan betyde manglende psykisk og social støtte (Xafis, 2020).

Ifølge en spørgeskemaundersøgelse fra SocialResponds i september 2020 for Oak Foundation Denmark, har COVID-19 restriktionerne haft forskellig betydning for socialt udsatte mennesker. Restriktionerne har fx betydet social isolation, idet vanlige professionelle kontakt- eller støttepersoner har været mindre tilgængelige. Fx har kommunale støttetilbud, aktiviteter, væresteder, varmestuer, og dagtilbud i form af værksteder, lokalcentre mm. været helt eller delvist lukkede for at indskrænke antallet af brugere og sikre, at de mest trængende kunne benytte tilbuddet uden øget spredning af smitte. Desuden har bostøtter, gademedarbejdere, rusmiddelbehandlere, praktiserende læger m.fl. byttet det fysiske møde ud med telefonmøder for at mindske risikoen for smittespredning (Oak Foundation, 2020). Metoden for spørgeskemaundersøgelsen af Social Respons var baseret på 13 spørgsmål til besvarelse for de ansatte i organisationerne. Spørgsmålene var formuleret åbent og omhandlede behov og udfordringer for deres målgrupper under COVID-19. Undersøgelsen fandt bl.a. at lukning af behandling og sundhedstilbud betød utryghed og uro blandt målgrupperne. Bl.a. havde kronikere og psykisk syge udfordringer i hverdagen med afhentning af medicin. Støttefunktioner for mange i målgrupperne var begrænset eller helt aflyst, hvilket betød tilbagefald for nogle at de socialt udsatte mennesker der ellers havde fået oprettet en stabilitet i hverdagen (Oak Foundation, 2020).

Målgruppen har ofte begrænset kontakt til sundhedsvæsenet (Pedersen, 2018; Kirkens Korshær, 2021). Det vil ofte være deres netværk i form af kontaktpersoner, bostøtter, støttekontaktperson, frivillige eller lignende der støtter til eller tager kontakt til fx læge, hvis de oplever at der er brug for professionel konsultation og vurdering. På grund af restriktionerne under COVID-19 var det netværk begrænset, så vurderingen af fysisk og psykisk tilstand blev forringet og risikoen for at færre socialt udsatte blev set i sundhedsvæsenet steg (Rådet for socialt udsatte, 2020a).

Socialt udsatte mennesker og mennesker med lav eller ingen uddannelse har tillige lav sundhedskompetence (Pedersen, 2018). Sundhedskompetence beskrives nærmere under teoriafsnittet, men anses som værende et grundlæggende element i sundhedsfremmebegrebet og er, i meget kort forstand, evnen til *“at tilegne sig og forstå viden om sundhed, til at vurdere den tilegnede viden og til at handle på viden om sundhed”* (Pedersen, 2018, s. 94). Manglende sundhedskompetencer, fx manglende læse, skrive og analytiske færdigheder gør det svært at forholde sig pro-aktivt eller blot aktivt til myndighedernes sundhedsvejledninger og anbefalinger (Ibid). I relation til COVID-19 kan mængden af sundhedskompetencer få betydning for, hvorledes det enkelte menneske kan forstå og omsætte de restriktioner og vejledninger der bliver givet af myndighederne. Hvis ikke restriktioner bliver efterlevet kan det få negative konsekvenser for deres eget helbred, men også risiko for stigning i smitte ud blandt resten af befolkningen og økonomiske konsekvenser af nye nedlukninger (Abel og McQueen, 2020).

I og med at socialt udsatte mennesker allerede er ramt af ulighed i sundhed – bl.a. i antallet af leveår, samt kvaliteten heraf (Sundhedsstyrelsen, 2020), blev vi nysgerrige på, om denne gruppe mennesker, særlig dem med et rusmiddelforbrug, føler sig yderligere udfordret under COVID-19 pandemien og hvilke konsekvenser den har haft for dem. Virus i sig selv ikke skelner mellem sociale klasser, men flere kilder beskriver at pandemien og følgerne heraf, har bevirket, at socialt udsatte mennesker, er blevet yderligere udsatte, i forhold til deres fysiske og mentale sundhed, og dermed har skubbet negativt til ulighed i sundhed (Oak Foundation, 2020; Rådet for socialt udsatte, 2020a; Sodemann, 2020) Vi vil supplere den eksisterende danske forskning med en undersøgelse af de selverfærede konsekvenser og udfordringer socialt udsatte mennesker har oplevet ift. deres hverdagsliv, helbred og netværk under pandemien.

3.3 Sundhedsfremme og ulighed i sundhed

I definitionen af sundhedsfremme anvender vi WHO's definition, som i den danske oversættelse indledes med *“den proces der gør mennesker i stand til i højere grad at være herre over og forbedre egen sundhedstilstand”* (Komiteen for Sundhedsoplysning, 1988, s. 6).

Sundhedsfremme er både orienteret mod individet og det kollektive og kræver aktiv deltagelse for at have effekt (Nutbeam, 1998). Definitionen fokuserer på en positiv vinkel på sundhed, hvor fokus skal være på personlige og sociale ressourcer samt fysiske evner og lægger således

afstand til et fokus på sygdom, som forebyggelsesbegrebet er indbegrebet af (Komiteen for Sundhedsoplysning, 1988). WHO's definition er også den RUC læner sig op af i studieordningen for Master i sundhedsfremme (2021). Studieordningen skriver endvidere: *"En central udfordring i det sundhedsfremmende arbejde er den sociale ulighed i sundhed, der trods mangeårigt politisk opmærksomhed er stigende"* (ibid, s. 3). Denne problematik kritiserer Thualagant et al. (2018) og påpeger, at trods viden om, at betingelserne for et sundt helbred hænger sammen med samfundsmæssige og sociale vilkår, samt ulige fordeling af ressourcer, så er de politiske sundhedsfremmestrategier og fokus rettet mod risikofaktorer og det enkelte individs manglende vilje eller evne til at ændre adfærd. Der tages således ikke højde for den enkeltes livsvilkår – heller ikke under COVID-19 – hvilket får betydning for individets handlemuligheder ift. egen sundhed, hvilket vi vil uddybe yderligere i projektet.

4 Videnskabsteoretisk tilgang

I følgende afsnit vil vi præsentere og redegøre for den valgte videnskabsteoretiske tilgang.

For at komme nærmere en forståelse af udsatte borgeres oplevelser under COVID-19 pandemien, har vi valgt en hermeneutisk forståelsesramme, indenfor hvilken vi vil besvare vores problemformulering. En hermeneutisk tilgang i forskning har til opgave at udvikle en fortolkende forståelse af den mening, der ligger gemt i menneskelige livsytringer (Juul, 2012). Vi afslutter afsnittet med at beskrive hvorledes man bør forholde sig til sin forforståelse ved anvendelse af hermeneutisk videnskabsteoretisk tilgang.

4.1 Hermeneutik

Hermeneutikken handler om at fortolke og stammer af det græske ord *hermeneuein* der betyder 'fortolke' (Katzenelson *m.fl.*, 2020). Hermeneutikken er et brud med positivismens fakta-paradigme og empiriske søgen efter objektive sandheder og forklaringer (Juul, 2012).

Hermeneutikken har ligesom de fleste andre videnskabsteoretiske retninger udviklet sig gennem tiden og findes derfor i forskellige udgaver. Forskelligheden findes i deres opfattelse af hvad *fortolkning* er og hvorledes det anvendes (Juul, 2012).

4.2 Den filosofiske hermeneutik og forforståelse

I det 20. århundrede udvikler Martin Heidegger og Hans-Georg Gadamer den filosofiske hermeneutik. Den handler grundlæggende om den menneskelige væren og de forudsætninger der ligger i menneskets historiske og rumlige sammenhæng (Juul, 2012).

Det er Heidegger der danner fundamentet for filosofisk hermeneutik som en videreudvikling af fænomenologiens forudsætning om at sætte sine fordomme i parentes. Heidegger mener i stedet, at forskeren er en del af den verden han undersøger, og at man som forsker indgår i den hermeneutiske cirkel, som en del af den verden der fortolkes. Fortolkninger sker på baggrund af vores fordomme og forforståelse og kan ikke sættes i parentes (Juul, 2012). Vores forforståelse er den forståelse, mening, fordom eller antagelse vi besidder om et fænomen og som går forud for selve forståelsen. Vores Forforståelse bliver samlet i en horisont, hvorfra vi laver vores fortolkninger (Birkler, 2013).

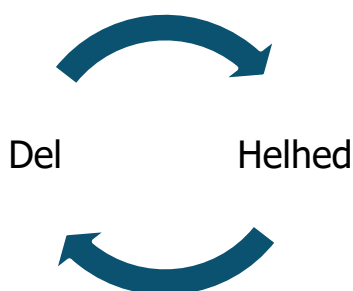
Gardamer følger Heidegger og mener ligeledes at forskeren ikke er en neutral observatør og at man ikke kan træde til side og finde sandheden om virkeligheden. Når man skal arbejde hermeneutisk må man ifølge Gardamer være sine fordomme, forforståelse og antagelser

bevidst for at kunne sætte dem i spil. Vores fordomme og forforståelse er grundlæggende for vores fortolkninger og måder at forstå verden på. De er meningskabende og en forudsætning for vores erkendelse af verden og indgår aktivt når vi fortolker. Forforståelsen skal testes gennem nye erfaringer, hvor nogle vil bestå og andre vil forkastes. Som forsker skal man være klar på, at ikke enhver forforståelse vil overleve og det er her man skal være åben og modtagelig for den nye erfaring og viden der skabes. Forskerens forforståelse skal derfor ikke sættes til side som en faktor der skaber mis-fortolkning. Den er en del af vores historiske forudsætninger og derfor en aktiv del af fortolkningsprocessen og forståelsen af sociale fænomener (Juul, 2012; Birkler, 2013). Hvorledes vi har valgt at anvende vores forforståelse i projektet beskrives nærmere i kapitel 6.

4.3 Den hermeneutiske cirkel

Hermeneutikken præsenterer *den hermeneutiske cirkel* som metode til at fortolke fremsatte udsagn og ytringer ved en vekselvirkning med dele og helhed (Juul, 2012). Det er hermeneutikkens ontologiske udgangspunkt, at subjektet forstår gennem fortolkning. I den hermeneutiske cirkel opstår forståelse på baggrund af det man allerede forstår (Birkler, 2013). I den filosofiske hermeneutik hvor forskeren træder ind og bliver en del af cirklen, ændres fokus fra forholdet mellem del ↔ helhed, til i stedet at henvise til relationen mellem forsker og genstandsfelt (Juul, 2012).

Ifølge Heidegger og Gardamer kan man kun forstå helheden, hvis man forstår de enkelte dele og for at forstå delene er det nødvendigt at have en vis forståelse for helheden. I fortolkningen indgår forskerens forforståelse ud fra én forståelseshorisont. Når delene fortolkes skaber det en ny forståelse af helheden som igen indgår i den cirkulære proces til ny forståelse af delene og bidrager til en ny forståelseshorisont, se figur 2. Forskeren indgår som nævnt, i relationen mellem forsker og genstandsfelt. Denne vekselvirkning skaber hermeneutikkens epistemologiske princip for erkendelsens mulighedsbetingelser. (Juul, 2012).



FIGUR 2 VEKSELVIRKNING MELLEM DEL OG HELHED I DEN HERMENEUTISKE CIRKEL

Den cirkulære proces har ikke en slutning og dermed opnås ikke en endelig objektiv eller sand forståelse. Gennem et grundigt og dybdegående arbejde er målet i stedet, at opnå en sammenhængende forståelse af meninger eller hensigter for genstandsfeltet. Viden skabes således i en sammensmeltning mellem forskerens oprindelige forståelser og fordomme og de ny erhvervede erfaringer og forståelser i mødet med menneskers erfaringsverden, også kaldet *horisontsammensmeltning* (Juil, 2012).

5 Teori

I dette afsnit vil vi redegøre for den valgte teori vi anvender i analysen af vores empiri i projektet. Vi vil indlede med redegørelse for Bourdieus teorier og begreber som ofte anvendes i forhold til sundhedsfeltet (Larsen, 2010). Vi finder det meningsfuldt at gøre brug af hans begreber i analysen af udsatte menneskers oplevelser under COVID-19 pandemien, fordi de udfordrer vores tanker om, hvordan verden hænger sammen (ibid). Vi vil bruge begreberne til at analysere vores informanternes livsverden, deres oplevelser og valg i bred forstand (ibid) og anvender begreberne i analysen af empirien. Vi inddrager Thomas Abels (2008) udfoldelse af Bourdieus begreb "kulturel kapital" og opdelingen af kapitalen i 3 former: kropsliggjort, tingsliggjort og institutionaliseret kapital. Dette, oplever vi, bidrager til yderligere dybde i vores analytiske tilgang og sammenhæng med begrebet sundhedskompetencer af Nutbeam (2000). Nutbeam har beskrevet en model for sundhedskompetencer som vi giver en kort beskrivelse af. Vi vil demonstrere hvordan kulturel kapital ifølge Thomas Abel (2008) har indflydelse på muligheden for at tilegne sig sundhedskompetencer. Abel inddrager kulturel kapital som en præmis, for at kunne erhverve sundhedskompetencer (ibid). Vi finder derfor kombinationen af Bourdieus begreber, med Thomas Abels uddybende sammenhæng mellem kulturel kapital og begrebet sundhedskompetencer anvendelig i analysen af vores empiri.

Med COVID-19 pandemien har Abel og McQueen (2020) sat sundhedskompetencebegrebet i en ny kontekst. Hvordan denne nye situation har medvirket til udvikling af begrebet "*critical health literacy pandemic*" (CHL-P) vil vi komme nærmere ind på og runde afsnittet af med en kort beskrivelse af, hvad vi forstår ved sundhedsfremme og koblingen til sundhedskompetencer. Denne afklaring ser vi, som grundlæggende vigtig at have på plads, når vi taler om socialt udsatte menneskers oplevelser i mødet med sundhedsvæsenet under COVID-19.

5.1 Pierre Bourdieu

Pierre Bourdieu (1930-2002) var fransk sociolog og professor i sociologi og en fremtrædende forsker og kritisk stemme inden for sit felt. (Callewaert, 2020).

Bourdieu har udviklet begreber der skal hjælpe med at forklare og forstå hvordan individers valg og handlinger er socialt og kulturelt forankrede, dvs. at forstå hvordan valgene og handlingerne hænger sammen i en bredere kontekst med afsæt i individers sociale liv. Bourdieu kalder sine begreber for "åbne" og giver ikke nogen klare definitioner af sine begreber, men ønsker hellere at tale om hvordan de kan anvendes (Larsen, 2010).

5.2 Bourdieus begreber

5.2.1 Habitus

I sit sociologiske virke anvender Bourdieu begrebet *habitus*. Han betegner habitus som et:

“system af dispositioner, dvs. af permanente måder at være på, måder at “registrere”, handle og tænke, eller et system af varige (snarere end permanente) mønstre eller skemata eller strukturer for perception, tænkning og handling”.

(Bourdieu, 2008, s. 73).

Bourdieu drager sammenligning mellem *habitus* og *personlighed/karakter*, men siger samtidig at en vigtig forskel er, at habitus er et produkt af sociale omstændigheder (Bourdieu, 2008). Habitus er ikke medfødt men er et produkt af det levede liv og derfor et historisk produkt af de sociale betingelser og erfaringer individet gennemgår. Habitus formes bl.a. af vores opvækst, livsvilkår og uddannelse og skaber baggrunden for vores vaner og handlinger fremadrettet (Larsen, 2010).

Individets habitus er ikke endeligt og definitivt, men ændrer sig i takt med nye erfaringer fx uddannelse. (Bourdieu, 2008; Larsen, 2010).

Med habitusbegrebet undersøges hvilke motiver der ligger til grund for individets handling og hvilke strukturer der har betydning for bestemte valg. Habitus vil afspejle visse tendenser i handlinger og valg i form af gentagelser, men dog med mulighed for mindre variationer (Larsen, 2010). På den måde er habitus en strukturerende faktor der fx er i spil, når individet sonderer mellem rigtig og forkert eller godt og dårligt og en reproduktion af den sociale struktur individet indgår i (Jensen og Hansen, 2006). Dermed er habitus med til at forklare dynamikkerne og (re)produktionen af social ulighed i sundhed (Abel, 2008).

Men habitusbegrebet står ikke alene. I en større sammenhæng spiller den bl.a. sammen med begreberne *kapital* og *felt*.

5.2.2 Kapital

Bourdies teori opererer med kapitaler som en social ressource, som kan skabe flere ressourcer hvis kapitalen er anerkendt som værdi. Værdien er afhængig af markedets (feltets) efterspørgsel og derfor er kapitalernes værdi afhængig af, i hvilket felt de skal i spil (Harrits, 2017). Vi vil hovedsageligt beskæftige os med kapitalformerne social og kulturel kapital, og komme kort ind på symbolsk kapital.

Social kapital er de sociale ressourcer bl.a. netværk i form af familie eller nære relationer der har betydning i forbindelse med opretholdelse af en position (Larsen, 2010), men kan også være sociale kompetencer og evner til at begå sig i sociale relationer og netværk (Jensen og Hansen, 2006). Udover det private netværk kan det også være professionelle relationer fx kontaktpersoner og forretningsforbindelser, der kan være behjælpelige på det personlige plan. Det tager tid og investering at opbygge de relationer, så de kan anvendes som social kapital (Harrits, 2017). Den sociale kapital er noget, som individet kan trække på fx når der opstår svære situationer i livet (Larsen, 2010).

Kulturel kapital har flere facetter. Den handler om individets evne og måde at begå sig på sprogligt, kulturelt, og intellektuelt og indeholder også uddannelsesmæssige ressourcer fx i form af eksamensbeviser og titler. Kapitalen kan give visse fordele i feltet, idet individet kan være på forkant med evner til at sondre og nuancere mellem fint og mindre fint i en given kontekst eller besidde kundskaber i mestring af sproget på særlige måder. Desuden har titler og uddannelse betydning for kulturel kapital. Uddannelsesbeviser er adgangsgivende til bestemte jobs og dermed fællesskaber og medvirkende til at skabe position i feltet (Larsen, 2010) hvilket kan forstås som symbolsk kapital. Kulturel kapital er således en værktøjskasse af ressourcer som kan bruges som handlingsstrategier i en given kontekst (Shim, 2010).

Vi anvender Abels (2008) beskrivelse af Bourdieus tre former for kulturel kapital; kropsliggjort, tingsliggjort og institutionaliseret kapital:

- Kropsliggjort kulturel kapital er bundet til det enkelte individ, da det er den viden vedkommende tilegner sig igennem livet og vedkommendes forståelse af verden, som tilegnes i den specifikke sociale klasse vedkommende vokser op og færdes i. Herunder hører også indlæringen af sundhedskompetencer. Kropsliggjort kulturel kapital er afgørende for, at kunne udnytte det, der bliver tilgængeligt i de to andre kulturelle kapitaler.
- Tingsliggjort kulturel kapital, minder delvist om økonomisk kapital, da det er ting, man kan eje og overdrage til andre, som fx bøger, maskiner o. lign. Det er dog kun selve genstanden der er overførbart - kompetencen til at kunne bruge genstanden, afhænger af ejerens kropsliggjorte kulturelle kapital.
- Institutionaliseret kulturel kapital, er den kapital der opnås via bl.a. uddannelse og titler, hvilket giver social status og troværdighedsgrad svarende hertil.

Ifølge Bourdieu er disse tre kulturelle kapitaler afgørende for (re)produktionen af ulighed i sundhed (Abel, 2008). Hvordan disse kulturelle kapitalformer knytter sig til sundhedskompetencer vil vi komme nærmere ind på i kapitel 5.3.1.

Fælles for kapitalerne er, at de på hver deres vis, kan fremstå som og medvirke til symbolsk kapital, som netop handler om at opnå optagelse i fællesskabet (Jensen og Hansen, 2006). Symbolsk kapital er baseret på at dominerende opfattelsesværdier er kollektivt anerkendt. Dette anvendes blandt andet af staten, med det formål at opnå en kulturel bestemt adfærd som den naturlige orden, og som vi præges af gennem systemer organiseret af staten (Mik-Meyer og Villadsen, 2007a), fx uddannelses- og sundhedsvæsen.

5.2.3 Felt

Feltet er det sociale rum, hvor kapitaler omsættes til værdi. Kapitalernes værdi er forskellig afhængig af hvilket felt de skal omsættes i og har kun værdi såfremt alle aktører anser kapital som værdifuld. Hvilke kapitaler der anerkendes og mængden af den anerkendte kapital har betydning for individets positionering i feltet. Således er det forskelligt hvilken indflydelse individets kapitaler får for positioneringen. Det er indenfor denne referenceramme at individet skal agere og afhængig af dets kapitaler vil individets position kunne veksle fra det ene felt til et andet og værdien af kapitalerne i felterne vil ligeledes kunne ændre sig over tid. Individets handlinger i feltet og ageren overfor andre i feltet, vil være bestemt af individets aktuelle positionering (Jensen og Hansen, 2006; Larsen, 2010).

5.2.4 Doxa

Doxa relaterer sig til felt og er de dominerende selvfølgeligheder, sandheder eller synspunkter, også kaldet "den tavse viden", der hersker blandt aktørerne i det pågældende felt. Sandhederne kan være så fremherskende og naturlige at nyttilkomne frivilligt underkaster sig og acceptere dem. Sundhedsfeltet domineres af sandheder om sundhedsideal og livsstil, der kan virke så indlysende og som implicite grundpræmisses, at aktører frivilligt indordner sig (Mik-Meyer og Villadsen, 2007a; Larsen, 2010). Dette sker fordi feltets doxa samtidig præges af de større universelle sandheder som er blevet internaliseret via det statslige apparat. Den universelle internalisering betyder at underkastelse af feltets doxa lettere finder sted (Mik-Meyer og Villadsen, 2007a)

5.3 Sundhedskompetencer

Sundhedskompetencer – oversat fra det engelske "health literacy" - er et begreb indenfor sundhedsfremme og er løbende blevet udviklet siden Ottawa charteret fra 1998. Sundhedskompetencer anses som en vigtig faktor i det sundhedsfremmende arbejde og

tillægges i stigende grad betydning for større lighed i sundhed (Nutbeam, 2000, Maindal og Vinther-Jensen, 2016).

Don Nutbeam, australsk professor i folkesundhed, har udarbejdet en model for at vise, at der findes flere niveauer af sundhedskompetencer og dermed forskellige niveauer af individets mulighed for, at handle aktivt i forhold til egen sundhed. Oversat til dansk er niveauerne som følger:

1) Funktionel health literacy: Tilstrækkelige læse- og skrivefærdigheder som medvirker til, at man kan fungere i hverdagssituationer

2) Kommunikativ/interagerende health literacy: Mere avancerede kognitive færdigheder som kan bruges aktivt i deltagelsen af hverdagsaktiviteter, til at uddrage information og mening fra forskellige typer af kommunikation og tilføre nye typer af information til foranderlige omstændigheder

3) Kritisk health literacy: Mere avancerede kognitive færdigheder som sammen med sociale færdigheder kan bruges til kritisk at analysere information og bruge denne information til at få større kontrol over livsbegivenheder og situationer.

(Madsen, Højgaard og Albæk, 2009, s. 9)

I en publikation udarbejdet for WHO er den nyeste definition af sundhedskompetencer således:

"Health literacy is linked to literacy and entails people's knowledge, motivation and competences to access, understand, appraise and apply health information in order to make judgements and take decisions in everyday life concerning health care, disease prevention and health promotion to maintain or improve quality of life during the life course".

(Kickbusch *m.fl.*, 2013)

Sundhedskompetencer beskriver de kompetencer, der skal til for at tilegne sig og forstå den sundhedsinformation, der er tilgængelig, samt muligheden for at kunne træffe informerede valg i forhold til egen sundhed og helbred. Der ses en sammenhæng mellem få eller manglende sundhedskompetencer, selvoplevet dårligt helbred og, indenfor den gældende doxa om sundhed, uhensigtsmæssig adfærd der leder til øget risiko for sygdom, samt ringe håndtering af kroniske sygdomme (Maindal og Vinther-Jensen, 2016).

Sundhedskompetencebegrebet er løbende udviklet i takt med et stigende informationsflow og kompleksitet i samfundet og sundhedsvæsen. Individet stilles i større grad til ansvar for egen sundhed. Begrebet skal bidrage til at tilpasse sundhedsinformation med individets grad af sundhedskompetencer (Madsen, Højgaard og Albæk, 2009; Kickbusch *m.fl.*, 2013).

Sundhedskompetencer er under konstant påvirkning af både personlige faktorer samt krav og

kompleksitet fra eksterne faktorer i den kontekst individet færdes i. Dette illustreres i figur 3 nedenfor.



FIGUR 3 PÅVIRKNINGER PÅ SUNDHEDSKOMPETENCER (Kickbusch *m.fl.*, 2013)

Således bliver sundhedskompetencer ikke en konstant størrelse men er under løbende påvirkning.

5.3.1 Kulturel kapitals betydning for tilegnelse af sundhedskompetencer

Abel (2008) inddrager Bourdieus begreb kulturel kapital, som en af de mest fundamentale ressourcer i forbindelse med sundhed i det moderne samfund. Sundhedsfremme interventioner bør starte med en kritisk vurdering af den kulturelle kapital som er, eller ikke er, tilgængelig hos individet. Kulturel kapital er nødvendig for, at kunne lære og indarbejde særlige livsstilmønstre som er passende ift. den sociale, økonomiske og kulturelle kontekst i hvilken mennesker udvikler sig. Dermed spiller kulturel kapital en afgørende rolle i indlæringsprocessen af sociale mønstre, herunder livsstilmønstre der er relevante for sundhed. Tilegnelse, anvendelse, forøgelse og vekslning mellem de forskellige niveauer af kulturel kapital er vigtig for individets sundhed og kræver personlig investering og tid. Når det kommer til sundhedskompetencer og sunde livstile, så er det kropsliggjort kulturel kapital som spiller den vigtigste rolle i udviklingen og vedligeholdelsen af værdier, opfattelser og adfærd som tjener både produktionen af godt helbred og social distinktion (Abel, 2008).

5.3.2 Sundhedskompetencer i en pandemi - CHL-P

I lyset af den aktuelle COVID-19 pandemi, ser Abel og McQueen (2020) et behov for at se nærmere på critical health literacy som er niveau 3 i Nutbeams model for sundhedskompetencer. Håndtering af en pandemi kræver aktiv deltagelse af befolkningen og derfor har de påbegyndt udviklingen af begrebet "*critical health literacy pandemic*" – "*CHL-P*". Begrebet kan "... *help professionals to support individuals and communities as agents for effectively dealing with the unique features of this pandemic*" (Abel og McQueen, 2020, s. 1).

Pandemier som COVID-19 er karakteriseret ved en høj grad af kompleksitet og stiller nye krav til befolkningen. Fx skal individet selektere og vurdere sundhedsinformation der handler om COVID-19 og forstå vigtigheden af kollektive handlinger og ansvar. Hertil kommer en eksplosion af sundhedsinformation som befolkningen dagligt fodres med og skal vurdere værdien og vigtigheden af. Desuden skal individet reflektere over konsekvenser af deres handlinger, som ikke kun relateres til eget helbred og livssituation, men også til hele samfundets situation (Abel og McQueen, 2020).

CHL-P skal ikke ses som endnu et trin i Nutbeams niveauinddeling, men i stedet som en ressource, som skal anvendes i sundhedsfremmeperspektivet ved at styrke både individets og befolkningens potentiale. Abel og McQueen (2020) definerer CHL-P således (som at):

- *“Omfatter de nødvendige kompetencer i en pandemi til at forstå og effektivt reagere på hastende handlinger på alle niveauer, kompleksiteten involveret i årsager og konsekvenser og ændringer i det videnskabelige grundlag over tid*
- *Støtter hvert enkelt individ i udviklingen af deres evne til kritisk at vurdere og reflektere over de kontekstuelle og nødvendige betingelser for at udføre passende handlinger*
- *Styrker det individuelle og kollektive virke i samfundet og bidrager til mere omfattende samfundsmæssige svar på nuværende og fremtidige pandemier”.*

(Abel og McQueen, 2020, s. 6 (egen oversættelse))

Begrebet er ikke færdigudviklet, men forfatterne opfordrer til en videreudvikling af begrebet som vil betyde, at sundhedsprofessionelle vil kunne være med til at styrke individets potentiale og det kollektive virke for at afbøde konsekvenserne ved en pandemi.

5.3.3 Sundhedsfremme og CHL-P

Abel og McQueen (2020) tager også afsæt i WHO's definition af sundhedsfremme og sundhedskompetencer, som tidligere beskrevet, og knytter begrebet CHL-P til sundhedsfremme, idet de fastslår, at

“CHL-P rests on a public health and health promotion base that is distinct from clinical medicine and medical care. It centres on health promotion, disease prevention, control and mitigation”

(Abel og McQueen, 2020, s. 4)

Abel og McQueen opfordrer til, at begrebet CHL-P tages i betragtning af sundhedsfremme eksperter i deres arbejde med befolkningen under en pandemi (ibid).

Vi har nu gjort rede for de begreber, vi vil anvende i projektet og inden vi går til anvendelsen af disse, vil vi først beskrive vores metode.

6 Metode

Vi indleder metodeafsnittet med at redegøre for vores litteratursøgning, som har været afsættet for afgrænsningen af vores problemområde, efterfulgt af udvælgelseskriterier og rekruttering af informanter. Empirien har vi fået adgang til via semistruktureret interview og vi uddyber som det næste metoden herfor. Efterfølgende vil vi tydeliggøre vores etiske overvejelser og vores forståelse af forskerrollen forud for interviews, og for at være tro mod hermeneutikken, fremskriver vi ligeledes vores forforståelse forud for interviews. Afsnittet rundes af med en beskrivelse af transskriberingsmetode og uddybning af analysemetode.

6.1 Litteratursøgning og datakilder

Vi har foretaget litteratursøgning for at afgøre om vores problemområde tidligere har været belyst, og i så fald - i hvilket omfang. Vi har foretaget søgninger på Det Kongelige Biblioteks database med ordene "COVID-19" i kombination med "Socialt udsatte" på både dansk og engelsk, men vi fik meget få hits. Ved flere variationer på synonymer til ordene kom der intet eller meget lidt frem. I stedet foretog vi flere søgninger med engelske søgeord og synonymer.

Vi har foretrukket at holde os til studier foretaget i vestlige lande, med det sigte at målgruppe og samfund vil være mere sammenlignelige med det danske. Men idet litteraturmængden har været begrænset, har vi også kigget på studier fra ikke vestlige-lande. Den begrænsede mængde af litteratur omkring vores problemområde og genstandsfelt har bekræftet os i, at vi har at gøre med et område, hvor vores studie vil kunne medføre ny viden.

Vi har fundet nyhedsartikler og tidsskriftartikler, der påpeger problematiske områder i kølvandet på COVID-19. Bl.a. peges der på, at smitten stiger blandt socialt udsatte med risiko for smitten breder sig videre ud i samfundet (Brandt, 2021) og at socialt udsatte mennesker er blevet mere ensomme (Klit og Frampton, 2020). Vi finder dog ikke artikler der viser problemstillingen fra de socialt udsattes perspektiv.

Vi har løbende søgt litteratur for at kunne understøtte pointer eller påstande og vi har søgt både via Google-søgninger, på litteraturdatabaser eller biblioteker afhængig af karakteren af den teori, som vi ønskede at understøtte.

Vi har tilstræbt at anvende primære kilder i størst muligt omfang. Referencelister har derfor været brugbare til at understøtte dette, samt til at afdække litteraturmængden yderligere.

6.2 Rekruttering og udvælgelse af informanter

I vores kvalitative projekt har vi arbejdet med en *formålsrettet udvælgelse* af informanter som sikrer, at den empiri vi får, er relevant og informationsrigt og dermed kan føre til viden og forståelse af det fænomen vi undersøger (Buus *m.fl.*, 2009). Inden rekrutteringen opsatte vi vores udvælgelseskriterier som kan ses i tabel 1.

Udvælgelseskriterier

- **Socialt udsatte mennesker med fysisk eller psykisk sygdom jf. definition fra Rådet for Socialt Udsatte**
- **Socialt udsatte mennesker der har haft kontakt til sygehusvæsnet under COVID-19**
- **Socialt udsatte mennesker med rusmiddelforbrug**

TABEL 1 UDVÆLGELSESKRITERIER FOR INFORMANTER

Vores udvælgelseskriterier bygger på et pragmatisk princip, hvor vi vælger informanter der opfylder vores kriterier, men samtidig også med hensyntagen til geografiske og tidsmæssige omstændigheder. Udvalgelse sker umiddelbart gennem forskerselektion, idet vi ikke annoncerer efter informanter (Buus *m.fl.*, 2009). Vi anvender derimod vores eksisterende netværk til at skabe adgang til mulige informanter.

6.2.1 Rekruttering af informanter

Qua sit arbejde som socialsygeplejerske på Aarhus Universitetshospital, har gruppemedlem, Bitten, en bred erfaring og viden om socialt udsatte mennesker og særlig den gruppe, med rusmiddelproblematikker. Bittens erfaring med gruppen og kontakten til dem, giver os en fordel og vi har derigennem rekrutteret to informanter. Gennem Bittens faglige netværk har det været muligt at få kontakt til socialsygeplejersken på Sjællands Universitetshospital. Herigennem blev der etableret kontakt til to socialt udsatte borgere. Marion har også rekrutteret én informant gennem sit kollegiale netværk i den kommunale genoptræning.

Vi har således rekrutteret fem informanter som præsenteres i indledningen til analysen.

6.3 Kvalitative interviews og interviewguide

Interviews benyttes til at opnå viden om menneskers livsverden og oplevelser af bestemte fænomener. Gennem interviews kan vi få adgang til menneskers erfaring og hvordan forskellige begivenheder har betydning for det enkelte menneske og således opnå en detaljeret og udførlig indsigt i individets forståelser og forestillinger (Brinkmann og Tanggaard, 2015).

Vi har valgt at foretage et semistruktureret interview med hver af vores informanter. Det semistrukturerede interview er anvendelig til forskning, hvor man forventer kun at interviewe hver deltager én gang. Interviewformen sikrer, at informanten kan svare frit, sideløbende med, at interviewerens styrer informanten indenfor de udvalgte emner (Århus Universitet, 2021).

For at sikre en vis form for styring under interviewet, har vi udarbejdet en interviewguide (bilag 1). Vores erfaring med målgruppen er, at deres fortællinger kan tage drejninger ud i længere komplekse forklaringer. Interviewguiden skal derfor bidrage til at skabe struktur og holde os på sporet af vores interesseområde. Som forskningsredskab spiller relationen mellem interviewer og informanter en central rolle for hvilken viden man kan opnå og derfor er interviewerens tilgang væsentlig (Brinkmann og Tanggaard, 2015). For at bevare en god interaktion, vil vi derfor tillade visse afstikkende fortællinger for at holde samtalen i gang og imødekomme informanten. Samtidig informerer vi om, at vi har mange spørgsmål vi skal igennem, og at vi vil tillade os at afbryde informanten, hvis vi kan se at tiden løber fra os.

Interviewguiden indeholder forskningsspørgsmål og interviewspørgsmål og er udarbejdet med afsæt i problemformuleringen og med fokus på vores tre temaer; hverdagsliv, helbred og sociale relationer. Forskellen på interviewspørgsmål og forskningsspørgsmål er, at interviewspørgsmålene er formuleret mere mundrette og forståelige for informanten og er karakteriseret ved at være åbne, for at invitere informanten til at beskrive bestemte fænomener. Forskningsspørgsmålene er derimod mere konkrete og søger efter en forklaring på fænomener og sammenhænge (Brinkmann og Tanggaard, 2015). Vi har været opmærksomme på at formulere interviewspørgsmål med talesprog og vendinger som falder naturligt, samt at ordvalg skulle stemme overens med informanternes ordvalg. Fx anvender vi ikke ordet "*COVID-19*" men i stedet "*corona*".

Vi gennemførte et pilotinterview med en af vores informanter, for at afklare om, og i så fald hvilke, spørgsmål i interviewguiden der evt. skulle omformuleres for at tilpasses. Efter pilotinterviewet tilpassede vi interviewspørgsmålene så de blev endnu mere dagligdags talesprog og styret i retning af COVID-19 som omdrejningspunkt. Vi foretog desuden en præcisering af forskningsspørgsmålene, så det var mere tydeligt for os som forskere, hvilke fokusområder fra vores problemstilling det var, vi søgte svar på.

Alle interviews er indledt med information om formålet med vores projekt, information om samtykke og rettigheder, som beskrevet i samtykkeerklæringen (se bilag 2), samt information om at interviewet bliver optaget på diktafon med efterfølgende transskribering. Vi har

gennemført interviews med 1 eller 2 interviewere. Af geografiske årsager foretog Bitten interviews nær sin bopæl i Jylland, mens Signe og Marion foretog interviews på Sjælland. Da vi alle tre er forholdsvis uerfarne med interviewer-rollen, har vi efterfølgende reflekteret over hvilken betydning det ville have haft for vores empiri, hvis vi havde haft mere erfaring. Dette kommer vi tilbage til i vores afsnit om refleksioner over forskerrollen efter interviews i vores metoderefleksionsafsnit 8.2.

6.4 Etik, forskerposition og forforståelse før interviews

I det følgende afsnit vil vi se på vores rolle som forskere, når vi positionerer os i feltet under vores kvalitative interviews. Vi vil først, med hjælp fra Kvale og Brinkmann (2015), beskrive vores overvejelser inden for fire områder af interviewundersøgelsen. Efterfølgende vil vi beskrive de prospektive forestillinger vi har gjort os om forskerpositionen forud for interviewene og slutte af med at uddybe vores forforståelse i forhold til vores informantgruppe i lyset af vores problemformulering. I diskussionsafsnittet under metoderefleksionen vil vi uddybe retrospektive refleksioner efter gennemførelse af interviews. Dette med henblik på bedre kronologisk sammenhæng.

6.4.1 Etik

Kvale og Brinkmann (2015) fremfører fire områder for etiske overvejelser i forbindelse med en interviewundersøgelse. I det følgende gives en kort beskrivelse af hver af Kvalets og Brinkmanns overvejelser, efterfulgt af vores konkrete overvejelser i forbindelse med vores interviews skrevet i *kursiv*.

- Informeret samtykke: informanten skal deltage frivilligt og vide at han/hun kan trække sit samtykke tilbage på hvilket som helst tidspunkt i processen. Informanten skal informeres om interviewets formål og de fordele og ulemper der kan være forbundet hermed. Forskeren skal reflektere over hvor meget information der skal gives hvornår, således at informanten ikke holder sig tilbage eller tror han skal give et "rigtigt" svar.

Vi benyttede samtykkeerklæringen (se bilag 2) som kort introduktion til vores informanter om interviewets formål. Denne korte introduktion skulle bedst muligt sikre, at informanten besvarede vores spørgsmål uden at holde noget tilbage eller at forsøge at give os det "rigtige" svar. Desuden forsøgte vi at udvælge informanter, som vi havde lidt eller ingen kendskab til på forhånd for at sikre, at vores egen forforståelse ikke var farvet af en allerede etableret relation.

- Fortrolighed: Informanternes anonymitet skal sikres, hvilket samtidigt kan give forskeren carte blanche til at tolke på udsagn i interviewet uden modsigelse.

Vi har under transskriberingen tilladt os at give informanterne synonymmer, for at gøre teksten læsevenlig. Informanternes professionelle kontaktpersoner, bopæl eller opholdssted har vi udeladt, da arbejdet med socialt udsatte i DK varetages af en forholdsvis lille gruppe af fagpersoner og informanter dermed nemt kan identificeres.

- Konsekvenser: Forskeren skal være opmærksom på den mulige "terapeutiske" relation der kan opstå i mellem informant og forsker, hvilket hverken er formålet med interviewet og som forskeren heller ikke er uddannet til. Derfor skal forskeren være opmærksom på sit ansvar og på hvilke konsekvenser det kan have for informanten at deltage, og også for den gruppe informanten repræsenterer.

Vi er bevidste om, at interviewsituationen kan gå tæt på informantens intimsfære og åbne for følsomme emner. Vi tilstræber derfor at holde os til interviewguiden og ikke forfølge emner som går bredere, end det vi ønsker at opnå viden om.

Vi er bevidste om, at informanten muligvis kan blive beskyldt/taget til indtægt for at tale på hele gruppen af socialt udsattes vegne, hvorfor det er vigtigt at informanten er så anonymiseret som muligt.

- Forskerens rolle: forskerens vigtigste redskaber for at sikre et godt vidensprodukt ud fra interviewene, er at have integritet og empati, dog med en opmærksomhed på ikke at have "for meget" empati, da det kan forveksles med en venskabelig relation, som kan få informanten til at fortælle mere, end hvis forskeren forholder sig professionelt empatisk. For at opnå en viden så uafhængig som muligt, må der ikke være et afhængighedsforhold til hverken informanten eller evt. sponsorer.

Det kan være svært ikke at få "for meget empati" når man taler med mennesker som er udsat på flere parametre. Idet vi beskæftiger os med gruppen i vores faglige virke, tænker vi, at kunne holde en professionel "distance" til vores informanternes problematikker.

En væsentligt etisk overvejelse har været at udvælge informanter, som vi med relativ sikkerhed ved ikke er stof eller alkoholpåvirkede i perioden. Det vil være etisk ukorrekt at interviewe en påvirket borger, idet personens kognitive evner således vil være påvirket.

6.4.2 Forskerposition

Da vi alle tre i gruppen arbejder med socialt udsatte mennesker i forskellige sammenhænge, har vi fra projektets start gjort os nogle forestillinger om, hvordan kontakten til denne gruppe vil være og om vores egen rolle som forskere. Qua vores professioner, har vi haft god mulighed for at finde informanter og lave aftaler direkte med dem eller gennem en kollega. Her er der

dog etiske problematikker, som kan gøre sig gældende. Er det etisk forsvarligt at spørge borgere, som vi har mødt i behandlingsøjemed om de vil deltage i et interview, som ikke gavner dem i deres behandling her og nu? Det kan overvejes om informanterne følte sig "forpligtet" eller i "gæld" til den der rekrutterede og derfor indvilligede i at deltage.

Vi har derfor forsøgt at udvælge borgere, som vi ikke selv har direkte berøringsflade med, men som vi har fået kontakt med gennem kolleger, med den medfølgende risiko for aflysninger når de ikke kender os på forhånd

Vi forestiller os, at vi på baggrund af vores professioner og mange års erfaring i feltet, vil evne at skabe kontakt til disse mennesker og et tillidsfuldt rum, hvor informanterne vil føle sig trygge til at give tanker og følelser frit løb. Der kan her opstå en risiko for, at vi kan overidentificere os med vores informanter (Brinkmann og Tanggaard, 2015). Vi har fx hørt målgruppens problemstillinger før, i forbindelse med vores arbejde, og vi kan tro vi kender deres svar og derfor risikere ikke at lytte ordentligt efter, stiller ledende eller ikke åbne nok spørgsmål. Interviewet kan være en sårbar situation for begge parter. Den socialt udsatte vil muligvis fortælle om voldsomme oplevelser, måske hidse sig op og vise stærke følelser og vi har derfor valgt, at være to tilstede, hvor det er muligt.

Vi er indstillede på, at vi vil blive nødt til at styre interviewet efter hvor talende informanten er. Hvis personen er meget isoleret og ensom og ikke har megen kontakt med andre mennesker, kan vi forestille os, at det kunne blive en anledning til at lufte frustrationer, tanker og følelser omkring andre emner end det vi gerne vil have information om. Dette vil vi forsøge at indskærpe på en empatisk og indlevende måde ved hjælp af vores personlige såvel som faglige erfaring.

Som udgangspunkt har vi valgt at udføre interviewene i vores private tøj, for at give udtryk for vores primære rolle som forskere og ikke sundhedsprofessionelle. Vi tænker, at det kunne være en forvirrende omstændighed, hvis de identificerede os med deres behandlingspersoner, hvilket kan medføre en tilbøjelighed til at give andre svar på vores spørgsmål. Vi præsenterer os primært som masterstuderende og sekundært som sundhedsprofessionelle, når vi indleder vores interviews og vi gennemfører alle fem interviews i lokaler der til daglig er en del af sundhedsvæsenet. Vi er bevidste om, at konteksten præges af sundhedsrammer, hvilket kan betyde at informanterne ubevidst giver os svar af en bestemt karakter der "passer ind" i den aktuelle kontekst. Præsentationen som sundhedsprofessionelle og masterstuderende, der er i gang med et forskningsprojekt på RUC, kan have betydning for den magtrelation der opstår, når vi interagerer med et socialt udsat menneske og vi er opmærksomme på, hvorvidt informanterne kan have følt sig pressede eller intimiderede.

6.4.3 Forforståelse

Med hermeneutisk afsæt er det vigtig, at man som forsker er bevidst om sine fordomme, forforståelse og antagelser inden man går i gang med sin forskning. I forhold til vores problemstilling har vi derfor klarlagt, hvordan vi forventer informanterne vil svare og hvordan vores forforståelse kan spille ind. Man kan sige, at forskeren i kvalitativ forskning bruger sig selv som det primære forskningsredskab, i det man som forsker trækker på sin erfaring og indlevelse når man stiller spørgsmål, gør iagttagelser og lytter til sin informant. Derfor må man også være sig sine forforståelse bevidst (Brinkmann og Tanggaard, 2015). Når en informant indvilliger i at deltage i et interview, forestiller vi os, at det er et menneske der gerne vil og som samtidig også trives med at fortælle om sin situation. Socialt udsatte mennesker føler sig ofte og er reelt også stigmatiseret i sundhedsvæsenet (Pedersen, 2018). Vores oplevelse er, at hvis de føler sig misforstået i en situation de kan gå fra, så går de, hvilket vi tænker, at de også ville gøre i interviewsituationen. Vi er dog opmærksomme på, at informanten kan føle sig "fanget" i situationen og have svært ved at forlade den qua den ulige magtrelation.

Under en periode med pandemi og nedlukning af samfundet, antager vi, at informanternes sundhedskompetencer bliver udfordret. Abel og McQueen (2020) foreslår en udvidelse af sundhedskompetencebegrebet i forbindelse med en pandemi, som beskrevet i teoriafsnit [x s.](#) Vi tror udfordringen fx vil komme til udtryk ved at informanterne har haft færre henvendelser til praktiserende læge, sygehus mv med risiko for forringet sundhed og livskvalitet til følge.

Vi forventer, at informanterne vil udtrykke at de har haft bekymring for at blive afvist eller føle sig til besvær under nedlukningen. Det er vores erfaring med denne gruppe, at det ofte er noget som fylder hos dem i kontakten til sundhedsvæsenet. Vi forventer, at de vil beskrive oplevelser af manglende støtte og netværk, dels personligt, men også professionelt, under COVID-19, bl.a. fordi mange socialt udsatte bruger deres netværk til at komme i kontakt med sundhedsvæsenet. Derfor tænker vi, at oplevelser af ensomhed og isolation har fyldt meget hos informanterne under nedlukningsperioden, og at informanter med diagnoser som angst, depression, OCD mv. har oplevet en forværring i deres sygdom pga. pandemien.

Vi har reflekteret over hvordan vores baggrund som sundhedsprofessionelle i et positivistisk styret sundhedsvæsen, kan have betydning for vores tilgang til informanterne og deres udsagn. Vi er vant til at skulle risikospore og derudfra finde handlemuligheder. I dette projekt skal vi ikke risikospore eller forstå vores informanter, men lytte til dem og forsøge at udvikle en fortolkende forståelse af den mening der ligger gemt i DERES livsytringer (Juul og Pedersen, 2012). Det har været en udfordring og givet anledning til gode diskussioner, da vi til dagligt arbejder i praksis med et andet fokus.

6.5 Transskriberingsmetode

Der findes forskellige transskriberingsteknikker (Brinkmann og Tanggaard, 2015). Vi har valgt, at det er meningen i indholdet, der er vigtig, og derfor har vi kun angivet talepauser, udfald i toneleje eller volumen i transskriptionen, hvis det var af særlig tydeligt eller havde en væsentlig betydning for forståelsen af det skrevne.

Der kan være store fordele i at interviewer selv transskriberer, da det kan præcisere ordlyden som er svær at fange på en diktafon (Brinkmann og Tanggaard, 2015). Transskriberingen er foretaget af den/de der også foretog interviewet, hvilket har bidraget til gode refleksioner efterfølgende. Som interviewer kan man være så optaget af sine spørgsmål undervejs, at man først bagefter ved gennemlytning og transskribering kan forholde sig reflektivt til indholdet (ibid).

Vi er opmærksomme på, at det talte sprog har ufuldendte og uafsluttede sætninger, som kan være svære at forstå når man læser en transskribering. Der vil også kunne gå pointer tabt, som bliver udtrykt gennem ironi, sarkasme eller måske kropssprog (Brinkmann og Tanggaard, 2015). Derfor har vi i forbindelse med interviews nedskrevet situering, kropslige, emotionelle eller udefrakommende hændelser, som vi mener kan have påvirket informanten undervejs.

Trods gode lydforhold, bliver udtalen af ordene ind i mellem utydelig. Dette markeres således (...) Desuden bruges denne markering i citater i analyseafsnittet, hvis vi har udeladt tale, der ikke har betydning for resten af citatet. For at lette læsevenligheden har vi udeladt en del af vores anerkendende "ja" undervejs, da det ikke har nærmere betydning for sammenhængen og kan opleves som forstyrrende. Angivelser med [] betyder at, vi har censureret noget ud eller kommenterer på toneleje eller bevægelser som informanten ændrer på.

I transskriberingen og i analyseafsnittet angives aktører således:

Navn (fiktivt): Informant

I: interviewer

I1: Primær interviewer ved to interviewere til stede

I2: Sekundær interviewer ved to interviewere tilstede

6.6 Analysemetode

Gennem analysen, har vi arbejdet i en vekselvirkning mellem empiri og teori, hvor vi i en abduktiv mekanisme, har ønsket at gå bag om fænomenerne og komme til nye forståelser (Olsen og Pedersen, 2015). Denne proces har været en vigtig del af vores hermeneutiske tilgang og anvendelse af den hermeneutiske cirkel.

I det følgende afsnit beskriver vi, hvorledes vi har anvendt de hermeneutiske fortolkningsprincipperne samt inddraget inspiration fra Graneheim & Lundman's model "kvalitative innehållsanalys", i vores arbejde med analysen.

6.6.1 Hermeneutikkens fortolkningsprincipper

Med hermeneutisk videnskabsteoretisk afsæt har vi fokus på at opnå viden om, hvordan vores informanter har oplevet COVID-19 og hvilken betydning pandemien har haft for dem. Vi har ønsket at se på konkrete udsagn der kunne medvirke til meningsfortolkning, og skabe ny forståelse for det informantens tilskriver betydning. I en processuel vekselvirkning mellem vores forforståelse og forståelse af tolkningen, opstår den hermeneutiske cirkel og muligheden for at opnå *horisontsammensmeltning*, som tidligere beskrevet i vores teoriafsnit.

Med afsæt i den hermeneutiske cirkel tilbyder hermeneutikken syv fortolkningsprincipper til meningsfortolkning. Principperne er primært udviklet til at sikre legitime fortolkninger af tekster (Kvale og Brinkmann, 2015). Idet metoden ikke er en "trin-for-trin"-metode har vi af de syv principper ladet os inspirere af princip nr. 1, 6 og 7 som vi finder mest relevante til brug for meningsfortolkning. Princip 1 er vekselvirkningen frem og tilbage mellem del og helhed som udgør et af de vigtigste elementer i den hermeneutiske cirkel og som vi som forskere fortolker mening igennem. Princip 6 er, at vores fortolkning ikke er forudsætningsløs og at vi som forskere skal være bevidste om, at måden vi stiller vores spørgsmål på, har betydning for de svar vi får. Princip 7 er, at fortolkningen bidrager til ny viden og forståelse og således opnår vi en udvidet forståelse af vores informanters udsagn (Kvale og Brinkmann, 2015).

6.6.2 Analysestrategi

Idet vores overordnede videnskabsteoretiske ståsted er hermeneutisk finder vi Graneheim & Lundmans (2017) model "*kvalitativ innehållsanalys*" relevant. Modellen har et åbent ontologisk udgangspunkt som kan variere alt efter forskerens videnskabsteoretiske udgangspunkt (Lundman og Graneheim, 2017). Forskeren træder således ikke objektivt ind i fortolkningen, men kommer derimod med subjektive forståelser og egne fortolkninger (Graneheim og Lundman, 2004). Graneheim & Lundman (2017) tilbyder en systematisk tilgang til analysestrategi, hvorfra vi har ladet os inspirere til at strukturere vores analyse. Fordelene ved at anvende en analysestrategi er, at vi kan opløse vores empiriske materiale i en trin-baseret analysetilgang. Dette kan være behjælpelig til strukturering i den relative store datamængde samt mulighed for en grundigere detaljeringsgrad i søgningen efter meningsbærende enheder og temaer (Kvale og Brinkmann, 2015).

Vi har især været inspireret af Graneheim & Lundmans eksempel på en skematisk fremstilling for analysen, se tabel 2.

Begreb	Meningsenhet (Meningsbærende enhed)	Kondenseret meningsenhet (Meningskondensering)	Kod (Kodning)	Underkategori (Subtema)	Kategori (Tema)
Definition	Den meningsbærende del af teksten/ord som hører sammen gennem deres indhold og kontekst	En forkortning af teksten/ordene som gør den mere håndterbar samtidig med at det væsentlige bevares	En enkelt etiket som kort beskriver indhold i den kondenserede meningsenhet	En samling af koder hvis indhold ligner hinanden.	En samling af underkategorier hvis indhold ligner hinanden

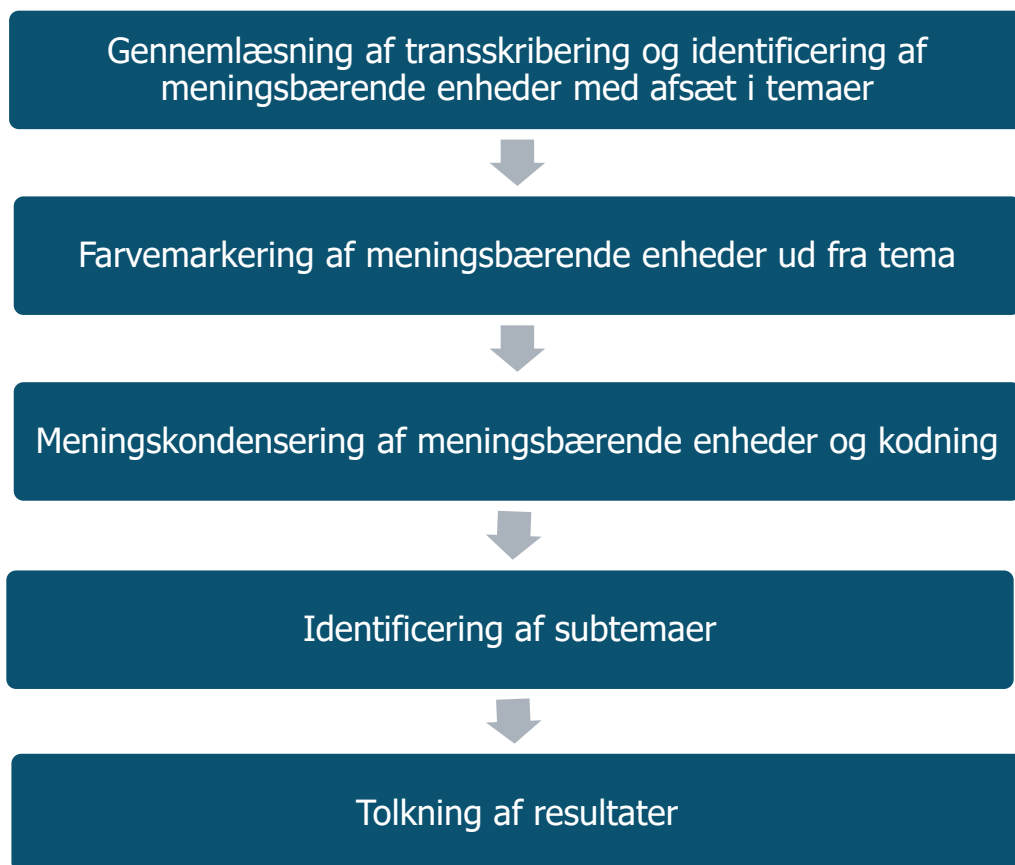
TABEL 2 SKEMATISK FREMSTILLING AF GRANEHEIM OG LUNDMANS BEGREBER (2004). I PARENTES ANGIVES VORES ANVENDETE BETEGNELSER FOR BEGREBERNE

Vi har oversat og tilpasset til et ordbrug vi fandt mere anvendeligt. Dettens er angivet i parentes i tabellen. Hvorledes vi rent praktisk har anvendt modellen i analyseprocessen beskrives i følgende afsnit.

6.6.3 Analyseproces

Graneheim og Lundmans model (2017) bygger på at arbejde sig fra meningsbærende enheder, frem mod kategorier. Vi kalder kategorierne for temaer. Vi adskiller os særligt fra modellen idet vi fra starten har lagt os fast på tre temaer (hverdagsliv, helbred og sociale relationer) da disse er omdrejningspunktet for vores undersøgelse. Vi har gentagne gange gennemgået transskriberinger og identificeret meningsbærende enheder som kunne fortælle os noget om temaerne. Vi farvemarkerede de meningsbærende enheder efter temaerne og flyttede dem over i et nyt dokument, for at skille overflødig fyld fra den fulde transskribering. I det nye dokument foretog vi meningskondensering, hvor vi reducerede og komprimerede informanternes meningsbærende udsagn i volumen til kortere formuleringer, men hvor vi samtidig bevarede den essentielle betydning, som beskrevet af Graneheim og Lundman (2017). Kondenseringer blev herefter til kodninger og subtemaer (ibid). Vi har gennem løbende dialog i gruppen diskuteret hvorledes vi anskuede de forskellige meningsbærende enheder, kondenseringer og kodninger og deres placering i subtema og tema. Ved at fastlægge temaer på forhånd, adskiller vi os fra Graneheim og Lundmans model, men det gav mening for os, da temaerne var vigtige forhold hos målgruppen og fordi temaerne også indgik i interviewguiden og således samlet set fik en central placering i analysearbejdet.

I figur 4 ses fremstilling af vores analyseproces og i tabel 3 ses et eksempel på hvorledes en meningsbærende enhed er blevet kondenseret og placeret med subtema og tema.



FIGUR 4 FREMSTILLING AF VORES ANALYSEPROCES

Tema	Meningsbærende enhed	Meningskondensering	Kodning	Subtema
Helbred	Arne: <i>"Og så blev det udsat, og det endte jo med at jeg ikke har været til behandling i et helt år"</i> .	Behandling blev udsat pga. corona	Corona og restriktionernes betydning for sundhed og helbred	Overset sygdom og udsat behandling

TABEL 3 EKSEMPEL PÅ KONDENSERING FRA TEMA TIL SUBTEMA

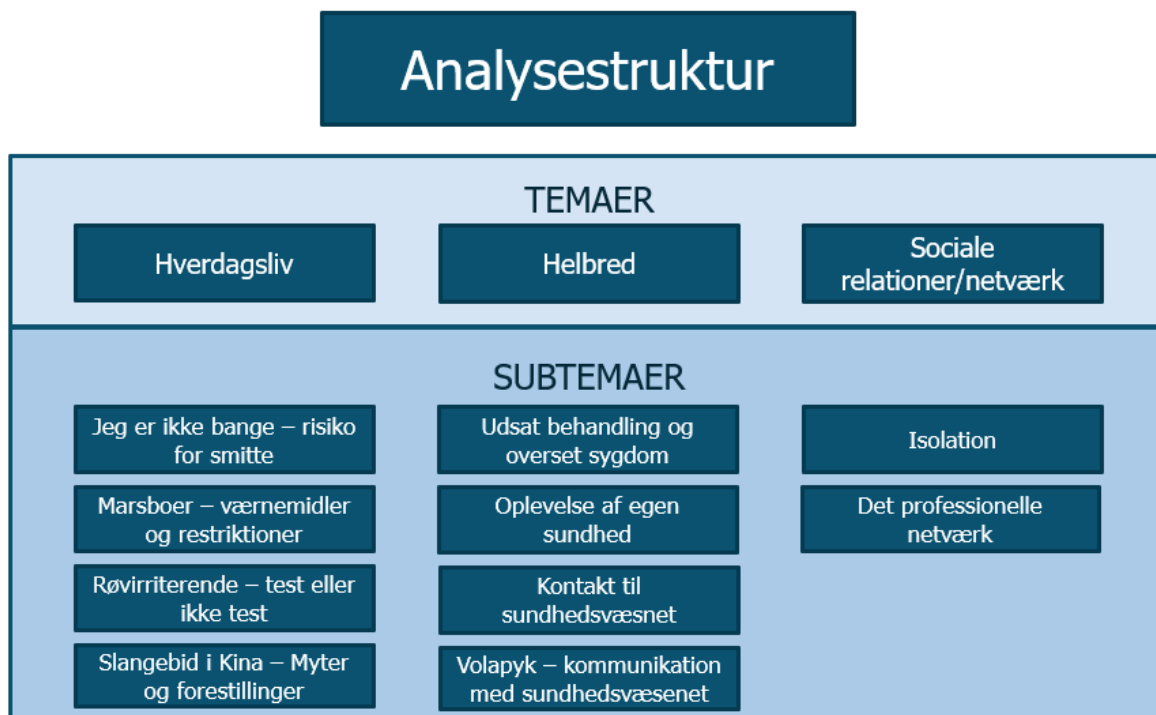
7 Analyse af empirisk materiale

Analysen af empirien tager udgangspunkt i vores tre forvalgte temaer:

- Hverdagsliv
- Helbred
- Sociale relationer og netværk

Under hvert af disse hovedtemaer, har vi kondenseret subtemaer, som bliver præsenteret under hvert tema. Subtemaerne er opstået ud fra meningskondenseringen af de meningsbærende enheder som vi har fundet mest betydningsfulde og interessante for vores målgruppe og for belysningen af problemstillingen.

Se nedenstående figur X. I analysen af udsagn har vi anvendt teoretiske, såvel som sundhedsfremme og samfundsmæssige synspunkter.



FIGUR 5 ANALYSESTRUKTUR

Vi har tilladt os at forkorte citaterne i interviews og viser dette ved: "(...)". Enkelte citater går igen i subtemaerne, hvor vi har fundet dette meningsskabende. Analysen er udtryk for vores fortolkninger og en sammenkædning med den anvendte teori og anden litteratur på området.

Forud for analysen gives en kort præsentation af informanter og interviewsituationen.

7.1 Præsentation af informanter og interviewsituation

7.1.1 Arne

56-årig mand. Bor alene i 2-værelses lejlighed. Stort alkoholforbrug gennem flere år. Under COVID-19 tiltog forbruget og det resulterede i en voldsom afrusning i efteråret 2020 med 20-dages indlæggelse og fysiske skader til følge. Arne fortæller at han nu har været alkoholfri i tre måneder. Arne mistede under sygdomsforløbet sit job, som graver på kirkegården og får i tiden under interviewet sygedagpenge. Arne er oprindelig uddannet købmand og har kontakt til sine to sønner og sin datter, samt ekskone.

Vi møder Arne i hans genoptræningscenter. Han går lidt besværet og holder fast i gelænderet på vej ned af trappen til mødelokalet. Arne er velsoigneret i rent tøj, er nybarberet, har rene negle og dufter af vaskepulver. Hans stemme er rusten og ind i mellem sprød og dirrer pga. en sygdom på stemmelæberne. Han rømmer sig derfor flere gange og man kan høre at han anstrenger sig for at tale tydeligt. Grundet COVID-19 restriktioner sidder vi med to meters afstand og kan derfor tage visir og mundbind af. Signe er interviewperson (I1) og Marion (I2) tilføjer kommentarer og holder øje med tid og optageudstyr.

7.1.2 Paw

43-årig mand. Bor normalt alene, men aktuelt bor en kammerat hos ham. Paw har haft et stort alkoholforbrug siden ungdomsårene, men drikker aktuelt ikke og forsøger med hjælp fra socialsygeplejerske at få samling på sin livssituation. Under COVID-19 har Paw været indlagt pga. mave- og psykiske problemer. Desuden har Paw hjerteproblemer, som han går til behandling for. Paw har et begrænset netværk der primært består af to søstre og to gode kammerater. Paw er uddannet montør og arbejder med spildevand, har aktuelt solgt sit hus og skal flytte i lejlighed nær sine søstre.

Første planlagte interview blev aflyst da Paw ikke kunne nå hjem fra arbejde. Interviewet blev gennemført af Marion (I) som interviewperson og teknisk ansvarlig. Paw ankommer, socialsygeplejersken er også tilstede og vi præsenterer os for hinanden med albuehilsen. Vi sætter os alle med afstand og tager mundbind af. Paw virker meget opsat på at gøre det godt.

Fem minutter efter interviewstart forlader socialsygeplejersken rummet og sætter sig, med åben dør i rummet ved siden af. Dette er en aftale der er lavet med Paw.

7.1.3 Otto

60-årig mand. Bor alene i mindre lejlighed sammen med sin hund. Otto har et begrænset netværk, men har en gang i mellem telefonisk kontakt til søskende. Otto har over en længere årrække været i behandling for cancer i øjet, halsen og munden. Under COVID-19 har Otto fortsat gået til behandlinger i sygehusregi. Otto har haft et stort alkoholforbrug igennem flere år.

Interviewet foregår i socialsygeplejerskens lokaler og hun henter Otto der er til kontrol på sygehuset. Socialsygeplejersken har sørget for kaffe og rumkugler – på Ottos opfordring.

Otto kommer ind i lokalet og der hilses på og præsenteres. På grund af sin cancer sygdom har Otto glasøje og kun 2 tænder, da resten er trukket ud pga. strålebehandling af mundhulen. Otto er næsten skaldet og spinkel af bygning. Pga. manglende tænder og mundtørhed, kan det til tider være svært at forstå hvad Otto siger. Han gør sig umage og er bevidst om at tale tydelig.

Vi skænker kaffe. Dog ikke Otto. Socialsygeplejersken siger *“Otto, hvis du hellere vil have den øl du har i tasken, så gør du bare det”*. Otto griner. *“jo tak, det vil jeg hellere”*, siger han og tager en øl frem fra rygsækken.

Signe (I1) er primærinterviewer og Marion (I2) er sekundærinterviewer, samt ansvarlig for tid og teknik.

7.1.4 Pia

54-årig kvinde med ADHD. Pia drikker dagligt og bor alene i sin lejlighed. Pia har i forbindelse med indlæggelsen brudt med sin voldelige kæreste. Hun blev indlagt efter at være blevet udsat for vold af sin kæreste og under indlæggelsen finder man byld. Pia har en søn på 21 år, som hun ikke har meget kontakt med og har desuden to bostøtter *“O”* og *“S”*.

Interviewet er kommet i stand mens Pia var indlagt. Pia var ædru under hele sin ca. fire ugers indlæggelse. Bitten har mødt Pia kortvarigt to gange tidligere i skadestuen og spørger om Pia vil deltage i et interview. Interviewet aftales til næste dag på Pias enestue ved 9-10-tiden.

På interviewtidspunktet sover Pia, men vågner halvt da Bitten kommer kl. 10. Pia tilbydes at udskyde aftalen til kl. 11. Da Bitten kommer igen kl. 11, er Pia vågen og sidder i sin seng og læser COVID-19 nyheder på sin telefon, da hun gerne vil være opdateret. Pia bliver siddende i

sengen under interviewet og Bitten sidder ved et bord lidt væk, så der er to meters afstand og mundbind kan tages af. Pia underskriver og siger på forhånd at hun gerne må afbrydes hvis hun ryger ud ad en tangent i interviewet. Bitten foretager interviewet og står for det tekniske.

Interviewet transskriberes ikke fuldstændigt, da Pia bliver meget berørt af hendes personlige situation under interviewet, som ikke omhandler COVID-19.

7.1.5 Alf

43-årig mand med kronisk tarmsygdom og tuberkulose. Alf bor på forsorgshjem og har gjort det siden sin løsladelse fra fængsel i marts 2020. Boede inden da på andet forsorgshjem i fire måneder efter indlæggelse på psykiatrisk hospital. Alf havde indtil da boet i egen lejlighed. Alfs sociale netværk består primært af de venner han har lært at kende på forsorgshjemmet. Han taler lidt med nogle gamle venner i telefonen. Alf har en stedfar, en farfar og to søskende i en anden landsdel som han ikke har set siden sin fængselsdom og efterfølgende COVID-19. Alf har desuden en søn på 10 år, som han heller ikke har set i længere tid pga. COVID-19, hvilket har givet samarbejdsproblemer med sønnens mor.

Bitten foretager interviewet og har mødt Alf et par gange før. Alf efterspørger slik, cigaretter og sodavand, som han får på interviewdagen. Oprindelige interviewtid blev aflyst og udskudt en dag da Alf var for træt. Interviewet foregår på afdelingen hvor Alf er indlagt i et lille rum. Bitten står for både interviewet og det tekniske.

Hverdagsliv

Vores informanter har forskellige oplevelser i deres hverdagsliv i forbindelse med COVID-19. I denne delanalyse vil vi komme ind på følgende fire subtemaer:

- Jeg er ikke bange – Risiko for smitte
- Marsboere – Værnemidler og restriktioner
- Røvirriterende – test eller ikke test
- Slangebids i Kina – Myter og forestillinger

7.1.6 "Jeg er ikke bange" – Risiko for smitte

Med COVID-19 pandemiens indtræden og risikoen for smitte, er det oplagt at overveje hvilken trussel sygdommen udgør for én selv. Forskellige sygdomme og helbredsmæssige faktorer har betydning for, om man er i risiko for at få et alvorligt forløb ved smitte med COVID-19 (Sundhedstyrelsen, 2021).

I1: *"Har du egentlig været bange for at blive smittet med den?"*

Otto: *"Nej"*

I1: *"Nej. Hvordan kan det være?"*

Otto: *"Altså når jeg har været igennem den her kræftbehandling så... er jeg ikke bange for noget som helst".*

(Bilag 3, s. 5)

I: *"Og hvad med dig, er du nervøs for at blive smittet af coronaen?"*

Alf: *"I starten der var jeg, for man hørte meget om dødsfald og sådan noget, men nu der er jeg ikke så'n – der rører det mig ikke så meget, det er fordi jeg har både haft min stedfar som har været smittet, som ikke har mærket noget som helst til det, så øhh, det har været kørt meget op i tv med dødsfald, synes jeg, fordi... selvfølgelig er det sørgeligt med alle dem der er døde, men når man tænker på hvor mange der har været smittet, så er det ikke mange der har været døde, synes jeg ikke i forhold til en normal lungebetændelse – ældre mennesker de dør jo også af det".*

(Bilag 4, s. 7)

Alf og Otto fortæller her, at de ikke bekymret for at blive smittet med COVID-19. Med informanternes sygdomsmæssige situation, som cancer og kroniske sygdomme, finder vi det interessant, at de ikke oplever COVID-19 som en trussel. I medierne er det ofte beskrevet hvilke patientgrupper, der vil være i risiko for et alvorligt forløb med COVID-19 (Jørgensen og Eller, 2020; Stie og Christensen, 2021) og derfor foranlediges vi til at tro, at vores informanter føler sig ekstra udsat ved smitte med COVID-19. Vi undrer os over hvordan det kan være at de ikke er bange for at blive smittet. Flere ting kan spille ind. Hvis vi ser på informanternes livsforløb, som de skitseres under interviews, er de præget af bl.a. misbrugsproblematikker, vold, hjemløshed og svære sygdomsforløb. Bourdieus habitusbegreb er funderet i det levede liv og er et historisk produkt af social erfaring og uddannelse (Bourdieu, 2008). Informanterne har gennem deres liv måtte vælge hvad der skal tillægges betydning og hvad der er mindre vigtigt, for at de som individer kan fungere og hvilke fænomener de anser for at udgøre en trussel. Deres valg er baseret på deres historiske livsbegivenheder og har formet deres habitus og deres basis for valg. Vi kan forestille os, at det der præger deres livssituationer, så som vedligeholdelse af deres rusmiddelforbrug, hjemløshed, sygdom og voldelige forhold, har haft en større plads i deres tilværelse end at blive smittet med COVID-19. Dette underbygges af Crohndahl og Karlsson (2016), som skriver, at et fokus på individuel sundhedsadfærd kan føles som ressourcspild for mennesker, som mangler basale fornødenheder som husly, mad, sikkerhed mm.

Otto holder COVID-19 smitte op i mod det at være igennem et cancerforløb og konkluderer på den baggrund, at et forløb med COVID-19 vil være en bagatel i sammenligning. Alf drager parallel til lungebetændelse, og ser også COVID-19 som en mindre trussel. Han trækker på oplysninger han har fået gennem den mediebevågenhed, der har været omkring mortalitet ved COVID-19 i forhold til fx lungebetændelse og influenza. Der er løbende blevet sået tvivl om hvorvidt COVID-19, bare skal anses som en almindelig influenza (Juhl *m.fl.*, 2020). Alf gør også brug af de personlige erfaringer han har med sig, i det hans stedfar har været smittet med COVID-19 og havde et ukompliceret forløb. Dette kan tale ind i Alfs antagelser om at smitte ikke udgør en risiko.

Med begrebet sundhedskompetencer ses på hvorledes individet er i stand til at navigere i sundhedsvæsenet og omsætte og afkode information, for at kunne foretage valg i relation til sit helbred og sundhed på baggrund af de givne informationer (Pedersen, 2018). I relation til vores informanter vil vi sige, at deres sundhedskompetencer er afgørende for, hvordan de vurderer risikoen ved COVID-19 sammenholdt med deres egen helbredssituation.

Bourdieu definerer kropsliggjort kulturel kapital, som noget der tilegnes på baggrund af den specifikke sociale klasse vi er vokset op i, og ifølge Abel (2008) er kulturel kapital medskabende for udvikling af sundhedskompetencer. Vi kan derfor udlede, at hvorledes informanterne forstår at sætte deres eget sygdomsbillede ind i kontekst med COVID-19, afhænger af deres mængde af kropsliggjort kulturel kapital. Hvis informanterne kun besidder en begrænset mængde af kapitalen, kan deres forståelse undervurdere risikoen ved COVID-19 smitte (Maindal og Vinther-Jensen, 2016).

7.1.7 Marsboere – om værnemidler og restriktioner

Gennem COVID-19 er vi blevet bekendt med myndighedernes anbefalinger og restriktioner og de efterhånden velkendte blå opslag, som hænger overalt i det offentlige rum. Vi er gennem radio- og tv-indslag blevet informeret om hvorledes vi skal forholde os, så smitten i samfundet holdes nede. Otto udtrykker sig her om værnemidler:

I1: *"Og hvordan når du sådan har skulle snakke med sundhedspersonalet, og når de har haft udstyret på? Hvordan har du haft det med at de havde..."*

Otto: *"Det mere det når de har heldragten på. Man kan jo ikke engang se hvem man snakker med [griner]"*.

I1: [griner] *"nej. Hvordan, er det irriterende for dig?"*

Otto: *"Altså det var ligesom det at man (...) er blevet invaderet af nogle marsboere [griner] (...) Det har ikke generet mig. Altså, de skal jo også beskytte sig selv, jo ik"*.

Med billedsprog siger Otto at sundhedspersonalet for ham, ligner marsboere der invaderer os. Anvendelse af humor omkring et ellers alvorligt emne, er ikke ukendt når man skal tale om eller står i svære situationer. Humor kan bruges som forsvarsmekanisme i forsøg på at gøre tingene mindre skræmmende (Udforsk sindet, 2018). Dragten har for Otto betydet, at han ikke kunne se hvem han talte med, hvilket kan være utrygt, særligt i et felt, (sundhedsfeltet) hvor han ikke er på hjemmebane. Otto udtrykker samtidigt forståelse for, at dragten er vigtig for personalets egen beskyttelse.

Alf har under anden nedlukning boet på et forsorghjem, hvor der i forbindelse med COVID-19 blev indført tiltag på baggrund af myndighedernes anbefaling. Her taler Alf om de afstandskrav der blev indført på fællesarealer:

Alf: "Jo jo, de gik og satte afstandsmålere eller bånd på gulvet og alt muligt... øhh, men det gav ikke så meget mening jo".

I: "Nå, hvordan – kan du forklare det?"

Alf: "Fordi man... Ja, der var alle de afstande med gulvene, men så kunne du være på et værelse, der kunne du sidde fire-fem stykker, altså, uden at gøre noget".

Alf undrer sig over, at man på gangene skal holde afstand til hinanden, men at man godt må sidde fire-fem sammen på et værelse. Opmålingerne, er for Alf meningsløse, idet smitten kan spredes i lokalet ved siden af, hvor afstandskrav ikke er indført. Alf siger videre, at fordi værelserne opfattes som privat bolig, er afstandskravet ikke gældende derinde. Han er altså bevidst om årsagen til forskellen, men undrer sig alligevel.

Alf har også bemærket, at der er forskel på, hvilke patienter der bærer mundbind på hospitalet, hvor han er indlagt:

Alf: "Ja, det lagde jeg faktisk mærke til meget i går, fordi jeg bliver bedt om at gå med mundbind hele tiden og så går jeg rundt ude på gangen og i går var der tre der gik rundt uden mundbind som også var indlagt og det giver ikke mening for mig, OVERHOVEDET [siger det med eftertryk]".

Vi forestiller os, at Alf har en følelse af forskelsbehandling. Måske oplever han, at personalet har vurderet, at han har en større sandsynlighed for, at have COVID-19 på grund af hans hoste, og dermed udgør en risiko for de andre på afdelingen og derfor skal bære mundbind. Med Bourdieus begreber om kapitaler og felt som markedspladsen hvor kapitalerne får værdi (Larsen, 2010), er det værd at overveje, om han som socialt udsat menneske ser sig selv lavere positioneret, end nogle af de andre patienter eller personalet på afdelingen. Denne følelse af, at

restriktionerne er inkonsekvente kan bunde i mangel på evne til at kunne sætte anbefalinger og restriktioner ind i en større kontekst. Der kan være sygdomsmæssige årsager til, at nogle indlagte patienter ikke behøver at bære mundbind på hospitalsstuerne. I Nutbeams model for sundhedskompetencer (2000), stilles der på niveau 2 krav til højere og mere avancerede kognitive færdigheder som *"kan bruges aktivt i deltagelsen af hverdagsaktiviteter, til at uddrage information og mening fra forskellige typer af kommunikation"* (Madsen, Højgaard og Albæk, 2009, s. 9). For at kunne dette, er det nødvendigt med tilstrækkelig mængde af kulturel kapital, som kan bidrage til at sætte individet i stand til at begribe og perspektivere i en mere socio-kulturel sammenhæng (Abel, 2008).

Pia undrer sig også over, at der er forskel på hvem der bærer mundbind:

Pia: *"... der på politistationen, der var ikke en eneste af de politibetjente der havde mundbind på"(...) det synes jeg var lidt underligt".*

I: *"Mm. Blev du utryk af det eller undrede du bare eller...?"*

Pia: *"Ja, det undrede mig meget, fordi at, forretninger, i nogen forretninger og i sygehusvæsenet, der forstår man, ik'. Men i ordensmagten, der var der ik' en eneste en..."*

(Bilag 5, s. 11)

Pia anvender ordet "ordensmagten" om politiet og man kan sige, at hun positionerer denne i en magtrelation over de rammer og restriktioner som resten af befolkningen er underlagt. At bære mundbind er en del af den kulturelle orden, som er opstået i forbindelse med COVID-19 pandemien. Politiet repræsenterer staten og gennem symbolsk kapital er statens formål *"at indprente en given kulturel frembragt orden som den naturlige"* (Mik-Meyer og Villadsen, 2007, s. 75). Som en del af staten, spiller politiet derfor en væsentlig rolle, med at fremme den ønskede orden i samfundet. Vi kan forestille os, at for en borger som Pia, kan det skabe undren og mistillid til staten og repræsentanterne for denne, når de ikke selv lever op til forskrifterne om værnemidler.

7.1.8 Røvirriterende – test eller ikke test

Testning for COVID-19 har gennem pandemien været en central del af myndighedernes redskab i arbejdet med at opspore smittekæder og få kontrol over smitte med COVID-19. I forbindelse med behandlingsforløb har vores informanter på forskelligvis stiftet bekendtskab med testning.

Otto fortæller, at han i starten af pandemien, skulle transportere sig langt med offentlig transport ud af byen for at blive testet, som et krav i forbindelse med hans behandling på

sygehus. Siden er der blevet etableret testcentre i byen med quicktests, hvilket er problematisk pga. hans stråleskader inde i næsen.

Otto: *"Det er så besværligt, nu ku du se her, da, man sku helt derud på lufthavnen ik".*

I1: *"Ja".*

Otto: *"Og så i kø i 2½ time fx ik, som jeg gjorde, og det var rimelig koldt ik. Det bedste er de har fundet ud af, er Hallerne (...) Ja, altså hurtige test. Men min, altså, jeg har ikke nogen fibre her i dag, det hele er blevet brændt af [refererer til sin næse]"*.

(Bilag 3, s. 4)

Trods besvær har Otto har gennemført tests, hvilket vi ser som tegn på, at han har taget sine behandlinger alvorligt og at testning var et vilkår der fulgte med. For at modtage behandling i sundhedsvæsenet, er der ofte forhold vi må acceptere, som en del af behandling og undersøgelse. Der kan være brug for at patienten faster eller tager medicin forud for undersøgelser eller operationer. Disse vilkår må vi acceptere hvis vi ønsker behandling. Med pandemiens indtræden, blev testning også en del af vilkårene som patienterne må acceptere. Her kan der tales om den herskende doxa i feltet, og de selvfølgeligheder omkring testning. Otto accepterer selvfølgelighederne omkring test forud for behandlingen, selvom det kræver en stor indsats fra ham. Vi tænker, at accepten sker fordi feltet præges af universel påvirkning, hvor det statslige apparat fokuserer på pandemien og den enkeltes ansvar i indsatsen mod COVID-19 (Mik-Meyer og Villadsen, 2007a; Sundheds- og Ældreministeriet, 2020).

For vores informanter er ikke alle anbefalinger om tests lige meningsfulde. Arne undrer sig over i hvilke situationer man skal testes og hvornår man ikke behøver:

Arne: *"... Og de gange jeg har været til læge deroppe... og det har jeg jo nogle gange her på det sidste... der skal jeg jo lave sådan en øehhh... coronatest først og så kan du ellers gå op til lægen ik? Og det er det eneste altså, det synes jeg er røv irriterende".*

I1: *"Mh... og det sir din læge, at du skal... ha lavet en coronatest?"*

Arne: *"Ja, hvis jeg skal indenfor. (...) Det kræver han. Og det sys jeg er lidt underligt. (...) Altså jeg har da været til tandlæge og alt muligt og de kræver ikke en skid... Og inde på Bispebjerg der i tirsdags, der spurgte jeg dem også Og det krævede de heller ik".*

(Bilag 6, s. 8)

Som borger stilles der krav til, at man sætter sig ind i gældende restriktioner, retningslinjer og anbefalinger for samfundet. Når Arne møder sundhedsvæsenet er det oplagt at han forventer en

vis overensstemmelse mellem gældende test-krav. Når der ikke er overensstemmelse, forstår vi, at han undres.

Lighed i sundhed og lige adgang til sundhed for alle borgere, er ambitionen i sundhedsvæsenet, men strukturelle og kulturelle barrierer udfordrer at ambitionen lykkes (Danske Patienter, 2019).

7.1.9 Slangebids i Kina – Myter og forestillinger

Myter, forestillinger og mulige konspirationsteorier om COVID-19 har været udbredt lige siden pandemiens start tilbage i januar 2020. Der hersker teorier om, at myndighederne skjuler noget for befolkningen, om pandemien findes og om den faktisk er så slem, som man har gjort den til (Fajstrup, 2020). Paw reflekterer under interviewet over, om der kan være tale om anvendelse af bio-våben:

Paw: *"Fordi æhh, ligesom den dag hvor corona den startede, der tænkte jeg jo bare med det samme "okay, en person der bliver bidt af en slange nede i Kina, ugen efter så er hele verden smittet ik". Ahhh, den synes jeg godt nok lyder lidt voldsom forkert den der ik. Der, der må jeg sgu indrømme at der, der er er nogle tanker der fes lidt rundt oveni hovedet på mig, hvor jeg har tænkt lidt, - okay, hele verden sidder og snakker om, at det er ulovligt at bruge bio-våben mod hinanden når de slås og jeg ved ik hvad det er ik. Men hvis vi lige pludselig er overbefolket der ik, jamen hvorfor kan de så ikke bare smide sådan en virus der?"*

I: [griner] "ja".

Paw: *"Jamen det kan de jo ligeså godt finde på ik. Og så har det simpelthen bare taget overhånd for verdens regering, eller USA som de påstår er verdensmagten ik. Der ser jeg det sådan lidt på den måde at, det virker underligt at man først opdager det nu, fordi der er en der bliver bidt, og så resten af verden bliver stort set smittet med det samme på en uge. Det synes jeg virker lidt mærkeligt".*

I: *"Og hvad tænker du om det?"*

Paw: *"Der tænker jeg lidt at det er, jeg synes det er overdrevet og det er nok en del af, hvad kan man sige, verdens fremgang. Fordi dem der sidder og holder øje med hele verdens befolkning, de er i gang med at finde ud af at vi er ved at være overbefolket på hele jorden og et eller andet ik. Jamen så er det det nemmere at sige at det er en slange der har bidt en kineser og så smide sådan en bio-bombe et eller andet skørt sted ik. Fordi, man ved jo at de har bio-våben ik. Uanset hvordan man vender og drejer det der, så, selvom de påstår det er destrueret, ahh. Gu 'har de ej". [griner]*

Med afsæt i Bourdieus teori og begrebet habitus som afspejling af vores informanternes erhvervede forståelsesramme for handling og præferencer (Mik-Meyer og Villadsen, 2007a), kan det skabe indsigt i, hvad der påvirker Paw's oplevelser under COVID-19. Paw stiller spørgsmålstejn ved, at en virus skulle kunne sprede sig til hele verden på så kort tid, og samtidig sår han tvivl om informationen om pandemiens oprindelse. Ekspert i form af virologer, immunologer og læger fra bl.a. Sundhedsstyrelsen og Statens Serum Institut, har været aktive bidragsydere i nyhedsdebatten. Forklaringer omkring COVID-19's opståen har muligvis været utydelige eller utroværdige for Paw. Han anfægter derfor deres forklaring om COVID-19's oprindelse, og udviser samtidig en form for mistillid til den sundhedsfaglige verden, de repræsenterer. Denne mistillid gør sig også gældende i hans forhold til sin læge, han siger: *"... ham er jeg sgu ikke videre imponeret over"* (bilag 7 s, 2). Paws opvækst er bestemmende for hans forståelse af verden og de valg han træffer. Den mistillid vil med habitus-begrebet være en legemliggørelse af de historiske erfaringer han har gennemlevet under de givne sociale vilkår (Mik-Meyer og Villadsen, 2007a) og gennem hans tilværelse. Den kan være fodret af de sociale relationer han har bevæget sig i, fx uddannelsesmiljøer, familiære relationer eller erfaringer han har fået med sig. Hans netværk er meget begrænset og således kan det have betydning for, hvilke – og hvor mange – perspektiver han bliver præsenteret for i relation til COVID-19's opståen. Måske er det mistilliden, der leder Paw ud i tanker om at pandemien er menneskeskabt og selvintroduceret i form af et bio-våben i forsøg på at holde befolkningstallet nede. Pandemien er et komplekst og nyopstået fænomen i vores hverdag. Sidste alvorlige pandemi var den spanske syge i 1917-1918 (Statens Serum Institut, 2020a) *"Konspirationsteorier tilbyder en forenklet udlægning af virkeligheden, fordi de udpeger en aktør bag svært begribelige og komplekse begivenheder"* (Kabel, Arrouas og Skytt, 2003, webside) og kan således være noget vi griber til, for at forklare fænomener vi ikke forstår. Hvorledes pandemien kan være svær at begribe kan også forklares med Abel og McQueen's (2020) begreb CHL-P, der ses som en ressource, der er nødvendig i en pandemi. Ressourcen skal bl.a. støtte individet i kritisk at kunne vurdere og reflektere over kontekst og årsager samtidig med, at der accepteres ændringer og usikkerheder i det videnskabelige grundlag under en pandemi. Heri ligger også, at kunne skelne mellem faldgruberne indenfor den tilgængelige information (fx propaganda) og forstå konsekvenser af egne og fællesskabets handlinger. Ressourcen CHL-P kan dog på baggrund af sociale uligheder være ulige fordelt og derfor kan det, for nogle, være sværere at begribe alle nuancerne under en pandemi (Abel og McQueen, 2020).

7.2 Helbred

Med covid-19 pandemiens start i marts 2020 måtte flere sygehusafdelinger skære i beredskab og flytte personale til COVID-afsnit. Dette har haft betydning for mange mennesker, som har

måtte leve med sygdomme uden relevant opsporing eller behandling i perioden. Ligesådan har tilbuddet om genoptræning være beskåret pga. restriktioner, hvilket har haft betydning for, hvor hurtigt man som patient kom sig efter sygdom og lignende.

I følgende analysedel ser vi nærmere på hvordan COVID-19 har påvirket vores informanternes helbred. Herunder behandling af sygdomme og sygdomme som ikke blev opsporet pga. fokus på COVID-19.

Herefter følger et subtema om informanternes egen oplevelse af deres helbred og hvorledes pandemien har påvirket det fysiske, såvel som psykiske helbred.

Sub-temaer:

- Udsat behandling og overset sygdom
- Oplevelse af egen sundhed
- Kontakt til sundhedsvæsenet
- Volapyk - kommunikation med sundhedsvæsenet

7.2.1 Udsat behandling og overset sygdom

Arne beskriver i følgende citat hvordan hans sygdom på stemmelæberne ikke blev behandlet i et år pga. COVID-19.

Arne: "Jo, øh det eneste jeg havde det var det der behandling på Bispebjerg, for det der dystoni, hedder det ik? Og det... der gik jo lige ud over det jeg skulle til i starten, det var lige deromkring ik os?..."

I1: "Ja?"

Arne: "Og så blev det udsat, og det endte jo med at jeg ikke har været til behandling i et helt år".

(Bilag 6, s. 6)

Det er tydeligt under interviewet, at Arne skal anstrenge sig for at tale tydeligt og gøre sig forståelig pga. af sin sygdom. Samtidig kan det også tolkes som, at Arne har forståelse for at behandlingen måtte udskydes i lyset af covid-19. Dette tolkes ud fra det kropssprog han bruger under interviewet, hvor han med kroppen viser, at lægen står bukket tæt ind over ham. Og vi forestiller os, at det er afstandsrestriktionerne han her tænker på.

Arne: "Ja. Og det var noget med at de skal stå bukket ind over mig og stikke nåle ind i halsen og... Og sprøjte noget botox ind.

Arne: "Det gør fandeme ondt. Og du skal ligge helt... Og så skal du i mens sige: Iiiiiiihhhh... For at det vibrerer og det gør ondt ad helvede til..."

I1: *"Ja!"*

Arne: *"Men det er lige meget, men det, det gik udover det der ik og det er det eneste der har været ik?"*

(Bilag 6, s. 6)

Vores tolkning af Arnes udsagn er, at den manglende behandling ikke har fyldt så meget hos ham. Den kompleksitet af sygdom, sociale og psykiske udfordringer, der må siges at være til stede i Arnes liv, tror vi, har betydning for de prioriteringer han gør sig, når det kommer til frustrationer over manglende behandling. Hans kulturelle kropsliggjorte kapital og habitus har betydning for, hvad han i sit liv lægger vægt på og hvad han under interviewet vælger at udtrykke.

Pedersen (2018) skriver i sin rapport om socialt udsattes møde med sundhedssystemet, at et dårligt helbred er et grundvilkår i socialt udsattes liv, og at grænserne for hvad der helbredsmæssigt tolereres og accepteres, hele tiden flyttes (Pedersen, 2018). Lige sådan kan man sige, at Arne nu har internaliseret sygdommen på stemmelæberne som et grundvilkår i sit liv og derfor fylder det måske mindre for ham, end det ville gøre for et menneske, der ikke var socialt udsat.

Noget der til gengæld fylder meget for Arne er hans mulighed for genoptræning efter hans forløb med indlæggelse efter afrusning.

Arne: *"... jeg er glad for det er at jeg kan gå her til øehh hvad hedder det, genoptræning ik? DET irriterer mig lidt, at det kun er en gang om ugen".*

I1: *"Ja?"*

Arne: *"For det er EN time ik? Og der kan du fandeme ikke nå noget".*

I1: *"Og du ville faktisk gerne noget mere eller hvad?"*

Arne: *"Ja, meget mere. Fordi jo mere jeg træner, jo hurtigere kommer jeg tilbage ik? Og det jeg mangler i min træning altså... jeg træner derhjemme. (...) Men altså jeg mangler nogle maskiner, fordi det er jo gået ud over ALT! Både muskelstyrke og hele lortet... og det er jo... svært at træne derhjemme, jo du kan jo træne med en håndvægt eller et eller andet. (...) Altså jeg ville gerne gå en to-tre gange om ugen ik?"*

I1: *"Har du givet udtryk for det? Til dem?"*

Arne: *"Ja. Men det er jo pga. Corona... og det... er jo ... men jeg synes... en time om ugen det er jo... fandeme..."*

I2: *"Det er desværre sådan for alle lige nu..."*

Arne: *"Ahhh, men det er sgu for lidt".*

(Bilag 6, s. 11)

Arne viser med ovenstående citat, at han rummer en institutionel kulturel kapital, som han kan trække på her. Hans erfaring er, med sin baggrund i en håndværkerfamilie og flere år med fysisk arbejde som kirkegårdsgraver, at en stærk krop er vigtig. Det har han erfaring med fra sin opvækst og i det felt, han med sin habitus færdes i. Derfor ønsker han mere genoptræning. I forhold til sundhedskompetencer og med særlig blik på CHL-P, hvor der fokuseres på evnen til at reflektere over de kontekstuelle forhold og udføre passende handlinger derefter, har han ikke megen forståelse for de begrænsninger der er fastsat af myndighederne. Man kan sige at han forstår informationerne, men at det ikke er af betydning for ham, at sætte forsamlingsrestriktionerne i en større kontekst, fx at de beskytter ham selv og andre mod COVID-19.

Alf fortæller om udredning på sygehuset:

Alf: *"Ja, jeg tror hvis der ikke været corona, så havde de også undersøgt noget bedre for det her tuberkulose i december hvor jeg blev indlagt, hvor jeg så bare har ligget hjemme og været syg i stedet for i tre måneder".*

(Bilag 4, s. 8)

Alfs manglende udredning har formentlig gjort, at han føler sig tilsidesat og ikke taget alvorlig. Flere determinanter spiller ind på hvorledes ulighed i sundhed opstår og social udsathed er en af dem (Diderichsen, 2011). I følge Pedersen (2018) oplever socialt udsatte mennesker manglende udredning, fx for tuberkulose. Så ulighed i udredning, er ikke kun et fænomen opstået i forbindelse med COVID-19, men en ulighed der på forhånd er kendt.

7.2.2 Oplevelse af egen sundhedstilstand

Vi har spurgt vores informanter om de mener, at COVID-19 har haft betydning for deres fysiske og psykiske sundhed. Deres oplevelser er meget forskellige og det er måske netop et udtryk for den store kompleksitet, der er at finde i mange socialt udsatte menneskers liv (Pedersen, 2018).

For Arne har oplevelsen af COVID-19 ført både godt og skidt med sig. Om den første nedlukning siger Arne følgende:

Arne: *"Jamen da vi blev sendt hjem, så sad man jo bare derhjemme og så drak man bare lidt mere".*

(...)

I2: *"Tror du det var det [nedlukningen] der fik det til at eskalere lige frem...?"*

Arne: *"Altså deet... Ja ehhh jeg tror det var startet lidt før... På grund af det der depression altså og hvorfor... Og hvorfor jeg drak, det var jo som sagt for at dulme... Så man får noget angst eller sådan noget, så ku det hjælpe lidt ik... men øeh... det fik jeg jo stille og roligt (laver lyd med tungen...) trappet op ik?"*

I1: *"Ja, ok"*

Arne: *"Så det er da gået ud over det... at jeg drak lidt mere... Det her med... Det kan da godt være at det er fordi jeg inderst inde har kedet mig lidt ik?"*

(Bilag 6, s. 8)

Nedlukningen betød at Arne havde mere tid alene og derfor optrappede sit igangværende alkoholforbrug. Fænomenet med forøget alkoholforbrug er ikke ukendt. I 2020 blev der gennemført en amerikansk undersøgelse med 832 deltagere der rapporterede deres alkoholforbrug, før og under COVID-19, samt scorede hvor meget de følte sig påvirket af COVID-19. Undersøgelsen konkluderede at alkoholindtaget steg under COVID-19, og særligt for de mennesker der følte sig meget påvirket af COVID-19 (Grossman, Benjamin-Neelon og Sonnenschein, 2020). Ligeledes har Oak Foundation og Center for Rusmiddelforskning fundet en destabilisering og tilbagefald hos borgere, der enten øgede eller genoptog brugen af rusmidler under pandemien (Oak Foundation, 2020; Thylstrup, Gonzalez og Houborg, 2020).

7.2.3 Kontakt til sundhedsvæsn

Med pandemien fulgte en række restriktioner og retningslinjer for bl.a. håndteringen af COVID-19 i sundhedsvæsn (Sundhedsstyrelsen, 2021a). Dette fik betydning for befolkningens oplevelse af deres adgang dertil. Myndighederne havde meldt ud, at man ikke skulle møde op hos sin praktiserende læge eller på skadestuen uden at det var strengt nødvendigt og altid ringe først. Dette betød et fald i henvendelser til praktiserende læger og vakte bekymring for om sygdomme blev overset og ikke behandlet relevant (Overgaard og Just, 2020).

Socialt udsatte mennesker har generelt, uden at medtage konsekvenserne af COVID-19, en mangelfuld kontakt til egen læge, både grundet de praktiske krav der stilles, fx tidsbestilling og følelsen af mangel på forståelse for deres særlige situation (Pedersen, 2018).

I1: *"Hvis nu du har brug for at snakke med lægen for eksempel?"*

Arne: *"Selv"*

I1: *"Så ringer du selv?"*

Arne: *"Ja, ja, altid"*

(Bilag 6, s. 4)

Direkte adspurgt, oplever flere af vores informanter ikke umiddelbart, at de har svært ved at tage kontakt til egen læge. De øvrige informanter svarer mere indirekte, men alle fem informanter fortæller i løbet af deres interview, at de også har etableret kontakten til praktiserende læge eller sygehuset ved hjælp af enten deres personlige eller professionelle netværk. Når støtten fra netværket, nævnes mere indirekte, kan det være fordi det i den nuværende sundhedsdiskurs, ligger implicit, at den enkelte tager sin sundhed alvorligt og ved hvordan han/hun skal handle med sigte på at "være sund". Herunder at tage kontakt til relevante sundhedsprofessionelle (Larsen, 2010). Men som Abel (Abel, 2008) argumenterer, så er sundhedskompetencer ikke en givet, men noget vi tilegner os hele livet igennem, qua uddannelse og opvækstvilkår. Vi internaliserer den herskende doxa om sundhed – hvad der er den "rigtige" handling, men uden nødvendigvis at kunne handle i overensstemmelse hermed (Mik-Meyer og Villadsen, 2007b).

Både Paw og Arne fortæller om, hvordan deres pårørende enten har været medvirkende eller direkte årsag til, at de fik kontakt til sundhedsvæsenet.

Paw: "Og de (søstre) har også været med til at få kontakt til hospitalerne. Og ligesom været med til at sætte gang med at der... at Paw han skal have noget seriøs hjælp, ik. Og æhh... så fik den tidligere hjertelæge, sygeplejerske jeg havde, hun anbefalede at jeg kunne få noget hjælp af K (socialsygeplejerske), at hun ringer til mig og minder mig om, hvornår at jeg skal til undersøgelser og de forskellige ting. Fordi det er jeg ekstremt dårlig til at huske sådan nogle ting".

(Bilag 7, s. 1)

I1: "Ja, ja ok. Men her hvor du blev indlagt i oktober, der sagde du at der havde din kone, eller din ekskone været med til at skubbe på..."

Arne: "Ja, jeg havde selv overvejet det. Seriøst. Og det overvejede jeg flere gange ik? Det er jo klart... og så er det jo det der med at tage sig sammen".

I1: "Ja".

Arne: "Og i mens jeg overvejede det, så drak jeg jo bare mere og mere, så var det bare rolig nu... og det går nok og så til sidst ik, så lyttede jeg til dem [ekskone og børn]..."

(Bilag 6, s. 4)

Citaterne giver eksempler på netværkets betydning for, at der bliver handlet på informanternes helbredsmaessige udfordringer. Dette dokumenteres også i flere undersøgelser foretaget i Danmark af bl.a. Rådet for Socialt Udsatte (2020b), som viser, at et af parametrene for et godt helbred er et godt socialt netværk. Fx viser en undersøgelse, at ensomme mennesker oftere er syge end dem med gode sociale relationer (ibid). Antallet af socialt udsatte mennesker, der ikke har nogen at tale med, når de har problemer eller behov for støtte, eller behov for hjælp ved

praktiske problemer i tilfælde af sygdom, er større end i den øvrige befolkning (ibid). Dette understøttes af Beauchamp et al (2015) som har udviklet et omfattende spørgeskema "Health Literacy Questionnaire", som et redskab til at måle individets sundhedskompetencer. I udviklingen af spørgeskemaet fandt man ni områder til at afdække dette og fandt, at social støtte er et af de områder, som har betydning for individets sundhedskompetence. Under COVID-19 kan behovet for støtte være endnu større, grundet den store informationsstrøm. CHL-P begrebet, skal understøtte de professionelle til at hjælpe individet, så det bedre kan evne at handle passende både ud fra egen situation, men også ud fra et kollektivt ansvar (Abel og McQueen, 2020). Paradoksalt er det derfor, at tilbuddene til socialt udsatte borgere, som netop er en gruppe der har særlige behov, blev indskrænket. De fysiske møder blev erstattet af telefonmøder, hvilket afskar de professionelle fra at kunne støtte borgeren i, at handle hensigtsmæssigt samt at kunne vurdere den enkelt borgers fysiske og psykiske tilstand.

Flere af informanterne nævner desuden, at de har haft kontakt til en professionel kontaktperson under COVID-19, og at det har betydning for bl.a. at huske aftaler på sygehuset eller hos deres praktiserende læge.

Paw: "Ja ja, fordi jeg kunne ikke følge med i hvornår jeg skulle møde. Og så blev jeg ringet op, og så var der nogle undersøgelser der var blevet udsat, ja helt forsvandt. Og der har socialsygeplejersken været utrolig god til at være efter mig på det område der øhh". (...) "Hun har da været hjemme forbi mig et par gange lige og se..."

I: "når du... i forhold til når du skal have hjælp, altså i sundhedsvæsenet, fra socialsygeplejersken eller lignende, altså hvordan, du ringer til Socialsygeplejersken, eller ringer du selv til lægen også? Eller er det nogen der gør det for dig? Eller er det dine søstre".

Paw: "Nej jeg ringer selv". (...) "Og jeg har også godt fået at vide et par gange fra socialsygeplejersken, at jeg nok lige skal ringe og snakke med min egen læge også. Men æhh, min egen læge er jeg, ham har jeg heller ikke sådan... ham er jeg sgu ikke videre imponeret over. Det er sådan lidt... Ja hvad faen skal jeg kalde ham... det er sådan lidt svært..." [griner]. (...)

I: "Ja. Så hvis" (...) "altså du bliver syg på en eller anden måde og du har brug for at tale med en læge. Ringer du så til socialsygeplejersken, eller ringer du bare direkte til lægen med det samme, eller hvad gør du?"

Paw: "Så ringer jeg faktisk til socialsygeplejersken. Og det vil sige, at hvis det er om aftenen, så skriver jeg en besked. Nu har jeg måske gjort det en eller to gange... æhh og så spørger jeg om hun ikke lige har tid til at ringe tilbage, eller i hvert fald dagen efter i hendes arbejdstid. For hun har selvfølgelig også fri og har sin familie og børn ik".

Socialsygeplejerskens forståelse for informanternes situation, at hun fx kører forbi Paw på vej hjem og er tilgængelig, også uden for "kontortid", er således vigtig for Paws adgang til sundhedsvæsenet. Særligt i pandemien, hvor adgangen til sundhedsvæsenet har været vanskeliggjort. Alf nævner også det vigtige i at socialsygeplejersken forholder sig kritisk til andre sundhedsprofessionelles behandling, da han under COVID-19 flere gange havde klaget over hoste, men kun blev testet for COVID-19. Socialsygeplejersken sørgede for Alfs retmæssige udredning og indlæggelse. Alfs sundhedskompetence øges således ved, hans tillid og kontakt til socialsygeplejersken, som kan handle på hans vegne.

7.2.4 Volapyk - Kommunikation med sundhedsvæsenet

Et vigtigt aspekt af sundhedskompetence, er at kunne forstå både den mundtlige og skriftlige information der gives når man møder sundhedsvæsenet, da vigtig viden ellers går tabt (Pedersen, 2018). Dette bliver særlig vigtigt under en pandemi.

I1: *"... Hvordan er det når du skal forstå hvad sundhedspersonalet siger? Synes du at du det er nemt for dig?"*

Otto: *"Nå men jeg har været rimelig godt indforstået i alt det her".*

I1: *"Nå okay. Er det både når de fortæller dig noget mundtligt, og når du skal læse det?"*

Otto: *"Altså jeg spørger hvis jeg er i tvivl. Og de er ret flinke til at svare. Men de der såkaldte professorer, og alt det her, de snakker jo et helt andet sprog ik. De snakker i 20 min eller en halv time. Du får lige det sidste med. Har du forstået det? Nej, ik altså. De kommunikerer ikke ordentlig med deres patienter. De sender dem videre til en sygeplejerske, der prøver at omformulere det volapyk de har sagt ik".*

I1: *"[griner] ja. Så det hjælper, det der med at få det omformuleret synes du?"*

Otto: *"Det har hjulpet lidt, men de kan godt være meget bedre til det". (...)*

"Så det, er noget der mangler i sundhedsvæsenet ik. Det er jo ikke den danske ordbog, den de kører efter".

De øvrige informanter kommer med lignende udsagn, om ikke at kunne forstå hvad der bliver sagt, eller at mangle information de ikke får spurgt yderligere ind til, men søger hjælp hos

personer i deres netværk. Nogle gange bliver strategien også at ignorere det de ikke har forstået, hvilket følgende citat illustrerer:

I1: *"Og hvad har du gjort... når der har været noget du ikke har forstået nogle gange og der ikke har været nogen til lige og hjælpe dig med at læse det sådan..."*

Arne: *"Jaejeeeee"*.

I1: *"Har du så spurgt personalet? Eller?"*

Arne: *"sssss..."*

I1: *"Hvordan har du sådan taklet det?"*

Arne: *"Ignoreret det"*.

(Bilag 6, s. 5)

Oplevelsen af, at de sundhedsprofessionelle taler volapyk, har ikke kun betydning for vores informanternes mulighed for at kunne agere og reflektere i forhold til deres sygdom og sygdomsforløb, men også i forhold til oplevelsen af mindre værd:

Alf: *"Jeg føler bare at jeg har opgivet at spørge og køre igennem med noget, for jeg synes ikke at de lytter til det alligevel. Jeg føler, man bliver fejlet af bordet hvor de bare siger ja ja". (...) "så kan det være lige meget"*.

(Bilag 4, s. 5)

Denne følelse af, at blive fejlet af bordet, efterfølges hos Alf af en følelse af, at det kan være lige meget, hvilket mindsker hans mulighed for at kunne handle og tage stilling til sygdom og behandling, hvilket øger ulighed i sundhed.

7.3 Sociale relationer og netværk

I følgende delanalyse ser vi på hvordan pandemien har påvirket vores informanternes sociale relationer.

Her fandt vi to subkategorier:

1. Isolation
2. Det professionelle netværk

7.3.1 Isolation

Alf fortæller at han ikke har set sine nærmeste personlige relationer i tre år. Først på grund af sin fængsling og siden på grund af COVID-19.

Alf: *"Jeg har familie som jeg snakker med i telefonen jævnligt, men som jeg ikke har set i tre år som bor på X [anden landsdel]"*.

I: *"Okay, så det fordi de bor på X... at du ikke har set dem?"*

Alf: *"Ja, fordi jeg har været i fængsel jo"*.

(Bilag 4, s. 1)

Alf har personlige relationer, som han formår at holde kontakt med over telefon under sin fængselsdom. Han begrundet kontaktformen med at familien bor i en anden landsdel. Man kan se det som et udtryk for de sociale kapitaler Alf har med sig, at han trods den fysiske afstand og manglende besøg fra familien, alligevel formår at opretholde kontakt.

Selvom Alf ikke nåede at sidde i fængsel længe under pandemien, har han muligvis nået at mærke nogle af de restriktioner, der kom som følge af COVID-19. Pandemien har med stor sandsynlighed begrænset muligheden for fysiske besøg i fængslet, og Alfs manglende besøg er dermed ikke kun betinget af geografisk afstand, men også af COVID-19 restriktioner.

I Oak Foundations rapport (2020) fandt man, at indsatte i fængsler hverken havde mulighed for at modtage besøg fra venner og familie, eller fra de organisationer, der til daglig yder social støtte til disse mennesker. Det betød fx, at de indsatte manglede det pause- og frirum, et besøg kunne give i deres kritiske situation, der ofte er præget af ensomhed og rutine.

Sundhedsstyrelsen skriver i deres rapport om socialt udsatte at *"langvarig ensomhed medfører en øget risiko for forhøjet blodtryk, høje kolesterolniveauer, hjertesygdom, smerter, søvnforstyrrelser, angst og depression"* (Sundhedsstyrelsen, 2020, s. 130). Alf fortæller, at han allerede inden sin fængselsdom var indlagt på psykiatrisk afdeling, så risikoen for tilbagefald af psykiske lidelser må formodes at være relativt stor i en tid med isolation.

Efter Alfs løsladelse i marts 2020 startede COVID-19 pandemien for alvor og dermed også de restriktioner der fulgte med. Alf fortæller her om isolation i forbindelse med ophold på forsorgshjem:

Alf: *"Ja, jeg har været meget isoleret derude jo, for lige så snart jeg hostede eller det mindste, så blev jeg isoleret på værelset (...) det har jeg været de sidste tre - fire måneder pga. det her tuberkulose, men der har de kun tjekket corona [et lille ha], så har jeg været isoleret imens der kom svar og sådan noget derude, så der har været en syv-otte gange, tror jeg"*.

(...) "Hvor de så bare har kommet op med medicin, så har jeg ellers bare siddet inde på værelset og ja. [lille smil](...) Det har været hårdt. Det har det. (...) Jamen man har ikke rigtig kan snakke med nogen. (...) Jeg havde en mikrobølgeovn på værelset, så kom de med maden. (...) normalt der er jeg sammen med folk hele tiden. Jeg er faktisk kun på værelset når jeg sover. (...) det er i hvert fald hårdt - det er kedeligt og man bliver hurtigt sat uden for fællesskabet".

(Bilag 4 s. 6)

Når vi anvender Bourdieus begreb habitus, som et produkt af de sociale omstændigheder vi mennesker har (Larsen, 2010), kan vi sige at Alfs habitus er et produkt af det liv han har levet og den historie han har med sig. Når vi skal forsøge at kontekstualisere Alfs livssituation under pandemien, kan man sige at Alf qua sin habitus, har affundet sig med længerevarende isolation på værelset under pandemien. Hans mulighedsbetingelser har gjort at han ikke har krævet yderligere udredning for sin vedvarende hoste. Det kan ligeledes skyldes de forventninger der har været til ham fra bostedet, de forventningserfaringer han igennem sin historie har gjort sig, samt forventninger fra sundheds- og socialfaglige personer omkring ham. Han har således ikke magtet eller vovet at sætte sin kropsliggjorte kulturelle kapital i form af sundhedskompetencer i spil, eller har manglet denne. Hans sparsomme personlige netværk har ej heller kunne støtte ham i at kræve en retmæssig udredning. Disse faktorer har til sammen påvirket hans sociale liv i perioden under pandemien og har med vores øjne gjort hans livsvilkår endnu vanskeligere.

I rådet for socialt udsattes årsrapport (2020a), finder man, at mere end fire ud af fem socialt udsatte oplever ensomhed, og i samme rapport har man fundet, at fire gange så mange udsatte mennesker ikke regner med at få praktisk hjælp af deres sociale netværk under kritisk sygdom, som ikke udsatte mennesker (ibid). Det er derfor nærliggende at forestille sig, at en situation som Alfs, vil kunne forværre hans følelse af ensomhed og/eller mangel på social støtte i isolationsperioden.

Med et sundhedsfremmefokus og med fokus på ulighed i sundhed, skriver Sundhedsstyrelsen i deres rapport om social udsathed i sundhed og sygdom, at mangelfuld social støtte er en kendt determinant for højere sygelighed og har negativ indflydelse på helbredet bl.a. immun- og hjerte-karsystemet. I kombination med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd som alkoholforbrug, fysisk inaktivitet og rygning øges risikoen for tidlig død (Sundhedsstyrelsen, 2020).

Et andet eksempel fra interview med Alf beskriver den betydning, pandemien har haft for Alfs samvær med sin søn.

Alf: "Ja, jeg har en søn på 10 år".

I: "Som du arbejder på at få kontakt med?"

Alf: *"Nej, jeg har det ikke nu og det er sådan gået lidt hårdknude, fordi jeg kunne godt se meningen med at jeg selv ikke skulle tage toget ned og hente ham og herop igen pga. smittefare. Det har moren ikke rigtig ku' sætte sig ind i åbenbart, så hun er blevet sur over at jeg ikke har hentet ham. (...) hun vil gerne have en aftale, hvor jeg sagde at det er ikke fornuftigt".*

(Bilag 4, s. 8)

Dette citat rummer en masse uafklarede spørgsmål, som vi kommer ind på i vores metoderefleksionsafsnit. Hvad vi dog kan læse ud af citatet er, at Alf ikke har haft kontakt med sin 10-årige søn under pandemien. Vi forestiller os, at dette må have været en stor forandring for Alf og for hans søn. Vi kan forstå at drengens mor ønsker, at Alf har samvær med ham, så de forventninger Alf oplever at hun har, står forholdsvis klart.

Skulle vi se på citatet med Bourdieus øjne kommer Alfs habitus, hans mulighedsbetingelser og de forventninger der er til ham fra fx sønnen og dennes mor, her i spil. Alf giver udtryk for at han gerne vil leve op til samfundets og myndighedernes forventninger om at undgå smittefare og fx ikke bruge offentlig transport når man har symptomer, som kunne ligne COVID-19. Således kan man sige at Alf kommer i en loyalitetskonflikt i mellem om han skal følge myndighedernes anvisninger og forventninger, eller sin søns og dennes mors. Alf blev dog som tidligere citeret, testet flere gange pga. sin hoste og vi tænker, at han med støtte fra personligt eller professionelt netværk, kunne have fået hjælp til at få samværet sat i stand.

Som beskrevet i analysedelen om helbred, blev Arne hjemsendt fra sit job som kirkegraverassistent i den første nedluknings periode. Og hans alkoholmisbrug tiltog og førte til indlæggelse. Vi har valgt at inddrage citatet i dette afsnit også, da vi synes det viser et godt eksempel på hvad isolation og ensomhed har ført til under COVID-19 pandemien.

Arne: *"Jamen da vi blev sendt hjem, så sad man jo bare derhjemme og så drak man bare lidt mere". (...)*

I2: *"Tror du det var det [nedlukningen] der fik det til at eskalere lige frem, tror du?"*

Arne: *"Altså deet... Ja ehhh jeg tror det var startet lidt før... På grund af det der depression altså og hvorfor... Og hvorfor jeg drak, det var jo som sagt for at dulme... Så man får noget angst eller sådan noget, så ku det hjælpe lidt ik... men øeh... det fik jeg jo stille og roligt [laver lyd med tungen...] trappet op ik?"*

I1: *"Ja, ok".*

Arne: *"Så det er da gået ud over det... at jeg drak lidt mere... Det her med... Det kan da godt være at det er fordi jeg inderst inde har kedet mig lidt ik?"*

(Bilag 6, s. 8)

Arne udtrykker flere gange i interviewet, hvor voldsom en periode indlæggelsen var, og at han i starten ingen besøg måtte få, formentlig pga. COVID-19 restriktionerne. Han beskriver, at hans pårørende var bange for at han ville dø undervejs. Efter indlæggelsen får COVID-19 pandemien og forsamlingsforbuddet en positiv betydning for ham i forhold til at begrænse samværet med de venner der fortsat drikker.

Arne: "... altså jeg ser mine venner mindre. (...) Og det er også lidt på grund af, selvfølgelig også ik, at jeg er på vandvognen, ik også. (...) Og der vil jeg jo godt lige gi det X-antal måneder før jeg skal ud og lege igen ik? Fordi... Jeg VIL ik røre spiritus mer! (...) Slet ikke!... Og ... eh...der sys jeg at man skylder sig selv ik, og liige at holde lav profil ik?... Så der er sgu ingen grund til at man skal sidde der og glo på at de er fulde".

(Bilag 6, s. 6)

Samme tema går igen i interviewet med Paw, som også bruger forsamlingsrestriktionerne til at begrænse samvær med de mennesker, som han tidligere drak sammen med.

Paw: ... "Nogle af de gamle kammerater har prøvet at komme forbi, hvor jeg har bedt dem om, ærligt talt, at fise af".

I: "Men var det på grund af corona, eller på grund af andre årsager?"

Paw: "Det var lige så meget, altså det var både på grund af coronaen og det var, mest på grund af ... mere druk. De kom lige forbi der "jamen så kan du bare drikke en sodavand så sidder jeg og drikker øl ved siden af" nej nej, det får du ikke. Så må du fise ned på værkstedet og drikke øl sammen med de andre ik".

I: "Så har coronaen givet dig en anledning til at kunne, eller undskylde for netop at kunne sluse ud i noget eller?"

Paw: "Ja, altså man kan sige, at den har hjulpet mig til at kunne holde mig mere på afstand, end jeg nok havde ville have gjort før".

(Bilag 7, s. 4)

Begge mænd er vokset op med alkohol som en del af livet. Man kan sige, at alkohol altid har været en del af de sociale betingelser, forventninger og strukturer der har været i deres liv. Alkohol er dermed en del af et livsvilkår der har fulgt dem indtil nu.

Forventninger om at kunne overholde forsamlings restriktioner samt en massiv informationsstrøm, har haft betydning for vores informanter. Dermed kan man sige, at de betingelser Arne og Paw har haft for at leve med et alkoholmisbrug, hvor ophold i grupper af flere end fem mennesker, er blevet forhindret. Deres sociale kapital i form af dette sociale netværk, er dermed blevet mindre. Når det kommer til Arne kan man sige, at han trækker på en kropsliggjort kulturel kapital, når han reflekterer over, at det indebærer en risiko, når de er

for mange sammen.

Det er interessant at reflektere over, om det er pga. interviewet, at informanterne kommer til en erkendelse af de positive sideeffekter af COVID-19, eller om det er noget, de har reflekteret over før? Og måske er det ikke kun positivt, da de sociale relationer de har givet afkald på i perioden, er en del af deres sparsomme netværk. Der er noget paradoksalt i at Arne's misbrug eskalerede ved hjemsendelse i første nedlukning, men at forsamlingsforbuddet efterfølgende hjælper ham fra at drikke igen.

Ifølge Rapporten fra Oak Foundation (2020), var der i første nedlukningsperiode en stigning i socialt udsattes tilbagefald ift. alkohol og stofmisbrug og generel destabilisering. Dette knyttes i rapporten sammen med den sociale støtte i form af sundhedsfremmetiltag, som måtte indstilles, kontaktpersoner og støttefunktioner, som blev sat ud af kraft og generel isolation og usikkerhed i livssituationen. Nedlukningen betød også ifølge rapporten, at selv borgere, der ellers var i en positiv udvikling, fik tilbagefald. Derfor kunne være interessant at undersøge, om de to informanter på sigt stadig ser restriktionerne som en hjælp til ædruelighed eller om de også efterfølgende har oplevet tilbagefald.

7.3.2 Det professionelle netværk

Følgende citat er et godt eksempel på den kompleksitet sundheds- eller social-faglige professionelle møder i samarbejdet med socialt udsatte borgere.

I: *"Men hvordan var det med din bostøtte der i foråret, måtte han... endte det med I i en periode kun havde kontakt per telefon pga. coronaen? Måtte han blive ved med at komme og besøge dig, eller?"*

Pia: *"Nej, nej, vi mødtes henne i Botanisk Have".*

I: *"I mødtes i Botanisk Have i stedet for hjemme hos dig?"*

Pia: *"Ja".*

I: *"Var det pga. B (Pias eks kæreste som var voldelig) eller var det pga. corona?"*

Pia: *"Det var pga. at jeg var lidt flov over mit hjem".*

I: *"Så det havde ikke noget med corona at gøre?"*

Pia: *"Nej, nej. Jo, lige i starten var det".*

(Bilag 5, s. 7)

Det ville være oplagt at tænke sig, at det var COVID-19 restriktionerne, der var årsag til at møderne med de professionelle relationer foregik udenfor, men Pia beskriver i citatet, at det lige så meget skyldtes en følelse af skam over hendes bolig. På den måde har restriktionerne, som vi tolker det, haft en anden eller måske mindre betydning i denne socialt udsatte borgers liv. Pedersen skriver i rapporten om socialt udsattes møde med sundhedsvæsenet, at mange socialt udsatte mennesker godt er klar over deres anderledeshed og manglende mulighed for at

mobilisere de rette kompetencer, og at de ikke magter at blive konfronteret med den sårbarhed og anderledeshed, hvilket er uundgåeligt i mødet med sundhedsvæsnet (Pedersen, 2018).

COVID-19 og de medfølgende restriktioner har haft stor betydning for det fysiske møde mellem socialt udsatte borgere og deres professionelle netværk. Arne udtrykker i interviewet stor utilfredshed over den manglende direkte kontakt med de professionelle relationer.

I2: *"Er du blevet tilbudt sådan noget telefonkonsultation eller videokonsultation?"*

Arne: *"Ja, ikke video, men øeh telefon..."*

I1: *"mh... hvordan har det været for dig?"*

Arne: *"Irriterende!... Fordi... jeg vil helst sidde overfor mennesker ik?"*

I1: *"Mhm det forstår jeg godt".*

Arne: *"Det er ligesom med kommunen nu ik?... D.10. der skal jeg ha det der opfølgingsmøde eller hvad man siger uuuhhhaa nej, det skal være via telefon og sådan noget, jeg sagde også til hende at jeg vil helst... sidde overfor dig... også med hensyn til min stemme, når man sidder overfor så er det nemmere for mig, synes jeg, men uha nej ..."*

I1: *"... Ved du hvorfor du har det sådan at du bedst kan li at sidde overfor folk?"*

Arne: *"Det har jeg altid kunne. (...) Så kan man se i øjnene og... Altså det kan jeg bare bedst li".*

I1: *"Se ansigtsudtrykkene og...?"*

Arne: *"Ja så kan jeg bedre.... se hvad det..."*

(Bilag 6, s. 9)

Når man som Arne er afhængig af hjælp fra sine professionelle relationer, kan vi sætte os ind i, at han oplever det, som en stor forandring ikke at kunne ses face to face med eksempelvis sin sagsbehandler, når de holder møde. Qua Arnes sygdom på stemmelæberne, gør han sig anstrengelser for at tale tydeligt og derfor er møder pr. telefon ikke optimalt.

Man kan sige, at han ved hjælp af sin habitus, har gjort sig erfaringer omkring, hvordan han bedst kommer igennem med sine budskaber i forskellige sammenhænge og dermed i forskellige felter. Hermed bruger han sin kropsliggjort kulturelle kapital, når han beder om fremmøde så vidt det kan lade sig gøre.

I Oak Foundations rapport (2020), fandt man, at den manglende omsorg fra det professionelle netværk under COVID-19 i nogle henseender kunne imødekommes med et fx opkald eller en video, men det beskrives, at det på ingen måde kunne erstatte behovet for fysisk nærhed. (Oak

Foundation, 2020). Hvis de professionelle skal kunne støtte de socialt udsatte i, at forstå samfundets aktuelle kontekst under en pandemi og støtte i udviklingen af kompetencer, er det nødvendigt at se på, under hvilke betingelser det kan lade sig gøre. (Abel og McQueen, 2020)

8 Diskussion

Vores diskussion er delt op således: Først vil vi starte med diskussion af de pointer vi er kommet frem til i vores analyse med afsæt i valgte teori og videnskabsteoretisk ramme. Vi deler afsnittet ind i vores tre temaer hverdagsliv, helbred og sociale relationer. Herefter vil vi bringe et afsnit om metoderefleksioner, hvor vi ser på valg og fravalg af teori, interviewform, og analysestrategi og proces. Vi afslutter afsnittet med vores refleksioner om forskerrollen, for forståelse og etik efter gennemførelse af interview. Disse refleksioner har vi valgt at give plads i projektet, da det afspejler vores hermeneutiske tilgang og giver gennemsigtighed i projektet.

8.1 Diskussion af empiri

Vi har med projektet ønsket at opnå viden om socialt udsatte mennesker og deres oplevelser under COVID-19. Dette har været med en antagelse om, at de på grund af deres sociale udsathed havde været udfordret i deres hverdagsliv, helbred og sociale netværk under nedlukningerne. Vi forventede, at målgruppen ville beskrive, at de oplevede, eskalering af deres problemer og udfordringer under COVID-19. Til vores overraskelse var deres svar ikke enslydende, og de har betydeligt forskellige oplevelser af COVID-19 og dens betydning for deres situation.

8.1.1 Hverdagsliv

Test, restriktioner og smitte har fyldt forskelligt hos informanterne og resultater fra analysen af vores empiri peger på, at informantene hver især har haft forskellige udfordringer under COVID-19, som er lige så forskellige som deres livssituationer. Vores oplevelse er, at de problematikker de hver især står med, er så dominerende i deres hverdagsliv, at det har større betydning for dem end risikoen for at blive smittet med COVID-19. Dette understøttes af Pedersens rapport som beskriver, at socialt udsatte menneskers ofte har meget komplekse livssituationer (2018). Oveni kompleksiteten er pandemien blevet tilføjet og har stillet krav til os alle om ændringer i livsførelse, hverdagsfærden og kontakt til andre mennesker. Trods ændringer i hverdagen formår informanterne, at efterleve de mange nye krav og restriktioner og man kunne tale om, at de har anvendt mestringsstrategier til at klare sig igennem pandemien. Undersøgelser udført under pandemien har peget på, at adskillige mestringsstrategier blev set i anvendelse hos mennesker med psykiske lidelser (Ahrensburg, 2020) og vi forestiller os, at det samme gør sig gældende for informanterne i vores projekt..

8.1.2 Helbred

I forbindelse med udredning og behandling på sygehus har flere af informanterne oplevet, at deres behandling enten er blevet udskudt eller aflyst, eller grundig udredning er udeladt. Med tanke på ulighed i sundhed er det påfaldende, at tre ud af fem informanter, har haft denne oplevelse. COVID-19 har været årsagen til mange aflysninger i sundhedsvæsenet, men vi kunne overveje, om det er i disse situationer at informanternes sundhedskompetencer ikke har været tilstrækkelige. Informant Alf er et eksempel på dette. Hans tuberkulose blev overset i tre måneder pga. manglende udredning og senere fortæller han, at han føler sig fejlet af bordet, når han forsøger af trænge igennem til sundhedsvæsenet. Havde han haft tilstrækkelige sundhedskompetencer eller et personligt netværk, som kunne kræve udredning på hans vegne, var han muligvis ikke blevet isoleret på værelset i tre måneder.

Man kan sige, at Alf og Arne oplever, at de ikke lever op til samfundets doxa om sundhed og som følge heraf, føler de sig mindre værd med den konsekvens, at de enten ignorerer, det de ikke forstår, eller må bruge kræfter på at søge viden af andre veje. Den indsats, som de kan opnå via deres professionelle netværk, er noget, de skal visiteres til som offentlig ydelse, fx bostøtte. Dette kræver, at nogen i den offentlige institution får øje for, at de har brug for indsatsen. Hvis ikke de hjælpes i tide, kan det have alvorlige konsekvenser for deres helbred. Socialsygeplejersken er bindeleddet til sundhedsvæsenet for nogle socialt udsatte og har været en vigtig nøgleperson, særligt under COVID-19, hvor den personlige kontakt har været vedligeholdt. Dette, forstår vi, er af stor betydning for informanterne og med positive gevinster, for deres helbred.

8.1.3 Sociale relationer

Paw og Arne har kunne drage fordel af pandemiens begrænsninger til, at få styr på alkoholforbruget. Dette er interessant, fordi der generelt bliver set på pandemien som et stort problem for socialt udsatte mennesker (Modin, 2020; Sodemann, 2020; Kirkens Korshær, 2021). Pandemiens begrænsninger er dog ikke alene årsagen til afvænnning. Også den enorme støtte som begge informanter har haft i form af sundhedsprofessionelle eller familiære relationer som har hjulpet dem. Dermed er det et sammenspil af flere faktorer, der har hjulpet Paw og Arne på vej. Det er interessant, at der, selv i krisetid, kan findes samarbejde sted og mulighed for at forbedre svære livssituationer.

Ulighed i sundhed er et vilkår for socialt udsatte mennesker (Sundhedsstyrelsen, 2020), som er blevet forstærket under COVID-19 (Sodemann, 2020). Vi har i analysen set på informanternes anvendelse af sundhedskompetencer og kapitaler og vi har drøftet hvorledes de sættes i spil, i informanternes egen kontekst, kombineret med en pandemi. De trækker på deres netværk, både det personlige og det professionelle, når der er brug for fx behandling og disse erfaringer

tager de med sig og anvender under COVID-19. I forhold til ulighed i sundhed er det en vigtig erfaring de trækker på, som kan være med til at sikre dem en bedre situation under pandemien samt forebygge forværring. Betydningen af netværk – både personlige og professionelle – er derfor et vigtigt opmærksomhedspunkt både med og uden pandemi.

8.2 Metoderefleksion

8.2.1 Valg og fravalg af teori

Vores teoretiske udgangspunkt med Bourdieus begreber og teorier om sundhedskompetencer har været i overensstemmelse med vores problemformulering. Det har været meningsfuldt for os at gøre brug af begreberne habitus, kapital, felt og doxa, da de kan bidrage med forklaringer af de udsagn informantgruppen har givet os og en forståelsesramme at analysere ud fra.

Det har været interessant at finde ud af, at Thomas Abel kort tid forinden vores projektstart videreudviklede begrebet critical health literacy med tilføjelse af pandemi-perspektivet – CHL-P. Det betød, at vi kunne inddrage helt nye teoretiske perspektiver specifikt til pandemier til at underbygge vores analyse og diskussion. Bl.a. har begrebet nuanceret betydningen af informanternes kapitaler og hvordan de kommer i spil under en pandemi og har på den måde tydeliggjort informanternes livsvilkår i perioden. Det betød også, at vi skulle sætte os ind i om begrebet kolliderede med andre valgte begreber, men idet det er en fortsættelse af sundhedskompetencebegrebet, udviklet til en pandemikontekst, blev det oplagt for os at anvende det.

Hvis vi havde valgt en fænomenologisk tilgang til projektet, ville vi have været nødt til at sætte vores forforståelse til side dels i interviews og sidenhen i fortolkning af vores empiri. Dette ønskede vi ikke, da vi mener, at forforståelse giver anvendelige perspektiver og at man ej kan møde sit genstandsområde med renvasket tavle. Ligesom vi bruger Bourdieus begreber til at analysere informanternes udsagn, bringer vi også selv habitus og kapitaler ind og bliver en del af den herskende doxa i interviewsituationen. Dette kommer vi tilbage til i vores afsnit om refleksioner om forskerrollen efter interviews.

I forhold til brugen af Nutbeams sundhedskompetencemodel (2000) har vi ikke været optaget af at vurdere informanternes niveau af sundhedskompetencer. Vi har anvendt den for at illustrere, hvilken betydning deres sundhedskompetencer har haft for dem under COVID-19. Således beskriver vi, hvordan de navigerer i informationsstrømmen og restriktioner, der løbende ændres og hvilke konsekvenser det får dem, når behandling udskydes og logistik besværliggøres. Dette har været en udfordrende proces, da vi i vores fag er vant til at handle ud fra kategorisering i et positivistisk præget sundhedsvæsen. I udarbejdelsen af vores projekt har vi skulle skærpe vores akademiske tænkning og anvende den hermeneutiske tilgang, som adskiller sig fra vores sundhedsfaglige praksis. Med en positivistisk tilgang kunne man i stedet

indplacere informanterne i Nutbeams (2000) sundhedskompetencemodel baseret på deres udsagn. Kategoriseringen kunne således anvendes til at vurdere hvordan de magtede at navigere under pandemien. Dette ville have passet godt til et forskningsprojekt i sygehusregi, som kunne munde ud i nye kliniske retningslinjer for socialt udsatte under pandemier.

8.2.2 Det semistrukturerede interview som metode

Det semistrukturerede interview har givet os adgang til informanternes oplevelser gennem samtale. Vi har indbyrdes diskuteret, hvorvidt vore interviews endte med at være semistrukturerede, eller ind imellem fik karakter af ustrukturerede interviews. Dette vil vi komme tilbage til i afsnittet om refleksioner efter interviews.

Relationen der opstår mellem interviewer og informant er afgørende for, hvilken viden vi opnår (Brinkmann og Tanggaard, 2015). Dette har vi været opmærksomme, og har derfor forsøgt at skabe trygge rammer og være lyttende og empatiske i vores fremtoning. Vi har ladet informanterne tale, når de havde noget vigtigt på hjerte og givet plads til de følelsesudbrud, der kom undervejs. Ingen informanter forlod rummet eller blev vrede undervejs, hvilket vi tænker betyder, at de følte sig tilpas.

Vi har overvejet, hvilken viden vi kunne have fået ved at have kombineret interviews med feltobservationer. Feltobservationer kunne have givet os viden om hvordan mennesker faktisk handler og ikke kun hvad de fortæller os om deres handling (Brinkmann og Tanggaard, 2015). En feltobservation kunne fx have været et møde mellem sundhedsprofessionelle og et socialt udsat menneske, eller vi kunne have fulgt en af informanterne i en testsituation og fået viden om deres handling i et af de vilkår, som er opstået under COVID-19. Men i det vi har tilgået projektet med et ønske om, at høre menneskers erfaring med noget, der allerede er sket, fandt vi ikke feltobservationer oplagt.

8.2.3 Analysestrategi og proces

Under udarbejdelse af vores analysestrategi, har vi valgt at læne os op ad Graneheim og Lundmans analysemodel og begreber, da vi synes, at den harmonerede med vores hermeneutiske tilgang. Som beskrevet i metodeafsnittet, er forskerens udgangspunkt afgørende for de ontologiske antagelser i indholdsanalysen (Lundman og Graneheim, 2017) og giver således plads til vores hermeneutiske videnskabsteoretiske afsæt. Bevidstheden om vores forforståelses betydning for fortolkning er essentielt i hermeneutikken og derfor var det vigtigt for os, at inspirationen til en analysestrategi blev fundet i en model, der kunne rumme det. Samtidig har vi oplevet, at modellen har givet analysen struktur, hvilket kan være en stor fordel, med et forholdsvis stort empiri-materiale.

Vi havde på forhånd valgt temaerne for analysen og adskilte os dermed metodemæssigt fra Graneheim og Lundman (2017). Vi fandt ikke, at dette var en ulempe, men at det i stedet bidrog til at holde fokus. Vores interesse for målgruppen betød, at vi blev optaget af deres fortællinger og derfor nemt bevægede os ud i analyse af deres generelle situation uden opmærksomhed på COVID-19. Her hjalp det, at vi på forhånd havde valgt temaer for analysen, som kunne hjælpe til at holde fokus på interesseområdet for vores undersøgelse i projektet. I analyseprocessen blev udfordringen, at nogle meningsbærende enheder kunne høre under samme tema, idet de kunne have flere betydninger. Dette er ikke et ukendt fænomen, når man arbejder analytisk med menneskers oplevelser (Lundman og Graneheim, 2017). Udfordringen gav dog anledning til analytiske diskussioner, der medvirkede til præcisering af pointer og systematik i analyseafsnittet.

8.3 Retrospektive refleksioner

8.3.1 Forskerrollen efter interviews

Vi har i projektgruppen haft flere spændende diskussioner og forskningsmæssige refleksioner efter gennemlæsning af vores interviews. Særligt har vi lagt mærke til, hvor svær en opgave det har været at stille åbne spørgsmål. Vi har reflekteret over, hvorvidt informanterne ville være kommet med andre budskaber, hvis vi ikke havde været nær så styrende i spørgeteknikken. Vores sundhedsprofessionelle baggrunde i en risikoopsporende og stramt tidsstyret hverdag kan have haft betydning, da der i daglig praksis sjældent er tid til, at lade vores patienter/borgere fortælle uden et formål om handling eller behandling. Vi har en vis samtaleerfaring med mennesker fra flere sociale grupper, hvilket kan betyde, at vi antager, at vi ved hvad mennesket overfor os tænker eller oplever. Derfor er det tankevækkende, hvor mange gode informationer vi fik fra informanterne, når vi lod dem tale frit. Vi har sågar overvejet, om det var en metode, vi skulle udbygge i praksis, for at opnå dybere information og viden om de mennesker vi hjælper/behandler.

Ligesom de åbne spørgsmål har udfordret os under interviews, har vi efterfølgende set, at de uddybende spørgsmål til tider også har manglet. Det kunne fx have været interessant med en uddybning af Alfs muligheder for at se sin søn. Hvilken viden havde vi fået, hvis vi havde spurgt mere uddybende? Var manglende samvær pga. COVID-19, eller andre ting? Andre steder i vore interviews lader vi vore informanter tale ud ad tangenter, uden at vi tager styringen hen mod projektets fokus på COVID-19. Her kunne man argumentere for, at interviewet tager en smule form af ustruktureret interview. Sådant har vi oplevet, at det semistrukturerede interview er en balance mellem at styre og ikke styre for meget, som kræver erfaring i rollen som forsker.

8.3.2 Refleksioner over forforståelse efter interviews

Som nævnt i indledningen arbejder vi alle tre med socialt udsatte i større eller mindre omfang i vores hverdag. Vi har derfor undervejs i projektprocessen måtte være os vore forforståelse bevidst. Vi har igennem projektarbejdet haft diskussioner, om hvordan vi tolker informanternes svar og også ind i mellem været uenige i, hvordan svarene skulle tolkes. Gruppemedlem Bitten, som har mest kendskab til socialt udsatte borgere, har, på baggrund af sit arbejde som socialsygeplejerske, måtte være sig sin forforståelse særligt bevidst. Indgående erfaring og dagligt arbejde med socialt udsatte mennesker giver et særligt indblik i denne gruppes kontekst, herunder hvilke dagsordner, der er på spil for socialt udsatte mennesker. Det er dagsordner så som at skulle skaffe penge til rusmidler, skaffe et sted at overnatte og skabe alliancer i miljøet, for at opretholde et hverdagsliv. Erfaring medfører kategoriseringer som italesættes som fx den hjemløse, "misbrugeren", aggressiv adfærd, vanskelige opvækstbetingelser, omsorgssvigtet/omsorgssvigter, personlighedsforstyrret, psykisk syg, misbrugt, m.m., hvilket kan opfattes som negative beskrivelser, men som ikke desto mindre er grundvilkår for patientgruppen. Synet på borgeren giver mening i forhold til, hvad den enkelte patient har brug for af indsats, men kan også blive en analytisk kategorisering, som kan medføre distancering, for at socialsygeplejersken ikke bliver for følelsesmæssigt involveret. Bevidstheden om distanceringen er dagligt på spil i arbejdet med socialt udsatte mennesker, for at kunne balancere mellem åbenhed overfor den enkelte patients personlige beretning og samtidig yde den bedst mulige indsats inden for systemets rammer. Denne balance mellem analytisk kategorisering/distancering og åbenhed, har betydet af Bitten har været nødt til at være særlig bevidst om sin tilgang til empirien, for at kunne give plads til nye meningsdannelse, som beskrevet i det hermeneutiske fortolkningsprincip.

Gruppemedlemmernes forskellige faglige baggrunde og forforståelse har bl.a. betydet, at der er kommet vidt forskellige holdninger i spil i analysen af vores empiri. Denne forskellighed har været en styrke i diskussionerne af empirien, idet det har givet os forskellige perspektiver at diskutere ud fra. Vi forestillede os, inden vi udførte såvel interviewguide og interviews, at socialt udsatte mennesker under COVID-19 havde følt sig afvist eller til besvær og dermed havde holdt sig væk fra deres professionelle netværk. Vi forventede, at mange havde følt sig mere ensomme i perioden og at psykisk sygdom og rusmiddelforbrug var blevet øget. Vores empiri viser ikke noget entydigt billede af, hvordan de socialt udsatte mennesker, vi har talt med, har haft det under pandemien. Men vi har fået indblik i et udsnit af deres liv, som viser store forskelle i hvilke negative sider, men også positive sider, pandemien har medført.

8.3.3 Ethiske overvejelser efter interviews

Under to interviews var borgerens socialsygeplejerske til stede i et tilstødende lokale med åben dør. Dette var ifølge socialsygeplejersken en præmis, for at informanten ville deltage. Vi har diskuteret hvordan denne præmis er kommet i stand. Var det informantens krav eller socialsygeplejerskens forslag til informanten forud for accept til deltagelse? Videre har vi overvejet, om hendes tilstedeværelse kan have påvirket informanternes udsagn og om de havde lagt vægt på andre ting, hvis hun ikke havde været der.

Arne gav efter interviewet udtryk for, at det havde været som en terapi-session. Vi har diskuteret om hjemsendelse fra arbejde og øget grad af isolation fra sit sociale netværk, har øget følelsen af en terapi-session, fordi vi gav os tid og lyttede. Arne opsøgte os efterfølgende og ønskede hjælp til oversættelse af sin journal. Vi afviste dette, da vi mente, det ville gå ud over vores professionelle grænser og forståelse for det han havde fortalt under interviewet. Vi henviste ham i stedet til andre muligheder for hjælp til oversættelse af journal.

Pia fortalte i interviewet, om omfanget af overgreb fra sin kæreste, samt tanker om overvågning og forgiftning af tidligere nabo og kæreste. Det var omstændigheder, vi ikke havde kendskab til på forhånd og som vi, rent etisk, ville have vurderet var begrundelse for, at hun ikke skulle have deltaget i interviewet. Efterfølgende blev Pia tilbudt, at der blev taget kontakt til en psykolog via Center for Voldtægtsofre, for at hun kunne få hjælp til bearbejdelse af sine traumer.

9 Konklusion

Vores hensigt med dette masterprojekt har været, med et analytisk sundhedsfremmeblik, at undersøge hvordan socialt udsatte mennesker med et rusmiddelforbrug har erfaret perioden under COVID-19. Som det fremgår af problemformuleringen, har vi valgt en hermeneutisk tilgang og med Bourdieus begreber analyseret problemstillingen gennem vores empiriske materiale. Vi har haft fokus på tre temaer i vores interviews og analyse og har fokuseret på, hvilke udfordringer informanterne mødte og hvilke konsekvenser det havde.

Konsekvenser af restriktioner, tests og værnemidler har været, at informanterne har oplevet en øget grad af logistik i hverdagen, som ofte i forvejen er udfordrende. Samtidig har informanterne accepteret restriktionerne, som en del af det behandlingssystem, de er en del af. Omfanget og kompleksiteten af pandemien har været udfordrende at forstå og derfor har et par informanter forsøgt at finde andre måder at forstå pandemien på. Herunder fx tanker om COVID-19 som et biovåben, indført af herskende stormagter.

Vores informanter har oplevet en vanskeliggjort adgang til praktiserende læge, sygdomme er blevet overset og behandling udsat. Dette er en alvorlig konsekvens og har på forskelligvis haft negativ betydning for deres sundhed.

Det fysiske fremmøde har for nogen informanter været savnet. Derudover har de oplevet en mindsket kontakt til deres personlige netværk. For to af informanterne har dette ført til lettere at kunne begrænse alkoholforbruget, hvilket de betegner som positivt, mens andre har oplevet et afsavn i forhold til børn og anden nær familie. En informant blev isoleret over længere tid, pga. manglende udredning, hvilket havde negative konsekvenser for både hans sociale og sundhedsmæssige situation.

De der i forvejen var tilknyttet socialsygeplejersken, har kunne fortsætte under denne ordning til trods for restriktioner og begrænsninger grundet COVID-19. Ordningen har haft positiv betydning for informanternes mestring af deres sundhed under pandemien.

Konkluderende kan vi sige, at COVID-19 ikke har været oplevet som en dominerende faktor, men dog som endnu en udfordring i informanternes allerede komplekse livssituation.

10 Perspektivering

COVID-19 pandemien ramte os brat i 2020. Regeringer verden over lukkede deres samfund ned, omlagde deres sygehusvæsen og begrænsede befolkningens færden. Som sundhedsprofessionelle er vi bekendt med begrebet sundhedskompetencer i en hverdag uden COVID-19. Vi har øje for vores patienters forståelse af informationer og evner til at omsætte dem til handling under normale omstændigheder, men under en pandemi bliver dette sat på prøve, både hos patienter og sundhedsprofessionelle. Indenfor sundhedsfremmefeltet under en pandemi bliver fokus at fremme hele befolkningens sundhed og at formidle, at det enkelte individs valg har betydning for resten af befolkningen (Abel og McQueen, 2020). I denne forbindelse har vi anvendt ovennævnte reference, som udvider sundhedskompetencebegrebet i en pandemikontekst til CHL-P, for at tilbyde de sundhedsprofessionelle hjælp til at støtte individer og samfund gennem pandemier (ibid). En videreudvikling af CHL-P med særlig fokus på socialt udsatte, kunne være en udfoldelse af begrebet. Her kunne det være oplagt at se på de sundhedsprofessionelles kompetencer og begrebet sundhedskapital, som behandler mødet mellem den socialt udsatte og sundhedspersonen (Pedersen, 2018). Under en pandemi vil der kræves nye kompetencer af begge parter og for at den sundhedsprofessionelle kan støtte den socialt udsatte til at gøre bedst muligt brug af sine sundhedskompetencer vil undervisning og specialisering være en nødvendighed. Forud for denne udfoldelse af begrebet, vil en undersøgelse af mødet mellem det socialt udsatte menneske og den sundhedsprofessionelle, i en pandemikontekst, være relevant og dermed kunne danne basis for fremtidige projekter.

Vi mener, at vi skal lære af denne pandemi og med dette projekt er vi blevet beriget med viden omkring socialt udsattes mennesker og deres oplevelser under COVID-19. Med øje for hvad vores informanter siger om deres komplekse situation og at COVID-19 har fyldt mindre, ser vi det vigtigt, at indsatsen for denne gruppe, ikke lukkes ned når pandemien raser. Socialt udsatte mennesker har fortsat udfordringer i hverdagen som ikke holder op, når vi står i en pandemi. Vores projekt viser, at hvert individ har unikke livsvilkår og dermed fortsat behov for individuelle indsatser under en pandemi. Selvom informanterne ikke udtrykker store udfordringer under pandemien, er det bemærkelsesværdigt, at de alligevel beretter om oplevelse af ensomhed, øget alkoholforbrug og udfordringer i sociale relationer. På baggrund af dette, og vores opnåede viden i projektet, ser vi det som en fordel hvis socialsygeplejerskeordningen udbredes til endnu flere socialt udsatte mennesker.

For mennesker med social udsathed er det under COVID-19 blevet klart, at udfordringer, såsom helbredsmæssige eller bolig-mæssige forhold, gør, at de som målgruppe, kan blive hårdere ramt af COVID-19 (Novo Nordisk Fonden, 2021). Dermed er ulighed i sundhed blevet forstærket under pandemien. Novo Nordisk Fonden har bevilget midler til 45 projekter, omhandlende COVID-19 hvoraf flere omhandler socialt udsatte målgrupper. Heri blandt er Psykiatrisk Center København som er i gang med at monitorere udbredelsen af COVID-19 i udsatte grupper. De

ønsker med projektet at kunne bidrage med viden om, hvordan vi som samfund bedst beskytter denne gruppe mennesker (ibid).

Vi forestiller os, at viden fra vores projekt sammen med flere af de igangværende projekter landet over, vil kunne bidrage til at sætte fokus på, at udsatte grupper får den rette støtte under en pandemi. Vi har hver især tilegnet os viden, som vi kan anvende i vores daglige praksis, men også en viden som vi vil dele med vores respektive arbejdspladser og evt. som artikler i fagblade. Vi har opnået viden om og nye perspektiver på hvilke udfordringer socialt udsatte har oplevet under COVID-19. Vi håber, i et større perspektiv, at der fremadrettet, vil blive set både på individets kompetencer i forhold til egen situation, men også hvorledes vi kan støtte og facilitere, så hvert individ bliver bevidst om deres rolle i samfundet under en pandemi.

11 Referencer

- Abel, T. (2008) "Cultural capital and social inequality in health.", *Journal of epidemiology and community health*, 62(7). doi: 10.1136/jech.2007.066159.
- Abel, T. og McQueen, D. (2020) "Critical health literacy in pandemics: the special case of COVID-19", *Health Promotion International*, s. 1–9. doi: 10.1093/heapro/daaa141.
- Ahrensburg, E. (2020) "Trivsel og mestring i coronakrisen blandt mennesker med psykiske lidelser", *Region Sjælland, psykiatrien*, s. 1–19.
- Århus Universitet (2021) *Semistruktureret-interview, Metodeguiden*. Tilgængelig hos: <https://metodeguiden.au.dk/semistruktureret-interview/>.
- Beauchamp, A. m.fl. (2015) "Distribution of health literacy strengths and weaknesses across socio-demographic groups: A cross-sectional survey using the Health Literacy Questionnaire (HLQ)", *BMC Public Health*, 15(1). doi: 10.1186/s12889-015-2056-z.
- Birkler, J. (2013) "Hermeneutik", i *Videnskabsteori*. 1. udgave,. København: Munksgaard, s. 95–102.
- Bourdieu, P. (2008) "Habitus – en praktisk orienteringssans", *Tidskrift for kultur- og samfundsvidenskab*, Nr. 2(2), s. 72–78.
- Brandt, K. B. V. (2021) "Corona-smitten stiger blandt udsatte i hovedstaden: " Situationen er alvorlig """, *TV2 Lorry*, januar.
- Brinkmann, S. og Tanggaard, L. (2015) "Interviewet: Samtalen som forskningsmetode", i Brinkmann, S. og Tanggaard, L. (red.) *Kvalitative metoder. En grundbog*. 2. udgave. København: Hans Reitzels forlag, s. 29–53.
- Buus, N. m.fl. (2009) "Valg af data til videnskabelige undersøgelser", *Sygeplejersken*, 109(22), s. 48–56. Tilgængelig hos: <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-2009-22/valg-af-data-til-videnskabelige-undersogelser>.
- Callewaert, S. (2020) *Pierre Bourdieu, Den Store Danske på lex.dk*. Tilgængelig hos: https://denstoredanske.lex.dk/Pierre_Bourdieu.
- Cron Dahl, K. og Eklund Karlsson, L. (2016) "The Nexus Between Health Literacy and Empowerment: A Scoping Review", *SAGE Open*, 6(2). doi: 10.1177/2158244016646410.
- Danske Patienter (2019) *Ulighed i sundhed Baggrundsnotat Oktober 2019*. København. Tilgængelig hos: www.danskepatienter.dk.
- Danske Patienter (2020) *Sådan kontakter du lægen under Coronakrisen*. Tilgængelig hos: <https://danskepatienter.dk/politik-presse/nyheder/saadan-kontakter-du-laegen-under-coronakrisen>.
- Diderichsen, F. (2011) *Ulighed i sundhed - årsager og indsatser, Medicinsk Sociologi*. København.
- Dideriksen, T. L. m.fl. (2020) "Social Nurses' Descriptions of Nursing: A Qualitative Study of

- What Social Nursing is and Does?", *The Open Nursing Journal*, 13(1), s. 228–236. doi: 10.2174/1874434601913010228.
- Fajstrup, M. (2020) *Ni myter om corona som nogle læger også tror på*, *Ugeskriftet.dk*. Tilgængelig hos: <https://ugeskriftet.dk/nyhed/ni-myter-om-corona-som-nogle-laeger-ogsaa-tror-pa>.
- Graneheim, U. H. og Lundman, B. (2004) "Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness", *Nurse Education Today*, 24, s. 105–112. Tilgængelig hos: <http://marefateadyan.nashriyat.ir/node/150>.
- Grossman, E. R., Benjamin-Neelon, S. E. og Sonnenschein, S. (2020) "Alcohol consumption during the covid-19 pandemic: A cross-sectional survey of us adults", *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(24), s. 1–10. doi: 10.3390/ijerph17249189.
- Harrits, G. S. (2017) "Bourdieu's samfundsanalyse", i *Pierre Bourdieu*. 1. udgave,. København: Jurist- og Økonomiforbundets Forlag, s. 29–45.
- Ivbijaro, G. *m.fl.* (2020) "Psychological impact and psychosocial consequences of the COVID 19 pandemic Resilience, mental well-being, and the coronavirus pandemic", *Indian Journal of Psychiatry*, 62, s. 395–403.
- Jensen, A. F. og Hansen, R. S. (2006) "Bourdieu", i Jensen, A. F. og Hansen, R. S. (red.) *Magtens Kartografi*. København: Special-Trykkeriet Viborg a-s, s. 68–111.
- Jørgensen, A. S. og Eller, E. (2020) *Danske coronapatienter er blevet kortlagt: Kun 24 døde havde ingen kendte kroniske sygdomme*, *DR Nyheder*. Tilgængelig hos: <https://www.dr.dk/nyheder/indland/danske-coronapatienter-er-blevet-kortlagt-kun-24-doede-havde-ingen-kendte-kroniske>.
- Juhl, M. *m.fl.* (2020) *Er COVID-19 'bare en almindelig influenza?'*, *Foskerzonen*. Tilgængelig hos: <https://videnskab.dk/forskerzonen/krop-sundhed/er-covid-19-bare-en-influenza>.
- Juul, S. (2012) "Hermeneutik", i Juul, S. og Pedersen, K. B. (red.) *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori*. 1. udg. København: Hans Reitzels Forlag, s. 107–146.
- Juul, S. og Pedersen, K. B. (2012) *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori*. 1. udgave,. Hans Reitzels Forlag.
- Kabel, K., Arrouas, M. og Skytt, L. (2003) *Konspirationsteorier, Konspirationsteorier*. Tilgængelig hos: <https://faktalink.dk/titelliste/kons/konsfunk>.
- Katzenelson, B. *m.fl.* (2020) *Hermeneutik, Den Store Danske*.
- Kickbusch, I. *m.fl.* (2013) "Health Literacy - The solid facts", *World Health Organization*.
- Kirkens Korshær (2021) *Opråb: Priorité vaccine og isolationspladser til socialt udsatte*, *Pressemeddelse*.
- Klit, M. og Frampton, K. (2020) "Udsatte er ekstra presset", *Sygeplejersken*, 5, s. 62–63.
- Komiteen for Sundhedsoplysning (1988) "Ottawa charter om sundhedsfremme". København: Komiteen for sundhedsoplysning, s. 11.

- Kvale, S. og Brinkmann, S. (2015) *Interview. Det Kvalitative interview som håndværk*. 3. udgave,. København: Hans Reitzels Forlag.
- Larsen, K. (2010) "Pierre Bourdieu", i Andersen, P. T. og Timm, H. (red.) *Sundhedssociologi - En grundbog*. 1.udagve,. Hans Reitzels forlag, s. 51–76.
- Ludvigsen, K. B. og Brúnés, N. (2013) *Socialsygepleje i somatik og psykiatri*. 1. udgave,. Redigeret af N. Brúnés og K. B. Ludvigsen. Glostrup: KABS VIDEN. Tilgængelig hos: www.kabsviden.dk.
- Lundman, B. og Graneheim, U. (2017) "Kvalitativ innehållsanalys", i *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur AB, s. 219–234.
- Madsen, M. H., Højgaard, B. og Albæk, J. (2009) *Health Literacy. Begrebet, konsekvenser og mulige interventioner*. København.
- Maindal, H. T. og Vinther-Jensen, K. (2016) "Sundhedskompetence (Health literacy) – teori, forskning og praksis", *Klinisk Sygepleje*, 43(01), s. 3–16. doi: 10.18261/issn.1903-2285-2016-01-02.
- Mathias, K. *m.fl.* (2020) "We've got through hard times before: acute mental distress and coping among disadvantaged groups during COVID-19 lockdown in North India - a qualitative study", *International Journal for Equity in Health*, 19(1), s. 1–12. doi: 10.1186/s12939-020-01345-7.
- Mik-Meyer, N. og Villadsen, Kaspar (2007a) "Bourdieu: Felt symbolsk vold og underkastelse", i Mik-Meyer, N. og Villadsen, Kasper (red.) *Magtens former*. 1. udgave,. København: Hans Reitzels Forlag, s. 68–90.
- Mik-Meyer, N. og Villadsen, Kaspar (2007b) "Foucault og den bevægelige velfærds kritik", i Mik-Meyer, N. og Villadsen, Kasper (red.) *Magtens former. Sociologiske perspektiver på statens møde med borgeren*. 1. udgave. København: Hans Reitzel, s. 165–187.
- Modin, K. (2020) *Truslen fra coronavirus peger på systemisk ulighed i sundhed for socialt udsatte*, *Dagens Medicin*. Tilgængelig hos: <https://dagensmedicin.dk/truslen-fra-coronavirus-peg-paa-systemisk-ulighed-i-sundhed-for-socialt-udsatte/>.
- Novo Nordisk Fonden (2021) *Monitorering af udbredelsen af COVID-19 i udsatte grupper med fokus på mennesker med psykisk sygdom, alkohol- og stofmisbrug, Bevillinger uddelt til projekter, der skal afbøde de sundhedsmæssige konsekvenser af coronavirus-epidemien i Danmark*. Tilgængelig hos: <https://novonordiskfonden.dk/da/bevillinger-uddelt-til-projekter-der-skal-afboede-de-sundhedsmæssige-konsekvenser-af-coronavirus-epidemien-i-danmark/>.
- Nutbeam, D. (1998) "Evaluating health promotion - progress, problems and solutions", *Health Promotion International*, 13(1), s. 27–44. doi: 10.1093/heapro/13.1.27.
- Nutbeam, D. (2000) "Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century", *Health Promotion International*, 15(3), s. 259–267. doi: 10.1093/heapro/15.3.259.
- Oak Foundation (2020) *Brugerperspektiver – covid 19*.

- Olsen, P. B. og Pedersen, K. (2015) *Problemorienteret projektarbejde*. 4. udgave,. Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Overgaard, M. og Just, R. (2020) *Opsigtsvækkende opråb under coronakrise: Flere bør kontakte lægen*, *AvisenDanmark*. Tilgængelig hos: <https://avisendanmark.dk/artikel/opsigtsvækkende-opråb-under-coronakrise-flere-bør-kontakte-lægen>.
- Pedersen, P. V. (2018) *Socialt udsattes møde med sundhedsvæsnet*. København.
- Rådet for socialt udsatte (2020a) *Socialt udsattes situation. Årsrapport 2020*. Tilgængelig hos: https://www.udsatte.dk/dyn/resources/Publication/file/7/107/1566115789/endelig_udsatte-aarsrapport_2019_30-web.pdf.
- Rådet for socialt udsatte (2020b) *Udsathed giver dårligt helbred*.
- Rådet for Socialt udsatte (2009) *Udsat for Forståelse, Udsat for forståelse - Antologi om socialt udsatte*. Redigeret af P. Brandt m.fl. København: Rådet for Socialt udsatte.
- Rådet for Socialt udsatte (2021) *Om rådet, Om rådet*. Tilgængelig hos: <https://www.udsatte.dk/om-raadet/>.
- Roskilde Universitet (2021) "Studieordning for Master i Sundhedfremme", (september).
- Schwinger, M. m.fl. (2020) "Psychological impact of corona lockdown in germany: Changes in need satisfaction, well-being, anxiety, and depression", *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(23), s. 1–11. doi: 10.3390/ijerph17239083.
- Shim, J. K. (2010) "Cultural health capital: A theoretical approach to understanding health care interactions and the dynamics of unequal treatment", *Journal of Health and Social Behavior*, 51(1), s. 1–15. doi: 10.1177/0022146509361185.
- Sodemann, M. (2020) *Coronavirus øger den sociale afstand - ugeskrift, Ugeskriftet.dk*.
- Statens Serum Institut (2020a) *Influenza, Sygdomsleksikon*. Tilgængelig hos: <https://www.ssi.dk/sygdomme-beredskab-og-forskning/sygdomsleksikon/i/influenza>.
- Statens Serum Institut (2020b) *Om Covid-19, Pandemiens begyndelse*.
- Statsministeriet (2020) *Pressemøde om COVID-19*. Tilgængelig hos: <https://www.stm.dk/presse/pressemoedearkiv/pressemoede-om-covid-19-den-11-marts-2020/>.
- Stein, H. C. m.fl. (2020) "Pre/post comparison study of emergency mental health visits during the COVID-19 lockdown in Lombardy, Italy", *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 74(11), s. 605–607. doi: 10.1111/pcn.13126.
- Stie, H.-H. B. og Christensen, E. (2021) *To nye grupper inkluderes i corona-risikogrupperne*, *Tv2 Nyheder*. Tilgængelig hos: <https://www.tv2nord.dk/tv-2/to-nye-grupper-inkluderes-i-corona-risikogrupperne>.
- Sundheds- og Ældreministeriet (2020) "COVID-19: TESTSTRATEGI", s. 1–7.
- Sundhedsstyrelsen (2020) *Social ulighed i sundhed og sygdom 2010-2017*. Redigeret af C. H. Udesen m.fl. Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen (2021a) *Retningslinjer for håndtering af COVID-19 i sundhedsvæsenet*. København.

Sundhedsstyrelsen (2021b) *Ulighed i sundhed, Viden*. Tilgængelig hos: <https://www.sst.dk/da/viden/ulighed-i-sundhed>.

Sundhedsstyrelsen (2020) *COVID-19 i Danmark, Status ved indgang til 5. epidemiuge. 30. marts 2020*. København.

Sundhedsstyrelsen (2021) *Personer i øget risiko, Om Covid-19*. Tilgængelig hos: <https://www.sst.dk/da/corona/COVID-19-og-ny-coronavirus/Personer-i-oeget-risiko>.

Thualagant, N. *m.fl.* (2018) "Hvorfor skaber sundhedspolitikken ikke (mere) sundhed? Bud fra samfundsvidenskaberne", *Social Kritik: Tidsskrift for social analyse & debat*, 2018(156).

Thylstrup, B., Gonzalez, A. del P. og Houborg, E. (2020) *COVID-19 og rusmiddelområdet Udfordringer og løsninger inden for behandlings- og lavtærskeltilbud*. Aarhus.

Udforsk sindet (2018) *Brug af humor som forsvarsmekanisme i svære situationer*. Tilgængelig hos: <https://udforsksindet.dk/humor-som-forsvarsmekanisme-svaere-situationer/>.

Xafis, V. (2020) "'What is Inconvenient for You is Life-saving for Me': How Health Inequities are playing out during the COVID-19 Pandemic", *Asian Bioethics Review*, 12(2), s. 223–234. doi: 10.1007/s41649-020-00119-1.

11.1 Supplerende litteratur

Jørgensen, P.S., Rienecker, L. og Skov, S. (2016) *Specielt om Specialer*. 4. udgave, 3. oplag. Frederiksberg. Samfundslitteratur.

Petersen, E.B., Sørensen, K. A. (2009) *Projektgruppen – Hvordan gør vi?* 1. udgave. Frederiksberg. Samfundslitteratur.

Olsen, P. B., Pedersen, K. (2017) *Problemorienteret projektarbejde*. 4. udgave, 3. oplag. Frederiksberg. Samfundslitteratur.