

Oplevelser og erfaringer af behandlinger i sundhedsvæsenet af socialt udsatte



Kimie Engelund Rossing
Studienummer 70006
Roskilde Universitet juni 2022
Speciale i Sundhedsfremme og sundhedsstrategier
Vejleder Alexandra Brandt Ryborg Jønsson
Anslag 176.998

Forord

Dette speciale er udarbejdet på Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier uddannelsen på Roskilde Universitet i juni 2022 og omhandler socialt udsattes oplevelser under deres indlæggelser i sundhedsvæsenet og hvordan socialt udsatte kan mødes med forståelse. Herunder, hvilke problematikker oplever de professionelle, der har kontakt til patientgruppen.

Flere fagprofessionelle har hjulpet med udarbejdelsen af specialet. Først og fremmest skal der lydes en stor tak til de udvalgte informanter, som havde lyst til at dele deres oplevelser og erfaringer. Som praktikant hos Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Sektion for Tværsektoriel Forskning og Akutmodtagelsen, Bispebjerg og Frederiksberg hospital, rettes der en tak til de ansatte, der har mødtes med mig i løbet af processen og givet deres syn på socialt udsathedsområdet.

Dertil skal der også lyde en tak til, forsker Hanne Nygaard og socialoverlæge Mathilde Pihl Badse, for vejledning og konstruktiv kritik under empiriindsamlingen og skriveprocessen.

Endelig en stor tak til min vejleder, lektor Alexandra Brandt Ryborg Jønsson, for en kyndig vejledning.

Analyseresultater og fortolkninger i dette speciale indestår alene undertegnede.

Abstract

The purpose of the thesis is to examine the experiences of the socially disadvantaged during their treatments in the health care system. Also, it is to see how the socially disadvantaged can be met with understanding and respect from the health care system and the society. Furthermore, it has been to examine the problems that the professionals experience in the meeting with the socially disadvantaged. The selected participants are chosen on the basis that they are connected to the 'flexforløb', which must coordinate their course of treatment between region and municipality and provide the help that the socially disadvantaged may need. To investigate the problem, the qualitative method has been used, where five different interview guides have been prepared. The interviews have provided a deeper insight into the participants' experiences and thoughts.

The analysis is divided into 3 chapters, where *the first chapter* is about the recognition of the socially disadvantaged. Based on the interviews, it is reported that the socially disadvantaged do not experience being recognized as who they are by both society and the health care system. In the first chapter, it is chosen to use Axel Honneth and Nancy Fraser's theory of recognition. *The second chapter* describes neoliberalism and how neoliberalism does not care for the socially disadvantaged. The socially disadvantaged have a hard time taking responsibility for their own lives and the individual must provide the best, strive for success, and make an effort in society. *The third and last chapter* is based on the first and second chapters and looks into how the 'flexforløb' can help to change the view of the socially disadvantaged and that the socially disadvantaged is met as a 'whole person' and thus can provide equal access to health. In addition, frustrations often arise among the health professionals during the hospitalizations of the socially disadvantaged.

It is concluded that more knowledge should be developed in this area, so that a greater understanding emerges for the socially disadvantaged, which can help to eliminate inequality in health. Furthermore, it can be concluded that in the future, research should be planned with a follow up coordination and collaboration, using qualitative patient cases, where data from the patient's journal and interviews are included. It is experienced that the socially disadvantaged do not always come to their appointments, which can be due to many things. However, it is experienced in the 'flexforløb' the importance of support from relatives because it most likely has an impact for the socially disadvantaged showing up for their appointments. It could therefore be relevant to investigate how important it is for the course of treatment that socially disadvantaged people have a support system.

Resumé

Formålet med dette speciale har været at undersøge de oplevelser og erfaringer socialt udsatte oplever under deres behandlinger i sundhedsvæsenet, samt hvordan socialt udsatte mødes med forståelse og respekt. Yderligere har formålet været at undersøge de problematikker som de professionelle oplever i mødet med socialt udsatte.

De udvalgte informanter er valgt på baggrund af, at de er koblet til det nye opstartet projekt 'flexforløbet', som skal koordinere deres behandlingsforløb mellem region og kommune samt yde den hjælp socialt udsatte kan have brug for. For at besvare specialets problemformulering er der anvendt kvalitativ metode. Det empiriske grundlag bygger således på kvalitative interviews af både socialt udsatte, sundhedsprofessionelle, samarbejdspartner og professionelle på det organisatoriske niveau. Interviewene er udarbejdet som 5 forskellige interviewguides. Efterfølgende er der gjort brug af den hermeneutiske analysestrategi, for at finde frem til de tre kapitler i specialet; *Opnåelse af anerkendelse hos den udsatte borger, ansvar for eget helbred og hvorfor er 'lige adgang til sundhed' også vigtigt for socialt udsatte.*

Ud fra udarbejdelsen af empiriindsamlingen, viser det sig, at socialt udsatte ikke anerkendes som de individer de er, af både samfund og sundhedsvæsenet. Dertil opstår der ofte frustrationer hos de sundhedsprofessionelle under de socialt udsattes indlæggelser. Dermed viser det, at der bør udarbejdes mere viden på dette område, så der opstår en større forståelse for socialt udsatte, som kan være med til at gøre op med ulighed i sundhed. Yderligere konkluderes det i specialet, at det vil være relevant i fremtiden at planlægge opfølgende interviews med de udvalgte informanter i forhold til koordinering og samarbejde, hvor data fra patientens journal og interviews er inkluderet.

Indholdsfortegnelse

Forord	2
Abstract	3
Resumé	4
1. Problemfelt	7
1.1 Indledning	7
1.2 Problemformulering	9
1.2.1 Arbejdsspørgsmål	9
1.3 Afgrænsning	10
Figur 1 – Sundhedsvæsenet før og efter flexforløbet	11
.....	11
1.4 Begrebsdefinitioner	12
2. Projektdesign	12
2.1 Hermeneutikken	13
2.2 Fænomenologi	13
2.3 Min forforståelse	14
3. Metode	14
3.1 Metodeovervejelser	14
3.2 Kvalitative interviews	15
4. Præsentation af flexforløb	16
4.1 Feltarbejde	20
4.2 Inkludering af informanterne	20
Figur 2 - Et overblik over de deltagende patienter	22
4.3 Interviewguide & udførelsen af interviews	22
4.3.1 Transskription og bearbejdning	25
4.4 Hermeneutisk analysestrategi	25
Figur 3 – Den hermeneutiske analysestrategi	26
4.5 Reliabilitet	26
4.6 Validitet	27
5. Systematisk Litteratursøgning	27
5.1 Pubmed & Google Scholar systematisk litteratursøgning	28
6. Teoretisk grundlag	33

6.1 Anerkendelsesteori	33
6.1.1 Det moderne samfund	33
6.1.2 Kampen om Anerkendelse	34
6.2 Nancy Fraser	34
6.2.1 Tilpasning i en bestemt kultur	35
6.3 Axel Honneth	36
6.3.1 Værdighed, rettigheder & anerkendelse	36
6.4 Neoliberalisme:.....	38
6.4.1 I en neoliberalistisk tid	38
7. Analysen	39
7.1 Kapitel 1 - Opnåelse af anerkendelse hos den udsatte borgere.....	40
7.1.1 Oplevelsen af at fordomme spænder ben for livet	40
7.1.2 Mere viden til de sundhedsprofessionelle	43
7.1.3 'Blæksprutten med de mange arme'	46
7.1.5 Det holistiske blik	48
7.1.4 Implementering af (måske) bedre patientforløb	50
7.2 Kapitel 2 - Ansvar for eget helbred	52
7.2.1 Patienten og opnåelse af frihed	52
7.2.2 De sundhedsprofessionelles ansvar	54
7.2.3 Vigtigheden ved at alle aktører støtter patienten.....	58
7.2.4 Den større indsats	59
7.3 Kapitel 3 - Hvorfor er 'lige adgang til sundhed' også vigtigt for socialt udsatte?.....	61
8. Diskussion	67
8.1 Den fremtidig behandling af socialt udsatte	68
8.2 Samfundets generelle opfattelse og den nye tid	69
8.3 Skabelsen af en ny verden	70
8.4 Kvalitetsvurdering.....	71
9. Konklusion	72
9.1 Perspektivering	73
Litteraturliste	74

1. Problemfelt

1.1 Indledning

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd (VIVE) har mellem år 2010-2014 undersøgt, hvor mange der lever som socialt udsat. I deres undersøgelse indebærer socialt udsathed, personer, der er blevet registreret i velfærdssystemet med ét af følgende: en psykisk lidelse, et misbrug, hjemløshed, fængselsophold og/eller fysiske lidelser, som skyldes et misbrug. Dermed fandt VIVE frem til, at 282.000 dansker er socialt udsatte, hvilket svarer til en procentdel på 7% (VIVE, 2018, s. 5). Dette understreger vigtigheden af, at der er brug for forståelse for denne gruppe af borger i samfundet.

I samfundet er der brug for en forståelse for social udsathed, da det skal skabe en social forandring for de sårbare og udsatte mennesker. Formålet med en social forandring er at danne grobund for en bedre behandling og dermed et sammenhængende patientforløb i både det regionale- og kommunale regi (Rådet for socialt udsatte, 2022, s. 8). Rapporten fra Rådet for socialt udsatte (2022), beskriver, at det syn som samfundet har på social udsathed, samt de problemstillinger, der forekommer, er med til at skabe den måde, hvorpå der handles. Dermed bør en social forandring, være med til at ændre på de samfundsstrukturer, som der bliver ved med at holdes fast i.

Flere undersøgelser dokumenterer at ulighed i sundhed kommer af komplekse forhold som fx hjemløshed, indtag af rusmidler, som fx alkohol, narkotika m.m. og flere socialt udsatte står udenfor arbejdsmarkedet, ligesom de kan have begrænset uddannelse. Dertil kommer der de somatiske sygdomme og psykiatriske diagnoser, der kan være svære at håndtere for socialt udsatte (Sundhedsstyrelsen, 2011, s. 5). Ud fra ovenstående fremgår det således, at der er en større stigning i ulighed i sundhed i det danske samfund, og det bemærkes, at uddannelse og indkomst er de to dimensioner, som har en afgørende betydning, for hvordan det enkelte menneske kan være med til at mestre sin(e) sygdomme og sundhedsudfordringer (Kappel & Tanderup 2020, s. 10). Dertil må det bemærkes, at socialt udsatte er en samfundsgruppe, som har en kortere levetid. Socialt udsatte dør i gennemsnit 19 år tidligere end gennemsnittet af den danske befolkning (Rådet for socialt udsatte, 2022, s. 34). En stor del af årsagen til overdødeligheden blandt mennesker med social udsathed er, at mange ikke modtager den behandling, de har brug for. Her er især koordinering og samarbejde blandt kommunerne og regionernes sundhedsbehandling essentiel (Rådet for socialt udsatte, 2022, s. 35).

Det må derfor bemærkes, at socialt udsatte er en samfundsgruppe, der ofte lever med flere kroniske sygdomme og betegnes derfor som værende multisyge. Socialt udsatte kan have svært ved at mestre sin(e) sundhedsudfordringer, og det opleves i sundhedsvæsenet, at socialt udsatte ofte ikke opnår den

fulde behandling af både deres kroniske sygdomme, de nu engang har, men også hvis de indlægges til afrusning. Dette kan skyldes, at kontakten til sundhedsvæsenet ofte er sparsom eller slet ikke til stede. Yderligere kan det skyldes, at socialt udsatte kan have svært ved at være indlagt eller gøre brug af behandlingstilbuddene, samt at indlæggelsesforløbet bliver afsluttet for tidligt. Disse problematikker kan være den manglende nødvendige viden, barrierer og udfordringer, som er med til at komplicere behandlingen yderligere, og dette gælder både fra patientens- samt de sundhedsprofessionelles side af (Ludvigsen & Brúnés, 2013, s. 106). Hvis der er mangel på forståelse for egen sundhed og sygdom hos socialt udsatte kan det medvirke til, at der bliver skabt en distance mellem patientgruppen og de sundhedsprofessionelle. Dette kan skyldes, at de sundhedsprofessionelle har en forventning om, at patienterne bør have en viden, kompetencer og forståelse for egen situation (Pedersen 2018, s. 95). Ovenstående kan ifølge Sundhedsstyrelsen (2011) være med til at skabe konflikter, samt usammenhængende patientforløb for socialt udsatte. Sundhedsvæsenet er ikke lige så tilgængeligt for socialt udsatte som det er for resten af befolkningen. Dette bemærkes i rapporten fra Rådet for socialt udsatte (2019), hvor det beskrives at nogle socialt udsatte føler, at de bliver mødt af diskrimination og stigmatisering på baggrund af deres udsathed og hvilket kan skyldes, at sundhedsvæsenet er presset og ikke har overskud til forståelsen for socialt udsattes livssituation. Det er blandt andet disse problematikker, der ligger til grund for, at der nu er socialsygeplejersker at finde på de forskellige hospitalsmatrikler.

Socialsygeplejerskerne skal være med til at øge forståelsen ude på specialafdelingerne og være koordinator mellem socialt udsatte og sundhedspersonalet. Yderligere skal de være med til at forbedre sundhedsforståelsen hos socialt udsatte, idet sundhed skal være for alle og skal være tilgængeligt for alle (Rådet for Socialt Udsatte, 2019, s. 37). Med denne viden, anses det yderligere at være relevant, at der gøres brug af socialsygeplejersker på hospitalerne, fordi socialt udsatte oplever, at de møder mange forskellige aktører, som er inde over deres behandlingsforløb. Det er aktører, som arbejder i somatisk- og psykiatrisk regi, kommunalt, væresteder, natcaféer, herberger, sundhedsklinikker m.m. Ifølge VIVEs undersøgelse (2018) er det svært for socialt udsatte at holde styr på, hvem de skal henvende sig til og dette understøtter aktørerne også, da de ofte har svært ved at finde rundt i borgerens forløb. Samtidig fastslås det i rapporten *Sundhedsprofil for socialt udsatte i Danmark og udvikling siden 2007* af SUSY Udsat (2017), at socialt udsatte sammenlignet med den generelle danske befolkning er dårligere stillet i forhold til sygdomme, sundhed og trivsel. Dette gælder både livskvalitet, generel trivsel – vold, sygelighed, sundhedsadfærd og sociale relationer. Desuden påpeges det, at jo mere de socialt udsattes livsomstændigheder belaster dem, jo værre bliver deres sundhedstilstand samt deres trivsel.

Dermed bør der skabes forandringer på social udsathedsområdet. Forandringerne skal være med til at imødekomme socialt udsatte og deres virkelighed fra et andet perspektiv. Dette handler derfor om holdningsændringer. Selvom socialt udsatte kan være hjemløse eller sårbare, så kan de have ressourcer og kompetencer, som kan være med til at bidrage til bedre løsninger for denne patientgruppe. Hospitalerne skal kunne rumme socialt udsatte, som oftest ikke kommer til egen læge, men i stedet hospitalet. Dertil skal der skabes et bedre koordineret forløb og samarbejde med de andre aktører. Det bør derfor anses, at socialt udsatte ikke ses som problemet, men mere som en del af en bedre løsning, hvilket forudsætter, at der bliver lyttet til dem, således at der bliver lige adgang til sundhed for socialt udsatte som resten af befolkningen (Jessen, 2021).

Med ovenstående baggrundsviden, har jeg valgt at opstille følgende problemformulering:

1.2 Problemformulering

Hvilke oplevelser og erfaringer af behandlinger i sundhedsvæsenet har socialt udsatte og hvordan kan den enkelte mødes med en forståelse af og respekt for dennes præferencer og værdier? Herunder, hvilke problematikker peger professionelle med kontakt til patientgruppen på i forbindelse med behandling af socialt udsatte og disses vilkår?

1.2.1 Arbejdsspørgsmål

For at svare på problemformuleringen har jeg opsat følgende forskningsspørgsmål:

- Hvad skal der til, for at socialt udsatte ikke forlader deres behandling?
- Oplever sundhedsprofessionelle, at det er svært at tilgå og behandle denne patientgruppe og i så fald hvorfor?
- Hvilken måde influerer samfundet på den generelle opfattelse af socialt udsatte?
- Hvilke typer af gavn oplever patienterne ved at blive koblet til flexforløbet
- Hvilke typer af skader oplever patienterne ved at blive koblet til flexforløbet
- Følger patienterne lægens anvisninger når de er udskrevet og henvist til flexforløbet?

1.3 Afgrænsning

I dette afsnit konkretiseres de fravalg og tilvalg, der er taget i forbindelse med problemstillingen og undersøgelsesmetoden.

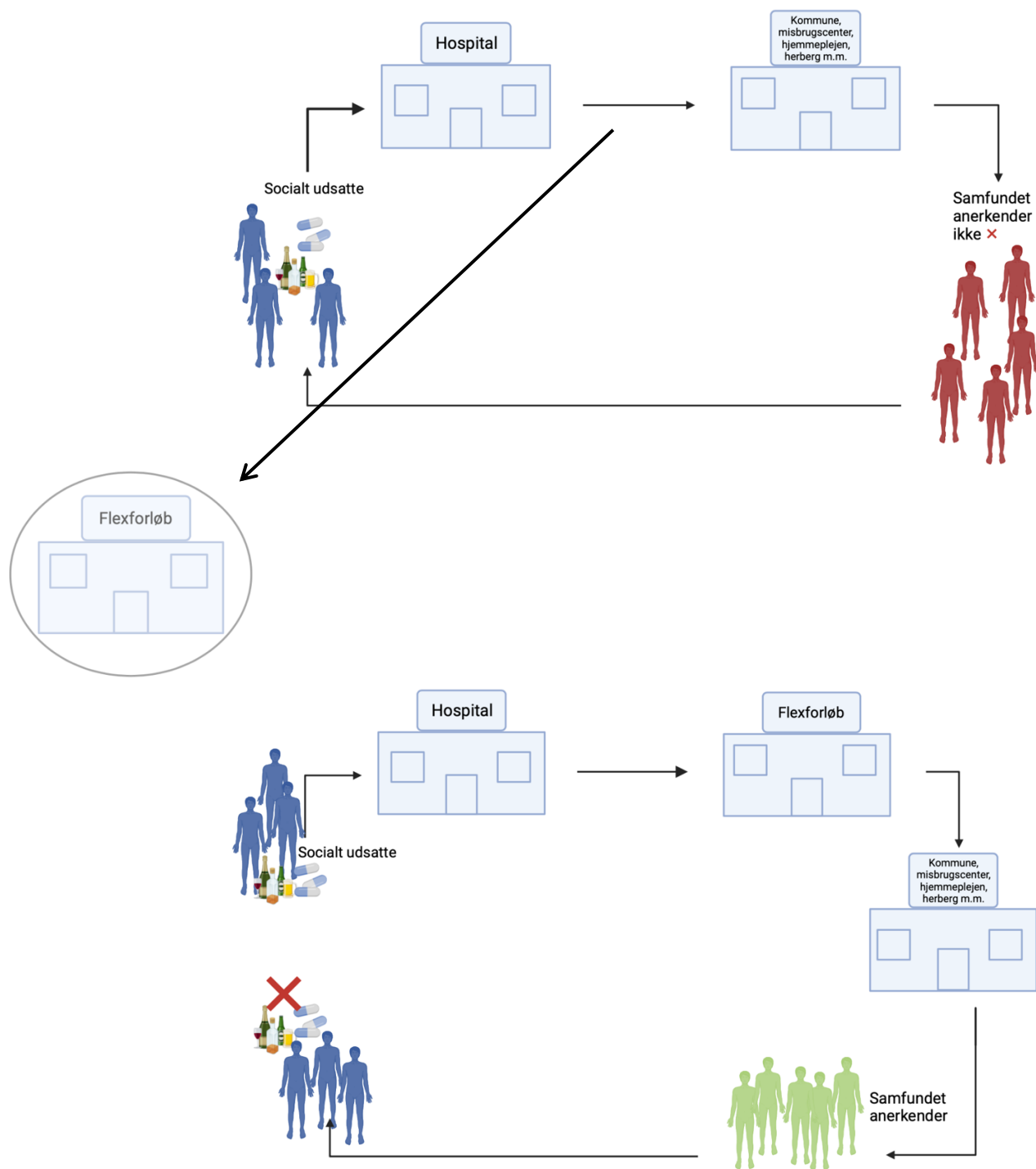
Omdrejningspunktet for specialet, er qua problemformuleringen, hvilke oplevelser og erfaringer socialt udsatte oplever under deres indlæggelser samt hvordan de mødes med forståelse og hvilke problematikker de sundhedsprofessionelle oplever i mødet med socialt udsatte.

Som specialet skrider frem, beskrives der ud fra de udvalgte informanternes oplevelser, hvordan socialt udsatte ikke mødes som det 'hele menneske', både i samfund og sundhedsvæsenet. Specialet har dermed til hensigt at favne socialt udsatte, som er koblet på det nye projekt på Bispebjerg Hospital 'flexforløbet' samt de aktører, der arbejder rundt om patienten. Opgavens analyse og konklusion har til formål at tegne det fulde billede af sundhedssystemets møde med socialt udsatte. Yderligere skal det påpeges, at dele af det materiale, der gøres brug af i dette speciale, er varierende mellem socialt udsatte med alkoholmisbrug og socialt udsatte med stofmisbrug. Begge patientgrupper har relevans for specialets problemstilling og begge repræsenteres i flexforløbet. Det må dog påpeges, at patienterne også lever med andre problematikker som fx psykiatriske sygdomme for hvilke der ikke er taget stilling til i analysen. Det kan dog medvirke til, at patienterne skal tilgås forskelligt i flexforløbet. Informanterne er udvalgt ud fra, om de er koblet til flexforløbet og kender til det. Dermed er egen indsamlet empiri, de patienter, som er i kontakt med sundhedsvæsenet samt de aktører, der har været med inde over udarbejdelsen af flexforløbet og har gjort brug af det.

Det er vigtigt at understrege, at flexforløbet er et helt nyt projekt, og da der ikke findes andet forskning med samme behandlingsform, er det den sekundære empiri, der opleves som supplement til analysen af de semistruktureret interviews.

Yderligere må det anses, at økonomi i sundhedsvæsenet kan have en større indflydelse på det sociale område, som kan være en faktor i praksis. Det kan have betydning for hvordan og hvor meget, der kan ændres på det socialt udsatte område og flexforløbet. Dette berøres dog ikke i pågældende speciale. Nedenfor ses et billede af, hvordan sundhedsvæsenet var før flexforløbet og dernæst hvad målet er for flexforløbet. Det skal dog bemærkes at de socialt udsatte, som lever med et misbrug, ikke nødvendigvis skal stoppe det.

Figur 1 – Sundhedsvæsenet før og efter flexforløbet



Et af målene for flexforløbet er at ændre synet på socialt udsatte både i sundhedsvæsenet, men på sigt også i samfundet. Det må dog tænkes at det kan være utopisk at tro; at flexforløbet kan ændre et helt samfunds syn på udsatte borgere.

1.4 Begrebsdefinitioner

Social udsathed: Social udsathed er et diffust begreb, der dækker over livsomstændigheder samt sociale og helbredsmæssige problemer, der gør, at et menneske har svært ved at leve efter de normer og forventninger som størstedelen af samfundet lever efter. Helbredsmæssige udfordringer kan fx indbefatte et rusmiddelforbrug og/eller psykiske lidelser, mens de sociale udfordringer dækker over forhold som boligsituation, økonomi og beskæftigelse (Badse, M., 2022).

Patienten: I dette speciale beskrives patienten som patient eller social udsat. Patienten er kendt i sundhedssystemet og har haft mange indlæggelser. De fleste indlæggelser er afrusning af misbruket. Dog er nogle af de udvalgte informanter også indlagt med andre sygdomme.

Sundhedsprofessionelle: De sundhedsprofessionelle informanter består af sygeplejersker, socialsygeplejersker og læger, som alle har tilfælles at de møder socialt udsatte dagligt i deres jobfunktion. De sundhedsprofessionelle i dette speciale arbejder alle på hospital.

Samarbejdspartner: Samarbejdspartnerne i dette speciale er både sundheds- og socialfaglige medarbejder, som arbejder ude i kommunerne. De arbejder alle indenfor socialt området.

Det organisatoriske niveau: De udvalgte informanter indenfor det organisatoriske niveau, sidder alle i arbejdsgruppen, der har været med til at udarbejde flexforløbet. Løbende revurderer og udvikler mindre arbejdsgrupper på flexforløbet.

2. Projektdesign

For at besvare problemformuleringen og arbejdsspørgsmålene har jeg valgt, at gøre brug af den hermeneutiske fænomenologi. Begge videnskabsteorier har fokus på forståelsen, der ligger til grund for den viden som man som menneske har udviklet og som kan ændre sig hele tiden. Desuden bliver min egen forforståelse sat i spil, for at kunne bevare en åbenhed overfor informanternes erfaringsverden og selve fænomenet (Birkler, 2021, p180). Nedenfor beskrives der henholdsvis, hvad hermeneutikken betyder og fænomenologien indbefatter.

2.1 Hermeneutikken

Hermeneutikken er grundlagt af Hans-George Gadamer og betyder 'læren om forståelsen'. I hermeneutikken vil der altid være en forforståelse, som kommer før selve forståelsen. Det vil sige, at før mennesket mener noget, så vil mennesket inden da have en forventning, en mening eller sågar en fordom om selve denne tanke. De opstillede hypoteser kan dermed be- eller afkræftes ved at læse om det relevante. Ud fra be- eller afkræftelsen bliver forståelsen skabt (Birkler, 2021, p180). Gadamer beskriver sin teori med, at forforståelsen indeholder fordomme, men at dette ikke skal forstås som noget negativt. Desuden er Gadamer af den opfattelse, at fordomme er menneskets forventninger og formeninge, som kan karakterisere menneskets måde at være til på. Mennesket vil dermed ikke tænke på fordomme, men derimod leve ud fra disse (Birkler, 2021, p180).

Forforståelsen, som skabes ud fra fordomme, får en samlet horisont, som er med til at omslutte alt det, som er synligt fra et bestemt punkt. Denne horisont er med til at fortolke alt og bliver dermed til forståelseshorisonten (Birkler, 2021, p180). Filosofen Jacob Birkler beskriver, at der ud fra ens forståelseshorisont, kan skabes en ny forståelse, også kaldet den hermeneutiske cirkel. Den hermeneutiske cirkel fungerer således, at det der forstås, kun forstås med det, der allerede forstås. Dette giver et cirkulært forhold mellem helhedsforståelsen og delforståelsen. Delforståelsen kan kun forstås, hvis helheden bliver inddraget og omvendt (Birkler, 2021, p181).

2.2 Fænomenologi

Med fænomenologien kommer vi et spadestik dybere i forhold til, hvad det er vi, som mennesker, forsøger at begribe. Det er her bevidsthedsforståelsen kommer ind i billedet. Fænomenologien er forankret af Edmund Husserl, som forsøgte at forfatte læren om bevidsthedsfænomener, der finder sted. Birkler (2021) beskriver at Husserl mente, at videnskaben skulle gå til 'sagen' selv og dermed undersøge direkte de bevidsthedsfænomener, som fremkommer til vores syne i de erfaringer, vi gør os som mennesker i livet. Formålet for Husserl var at undersøge, hvordan bevidstheden fremviser sig selv som en relation til noget og ikke om bevidstheden enten er subjektiv eller objektiv (Birkler, 2021, p161). Bevidstheden er altid en samlet relation mellem den 'oplevende' og det som 'opleves'. Dermed er det vigtigt at opleve fænomenologien, og hvorpå den undersøger den levede verden. Den levede verden er den livsverden alle udlever og får sine erfaringer fra, men som er vidt forskellige (Birkler, 2021, p183). Livsverden er netop alt det som mennesket foretager sig, og hvilket bliver udgangspunktet. Livsverden er den verden mennesket oftest tager for givet. Perspektivet i fænomenologien er et førstepersonligt perspektiv, hvor det er fænomener, som ikke kan deles med andre (Birkler, 2021, p184).

2.3 Min forforståelse

Med ovenstående gennemgang af den valgte videnskabelige teori, hermeneutisk fænomenologi, beskrives der i dette afsnit min egen forforståelse for det valgte emne i dette speciale.

Min baggrund er sygeplejerske og socialsygeplejerske og dermed ser jeg på dette projekt med nogle anderledes øjne end så mange andre. Jeg arbejder med de socialt udsatte, og jeg oplever den behandling de får - og ikke får. Før jeg blev socialsygeplejerske, havde jeg en forforståelse om, at der var mange sundhedsprofessionelle, som ikke ville hjælpe udsatte patienter eller give dem den rette behandling under deres indlæggelser. Da jeg startede i praktik i flexforløbet, opdagede jeg en helt anden vinkel. Jeg oplevede, hvor mange, der gerne ville hjælpe, men hvor svært det er, fordi samfundet er bygget op på en måde, hvorpå systemerne ikke taler sammen. Jeg oplevede, at jeg fik en ny forforståelse. Jeg har længe gerne ville undersøge socialt udsattes oplevelser i sundhedsvæsenet - oplevelsen igennem deres øjne, samt hvordan hele mødet og behandlingen for socialt udsatte kan individualiseres samt forståelsen for sundhedsprofessionelles tilgange til denne patientgruppe. Dermed har det været det helt rigtige at være praktikant på flexforløbets opstartsfase og evaluere på dette, da jeg har kunne undersøge det fra mange forskellige vinkler. Jeg har dermed kunne interviewe de relevante fagpersoner, der har at gøre med socialt udsatte samt de socialt udsatte. Yderligere har jeg kunne opleve, hvordan flexforløbet forsøger at være en ny måde at hjælpe og støtte socialt udsatte, både før, under og efter deres indlæggelser, hvilket ændrede min forforståelse endnu engang.

3. Metode

Nedenstående afsnit har til formål at redegøre for dette speciales udvalgte metode samt at beskrive og argumentere for, hvordan bearbejdelsen af problemformuleringen og arbejdsspørgsmålene er blevet håndteret. Desuden præsenteres flexforløbet, hvor igennem empirien er indhentet fra.

3.1 Metodeovervejelser

I dette speciale findes det relevant at gøre brug af kvalitative metode for at bearbejde specialets empiri. Kvalitativ metode er en samfundsvidenskabelig metode, og er en fællesbetegnelse for flere forskellige undersøgelsesmetoder. Fx kan det være deltagerobservationer, fokusgruppeinterviews og semistrukturerede interviews - som der gøres brug af i dette speciale (Kristensen & Hussain, 2019, s. 18). Der gøres brug af fænomenologien og hermeneutikken, hvor der netop er fokus på

førstepersonsperspektivet. Det vil sige, at der gøres op med individets oplevelser og livsverden, samt den forforståelse som vi individer kommer med. De semistruktureret interviews kan være med til at åbne op for informantens egne oplevelser og tanker om egen livsverden. Hvorimod kvantitativ metode har fokus på statistiske dataer (Kristensen & Hussain, 2019, s. 22).

Metoden tager udgangspunkt i den induktive tilgang, hvori processen er at observere det generelle om social udsathed med uddybning af den baggrund informanterne sidder med. Den induktive proces er relevant i dette speciale, da det kan give en bredere forståelse af det undersøgte med både positive og negative holdninger (Brinkmann & Kvale, 2015, s. 258).

3.2 Kvalitative interviews

Kvalitative interviews skal være med til at udfolde betydningen for menneskets oplevelse samt prøve at kunne forstå den verden som menneskets synspunkt udspringer sig fra (Kvale & Brinkmann 2015, s. 19). De semistruktureret interviews har til hensigt at opnå en mere dybdegående indsigt i socialt udsattes oplevelse i sundhedsvæsenet samt forbedring af sundhedsprofessionelles indsigt og forståelse af socialt udsattes livssituation, med fokus på flexforløbet (Kristensen & Hussain, 2019, s. 18). Dog er interviewene med det forbehold, at det aldrig kan være helt præcist, hvordan informantens oplevelser er eller har været, da de kan holde informationer eller oplevelser tilbage. Det er dog hensigten at komme så tæt på som muligt (Brinkmann & Tanggaard, 2020, s. 35).

Før begyndelsen af de semistruktureret interviews har det været væsentlig at lave et forarbejde for at kunne få svar på mit *hvad-spørgsmål*, som skal besvare hvad der er min ønskede viden at opnå. Her har jeg skulle indhente relevant litteratur, videnskabelige artikler og tale med fagpersoner, der kender til patientgruppen. Med det relevante forarbejde, har det dermed været nemmere at gå til det undersøgte, og det har derefter været muligt at udarbejde en interviewguide (Brinkmann & Tanggaard, 2020, s. 42).

Dog skal det bemærkes, at der kan forekomme begrænset udsyn, hvis der er læst for meget om emnet, eller hvis der haves for meget forhåndsviden. Brinkmann & Tanggaard (2020) pointerer, at der efter deres mening ikke findes forskningsinterviews, som er neutrale, men at det er vigtigt at forskeren begrundes teoretisk. Dette leder videre til, at den udvalgte videnskabsteoretiske position, som udgør hermeneutikken og fænomenologien kommer meget i spil i dette speciale, netop på grund af den baggrundsviden jeg selv kommer med i forhold til min egen profession, men også interessen for emnet.

Det semistruktureret interview kan både være vanskelig, men har også sine styrker. Vanskeligt på grund af, at semistruktureret interviews ikke er struktureret, og derfor kan interviewet ende ud i flere retninger (Brinkmann & Tanggaard, 2020, s. 40). Dette har også kunne bemærkes under interviewene, da

patientgruppen oftest havde meget de gerne vil fortælle, fordi de havde meget på hjertet og en følelse af, at der "endelig" var nogen, som havde tid til at lytte til dem. Det samme blev bemærket under de sundhedsfaglige interviews, da de også kunne fortælle om deres oplevelser om socialt udsatte. De havde oplevet og stadig gjorde store frustration over patientgruppen. Dermed har det krævet en større indsats for netop at kunne få svaret på interviewene så godt som muligt, og at det ikke endte ud i alt for mange retninger. Samtidig har det været vigtigt, at interviewene ikke varede alt for lang tid, da nogle udsatte ikke kunne overskue dette, samt at de sundheds- og socialfaglige blev interviewet, da de var på arbejde. Styrken ved det semistrukturerede interview er, at jeg har kunne komme helt tæt på informanten og dennes livsverden (Brinkmann & Tanggaard, 2020, s. 40).

Ved udførelse af de semistrukturerede interview er der udarbejdet en interviewguide for hver gruppe, der har skullet interviewes. Det vil sige, at der er lavet interviewguide til patienten, sundhedsfaglige (indebærer læger og sygeplejersker), socialsygeplejersker, samarbejdspartnere og det organisatoriske niveau. Interviewguide udarbejdes til anvendelse i semistruktureret interviews, og interviewguiden kan både have en mere eller mindre styrende effekt for selve interviewet, samt mere eller mindre teoristyret og detaljeret, dog afhængigt af den forforståelse, som medbringes i forskningen (Brinkmann & Tanggaard, 2020, s. 44). Interviewguidene kan findes fra bilag 22 til 26.

4. Præsentation af flexforløb

Herunder præsenteres flexforløbet og hvad formålet er med dette nye opstartet projekt i sundhedsvæsenet. Dertil uddyber jeg mit første møde i flexforløbet samt mine observationer.

Flexforløbet er et nyt tilbud, til gruppen af socialt udsatte patienter på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital. Forløbene er startet op som et særskilt ambulans tilbud for målgruppen, og er en opstartsfasen i en regelret flexklinik som forventes med sin opstart i 2023. På Bispebjerg og Frederiksberg Hospital har man et ønske om, at sundhedssystemet skal kunne favne bredt, og at sundhedssystemet skal indrettes efter patienten og ikke omvendt (Badse, 2022). Derfor har direktionen i samarbejde med akutmodtagelsen initieret tilblivelsen af et tilbud, som skal sikre den lette og lige adgang til sundhed – også for de socialt udsatte patienter¹.

¹ Flexklinikken (2022) Ikke publiceret notat.

De socialt udsatte patienter frembyder ofte med forskellige problematikker, sygdomme, misbrug m.m. og flexforløbet skal blandt andet bidrage med en koordinerende funktion både før, under og efter indlæggelserne af socialt udsatte. Flexforløbet har til opgave at vejlede både de udsatte patienter selv, og de sundhedsprofessionelle i specialafsnittene på hospitalet, for på denne måde at øge fokus på en lige adgang til sundhed. Det vil sige, at projektet skal have et større fokus på at tilrettelægge den relevante behandling af socialt udsatte på hospitalet, men også øge samarbejdet med det kommunale regi². Flexforløbene har været i gang i sin første og indledende fase fra februar 2022, hvor Bispebjerg og Frederiksberg Hospital har evalueret de første måneder af projektet.

I flexforløbene består flex-teamet af socialsygeplejersker, socialoverlægen og den tværsektorielle samarbejds koordinator, der er socialfaglig og som fungerer som tovholder på de udsatte patienters indlæggelsesforløb og de ambulante opfølgingsforløb, som også omfatter det videreførelse i kommunalt regi. Ved at have socialsygeplejerskerne og socialoverlægen som de primære kontakter under indlæggelser og i ambulante opfølgning, kan det være med til at sikre, at socialt udsatte patienter også gennemfører deres behandling samt at patienterne oplever, at der er faste kontaktpersoner på deres forløb, så det ikke føles uoverskueligt at kontakte sundhedstilbuddet i regionen.

Når socialt udsatte patienter bliver indlagt, så er det den primære afdeling, som varetager behandlingsforløbet, men socialsygeplejersker og socialoverlæge kan kobles på, hvis afdelingen ser at det er relevant. Dernæst vil flexforløbet også kunne kobles på, hvis patienten synes at det kunne være en god hjælp til sit indlæggelsesforløb og videreførelse. Det er patienten selv, som vælger om han/hun vil kobles på flexforløbet.

Det er vigtigt, at de sundhedsprofessionelle gør brug af flexforløbet, men også at flexforløbene og det tværfaglige team bliver anvendt som en sparringsfunktion, da viden om udsatte er sparsomt på specialafdelingerne. Sundhedsprofessionelle kan med fordel søge hjælp hos flex-teamet, for at få mere viden om socialt udsatte og deres behandling, kommunikation, faglig sparring i forhold til abstinensbehandling, tilgangen til patienten m.m. Et tæt samarbejde mellem afdelingerne, de sundhedsprofessionelle i specialafsnittet og flex-teamet kan det bidrage til at patienten får den rette behandling, og at behandlingen fuldføres. At sikre en gennemført behandling, kan ændre det forhold, at mange udsatte i dag, underbehandles og derfor oplever at blive mere og tidligere alvorligt syge, end resten af befolkningen gør. Når socialt udsatte bliver udskrevet, kan efterforløbet være vanskeligt at håndtere

² Flexklinikken (2022) Ikke publiceret notat.

for den udsatte selv. Der kan for eksempel være tale om alvorlig sygdom, som kræver opfølgende kontroller i et specialambulatorie, eller en fortsat behandling af afhængighed og abstinenser³. Den socialt udsatte, skal måske tage noget medicin, som kan være svært at huske i forhold til hvor meget og hvor ofte medicinen skal indtages. Yderligere kan det ske, at udsatte nedprioriterer medicinen, fordi det er en udgift som patienten ikke har økonomien til at kunne betale. Udfordringen med disse ovenstående komponenter er med til at restitutionen og muligheden for at socialt udsatte kan komme sig efter sygdomsforløbet, er begrænset (Pedersen, 2018, s. 13).

Jeg har været ansat som praktikant i opstartsfasen i flexforløbet, hvor min opgave har været at udarbejde interviewguide og foretage interviews og udfolde empirien i et evalueringsprojekt. Patienterne som er udvalgt til at deltage i evalueringen, har været indlagt med årsag i en somatisk sygdom, afrusning, smertebehandling eller andet. Patienterne, som er i målgruppen for flexforløbet er ofte brugere af forskellige væresteder, herberger, bosteder, hjemløse eller funktionelle hjemløse. Nogle af de patienter, som tilbydes flexforløb er uregistrerede migranter, som alene har ret til akutte sundhedsydelse⁴. Patienterne kan være uden arbejde og uddannelse eller begrænset uddannelse og yderligere have begrænsede sundhedskompetencer, end det er tilfældet for de øvrige patienter på hospitalet. Patienterne kan møde barrierer i forhold til at kommunikere i og omkring deres aftaler og forstå de beskeder som de sundhedsprofessionelle giver (Pedersen, 2018, s. 14). Yderligere er det værd at have fokus på at udsatte patienter, kan have sparsom eller slet ingen kontakt til pårørende og derved har brug for en anden støtte af fx socialsygeplejersken eller anden form for kontaktperson, for at kunne navigere rundt i sundheds- og velfærdssystemet generelt. Hvis socialt udsatte har et netværk, så er det oftest at disse mennesker også er sårbare, har et misbrug eller lever i kaos (Pedersen, 2018, s. 13).

De sundhedsprofessionelle har for de socialt udsatte en altafgørende betydning, for at patienten får etableret den rette kontakt og de rette aftaler (Pedersen, 2018, s. 14). Det er derfor essentielt at den primære afdeling, hvor patienten er indlagt, tager kontakt til socialsygeplejerskerne og derefter bliver tilkoblet flexforløbet således, at udsatte patienter, som det er tilfældet for alle andre patienter i det danske sundhedssystem, får den samme lette og lige adgang til sundhedstilbud⁵. Det at være til stede på afdelingen gennem længere tid og lave feltarbejde (se nedenfor) har givet mig nogle værdifulde indsigter. Jeg var med til nogle af deres møder og specielt det første møde fangede min interesse. Det interessante

³ Flexklinikken (2022) Ikke publiceret notat.

⁴ Flexklinikken (2022) Ikke publiceret notat.

⁵ Flexklinikken (2022) Ikke publiceret notat.

var at til disse møder åbnede socialsygeplejerskerne op for de tanker de gik med, både de positive og negative:

Første møde (9. marts 2022): Socialsygeplejerskerne fortalte at de synes det fungerede godt, når patienterne blev fordelt om morgenen, men det, der kunne være svært og noget der skulle findes ud af, var at nogle af deres patienter gerne ville have den samme socialsygeplejerske, hvilket ville kunne komme til at skabe nogle problemer. Dette på grund af at socialsygeplejerskerne skifter hver uge med at have flexsygeplejerske vagten. Dermed er der en anden socialsygeplejerske, som skal overtage dennes patienter. Samtidig synes de også at det var svært at følge op hos deres egne patienter, når de havde flexsygeplejerske vagten. Det var dog vigtigt fra socialoverlægens side af at få pointeret at den, der har flexvagten, er kun i flexforløbet og er ikke ude på afdelingerne og tilser patienterne. Dernæst blev det beskrevet fra socialoverlægen at der kunne komme en stress-effekt følelse hos dem alle, fordi projektet er så nyt og det hele havde været kaotisk fra starten, men at hun var sindssyg stolt af at de på så få uger allerede havde fået 30 patienter inkluderet i projektet. Socialsygeplejerskerne fortalte at de allerede følte en lille stress-effekt af, at de hele tiden ville gøre det så perfekt, men at det var svært at nå det hele og svært når der ikke var så mange, der kendte til flexforløbet. Det blev aftalt at de løbende måtte sætte sig ned og revurdere, *hvad fungerer og hvad fungerer ikke*. Yderligere blev der sagt fra en anden socialsygeplejerske at det kunne være svært at ringe til patienterne og samarbejdspartner inde på kontoret, fordi kontoret er så småt og de sidder mange derinde. Dertil svarede socialoverlægen at det kunne være en idé med høreværn og skrue ned for samtalerne iblandt dem, så der blev plads til at ringe ud, fordi at der ikke er andre steder de kan være. Til slut i mødet, stillede socialoverlægen et åbent spørgsmål, som gik ud på at finde svar på, om flexforløbet kan være med til at bringe tillid tilbage til sundhedsvæsenet hos udsatte patienter. Dette ved at patienterne forhåbentligt kommer til at opleve et bedre koordineret samarbejde hele vejen rundt om dem og at udsatte patienter kommer til at opleve at de sundhedsfaglige gerne 'vil dem godt' (**feltnote fra første møde**).

På den måde har min tilstedeværelse været med til at informere de analytiske valg jeg senere har truffet, fordi jeg har spurgt i interviewene blandt andet ud fra hvad jeg har observeret undervejs.

4.1 Feltarbejde

I dette afsnit vil jeg beskrive mine observationer under praktikken i flexforløbet. Det har været vigtigt at observere, for at sætte min egen viden til siden og være *potentielt uvidende* og dermed være udforskende. For ved at være potentielt uvidende kan det skabe mere undren og opmærksomhed på de små detaljer som jeg normalt ikke vil lægge mærke til, på grund af min uddannelsesbaggrund samt arbejde (Jensen & Vallgård, 2021, s. 97). For at kunne få det fulde indblik hvad flexforløbet kan gøre for socialt udsatte, er muligheden for feltarbejde og derigennem deltagerobservation relevant, da der kan gives indblik i rutiner, arbejdsgangene, møder, personalets erfaringer og hvordan det hele spiller sammen i en fysisk og organisatorisk ramme (Jensen & Vallgård, 2021, s. 98). Deltagerobservation betyder at jeg under praktikforløbet og indsamling af empiri har udført deltagelse og observation i flexforløbet og udenfor ambulatoriet. Dermed kunne jeg både deltage, observere, men også lytte til det som socialsygeplejerskerne, socialoverlæge, den tværfaglige samarbejds koordinator og patienterne de fortalte. Deltagerobservation kan være med til at erfare informanternes hverdag og yderligere registrere det, de fortæller om deres liv og dykke ned i, hvad der *kan* fortælles og hvad der *ikke* kan fortælles (Jensen & Vallgård, 2021, s. 106).

Min praktikperiode startede februar 2022, hvor jeg skulle sættes ind i hvad meningen med flexforløbet var. Dertil havde jeg fået sendt flexforløbets notat, der er udarbejdet af den organisatoriske gruppe. Flexforløbet havde kørt i én måned på dette tidspunkt, men var påvirket af sygdom og ferie. Første oplevelse af flexforløbet var at det lå på samme etage som en anden afdeling og i bunden af den lange gang. Dermed er det svært at vide at der findes et flexforløb dér. Flexforløbet består af socialoverlægens kontor, socialsygeplejerskernes kontor og samtalerummet, som skal bruges til når patienterne har ambulante tider. Under praktikperioden har jeg interviewet nogle af patienterne i flexforløbet og gjort brug af samtalerummet. Dog har det yderligere været relevant at få uddybet de tanker, som socialsygeplejerskerne har gået med fra starten af flexforløbets opstart, fordi det er dem, der er frontpersonalet i flexforløbet og det er en stor opgave, de har fået på sig, og jeg har derfor også interviewet dem enkeltvis.

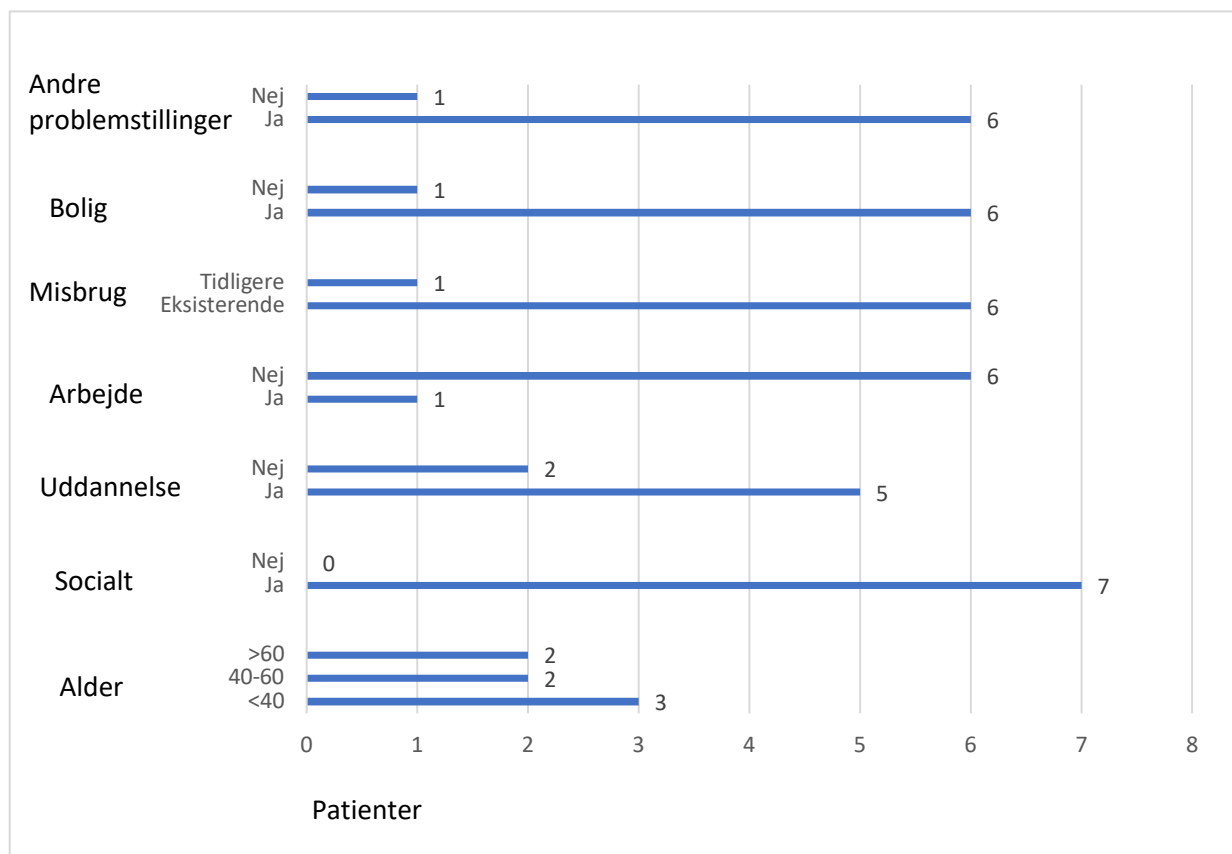
4.2 Inkludering af informanterne

Inkludering af informanterne foregik ved at socialsygeplejerskerne havde siddet sammen med socialoverlægen og fundet frem til hvilke patienter, der ville være ideelle at interviewe. Dette er på baggrund af at nogle af patienterne ikke psykisk ville kunne håndtere at skulle blive interviewet eller hvis de allerede havde mange, kontakter i forvejen, så kunne de måske ikke overskue det. Da

socialsygeplejerskerne kender patienterne bedst, gav det mening at det var dem, som fandt frem til hvilke patienter, der skulle interviewes. Yderligere blev der fundet hvilke samarbejdspartnere, der ville være relevante at interviewe samt hvilke sundhedsprofessionelle. Samarbejdspartnerne og de sundhedsprofessionelle er både sygeplejersker og læger, som har med socialt udsatte at gøre eller henvist en patient til flexforløbet. Samarbejdspartnerne arbejder i kommunen, hvor de sundhedsprofessionelle er ansat på hospitalerne. Yderligere skulle der findes informanter, der har været med til at udarbejdet flexforløbet på det organisatoriske niveau. Dette var socialoverlægen, som valgte hvem der skulle ringes til. Jeg tog kontakt til alle informanter, for at fortælle om projektet, høre om de ville deltage og derefter aftale et tidspunkt, hvor interviewet kunne finde sted. Kontakten til patienterne foretog en af socialsygeplejerskerne, da de kendte dem og dermed kunne føle sig trygge.

Den ene socialsygeplejerske og jeg valgte at ringe til 10 patienter, for både at minde dem om deres tid i flexforløbet og spørge om de ville deltage i interviewet. Ud af de 10 patienter, som der blev taget kontakt til, var det heraf 7, som blev interviewet. 2 af patienterne svarede ikke på telefonopkaldet og den sidste havde ikke tid til at blive interviewet. 2 patienter bad om at det blev telefoninterviews, da patienterne ikke havde en kommende aftale i flexforløbet. Efter interviewene med patienterne, tog jeg kontakt til 2 sygeplejersker på to forskellige afdelinger. Det ene interview blev holdt fysisk og det andet blev afholdt som telefoninterview, så det kunne passe ind med sygeplejerskens vagtplan. Yderligere tog jeg kontakt til 2 læger, der også arbejdede på to forskellige afdelinger. Det ene interview blev besvaret skriftligt og interviewet med den anden læge blev afholdt som et telefoninterview. Dernæst holdte jeg fysiske interviews med 1 fra arbejdsgruppen og de 3 andre var telefoninterviews. Her var der 1, der ikke svarede tilbage på telefonopkaldet. I samarbejdsgruppen var alle 4 interviews fysiske. På næste side, ses et overblik over de inkluderede patienter i undersøgelsen.

Figur 2 - Et overblik over de deltagende patienter



4.3 Interviewguide & udførelsen af interviews

Interviewguiden skal være med til at give et indblik i, hvad flexforløbet kan være med til at gøre for socialt udsatte. Der er fokus på patientens seneste indlæggelse, samt det ambulante forløb i flexforløbet. Yderligere er der fokus på samarbejdet og koordinering mellem afdelingerne og flexforløbet, samt flexforløbet og kommunerne. Det er relevant, at informanterne fortæller om sine gode og dårlige oplevelser og erfaringer. Det er desuden relevant at der spørges ind til, hvad der fungerer og ikke fungerer, både under og efter patientens indlæggelse - med flexforløbet koblet til.

Interviewguiden er delt op i 5 forskellige interviewguides; én til patienten, én til de sundhedsfaglige, én til socialsygeplejerskerne, én til kommunerne og sociale tilbud, samt én interviewguide til det organisatoriske niveau, som står i spidsen for flexforløbet og udarbejdelsen (Se bilag 22-26).

Der blev udarbejdet de 5 forskellige interviewguides, hvor de efterfølgende blev sendt til *Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse*, som kiggede dem igennem og rettede dem til. Derefter blev rettelserne sendt tilbage til mig, hvor jeg rettede dem til. De blev dernæst sendt til socialoverlægen, som skrev sine rettelser, herefter mødtes jeg og socialoverlægen og talte alle interviewguides igennem. Disse mange rettelser

kommer af, at det er en patientgruppe, der kan være meget sårbar, og da socialoverlægen kendte nogle af patienterne, der skulle interviewes, vidste hun også nogenlunde, hvad der kunne og ikke kunne stilles af spørgsmål.

Det har været vigtigt for mig, at interviewguiden har indbefattet alt det, som har været relevant for Akutmodtagelsen på Bispebjerg Hospital og Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, samt at jeg har haft de spørgsmål med som jeg synes har manglet for at kunne gøre brug af empirien i mit speciale. Interviewguiden indleder med spørgsmål omkring informanten, som fx, om de har et arbejde, uddannelse, misbrug, sygdomme m.m., og dernæst spørger jeg ind til, om de kan fortælle om deres seneste indlæggelse. På denne måde gav det et indblik i, hvem informanten var, og som beskrevet i Brinkmann & Tanggaard (2020), er sådanne nogle åbningsspørgsmål med til, at informanten kan fortælle om den konkrete episode, og dermed kunne jeg efterfølgende stille opfølgende spørgsmål, som kunne uddybe fortællingen og beskrivelsen.

Yderligere var det vigtigt, at jeg fik stillet fortolkende spørgsmål, da det kan være med til at bekræfte informanten i, at jeg lytter, og at jeg gerne vil forstå informanten rigtigt (Brinkmann & Tanggaard, 2020, s. 49). Interviewguides er lavet med henblik på, at spørgsmålene skulle være lette at forstå og besvare og samtidig være åbne for, at informanten kunne fortælle om sine oplevelser og erfaringer. Den måde spørgsmålene er blevet stillet på har såvel været forskellig fra, om det var en patient eller en sundhedsprofessionel og socialfaglig. Dette valg er truffet af, at jeg selv bruger fagsprog, hvilket kan være vanskeligt at forstå, hvis man ikke selv gør brug af det. Derfor var det essentielt at variere interviewguidene således, at patienterne forstod spørgsmålene. Et eksempel på denne differentiering i spørgsmål er fx, da jeg spørger ind til, om patienten har nogle sygdomme i interviewguiden. I interviewguiden er det beskrevet som legemlige sygdomme, hvilket kan misforstås eller ikke forstås hos patienten. Jeg har dermed uddybet spørgsmålet ved at sige nogle konkrete sygdomme som det kunne være, og dette kan have gjort det nemmere for informanten at forstå.

Inden interviewets start, fik informanterne et samtykke, der skulle underskrives og et bilag omkring oplysningspligten i medfør af databeskyttelsesforordningen, hvis informanten ville trække sit interview tilbage. Dernæst blev de informeret om fortroligheden, samt hvem der ville få adgang til interviewene og forsikret, at disse ville blive slettet ved afslutningen. Private data, som vil kunne identificere informanterne er dermed blevet anonymiseret (Brinkmann & Kvale, 2015, s. 116).

Undervejs i interviewet valgte jeg at introducere de forskellige tematikker som interviewguiden var bygget op af for at styre interviewet i den retning som projektets fokus lå og dermed forhåbentligt få besvaret spørgsmålene (Brinkmann & Tanggaard, 2020, s. 48). Idet at det var narrativt interviews, hvor det er

informanternes historie og oplevelser, der er i fokus, hændte det også, at retningen, jævnfør interviewguiden, skred efterhånden som interviewet tog fart, da mange af informanterne havde en masse de gerne ville fortælle (Brinkmann & Kvale, 2015, s. 209). Det kunne fx være, hvor jeg spurgte patienten: "Nu vil jeg spørge ind til dit forløb her i flexforløbet og dine tanker omkring det". Oftest blev tankerne ledt ud til noget helt andet. Dette kunne fx være fordi de gerne ville fortælle om en historie, om en oplevelse under en indlæggelse, eller fordi de ikke kunne sige så meget om flexforløbet, da det var helt nyt for dem. Under narrativt interview kan der nemlig spontant dukke historier op, eller interviewerens kan stille et spørgsmål, der specifikt får åbnet op for en historie hos informanten (Brinkmann & Kvale, 2015, s. 210). Dette kunne fx være, da jeg spurgte ind til, om patienten kunne fortælle om dennes seneste indlæggelse, og hvilke oplevelser og erfaringer patienten havde fået under indlæggelsen i sundhedsvæsenet. Her havde de fleste patienter en masse oplevelser som de gerne ville dele ud af. Det var her vigtigt, at der blev lyttet koncentreret. Dertil var det vigtigt at der kun opstod få afbrydelser med korte opklarende spørgsmål, der kunne hjælpe patienten med at fortsætte sin historie. Det kunne også være, da jeg spurgte en fra det organisatoriske niveau, om hvordan samarbejdet havde foregået. Dette bragte mange tanker og refleksioner fra informantens side frem (Brinkmann & Kvale, 2015, s. 2011). Dette var med til, at jeg opnåede en del viden, der har været relevant for specialet.

Den forudgående plan for udførelsen af interviewene med patienterne var, at det skulle foregå i det nye flexforløb. Interviewene skulle foregå efter den første samtale som patienten havde med socialoverlægen, socialsygeplejersken og nogle enkelte gange har den tværfaglige samarbejds koordinator deltaget. Dette har dog været, hvis der har været en problematik hos den enkelte patient, som hun kunne hjælpe med. Patienterne er, som tidligere nævnt, blevet ringet op af en socialsygeplejerske med henblik på at spørge, om de ville deltage ved deres aftale i flexforløbet.

Interviewene var planlagt til at vare 20-30 minutter, hvilket blev overholdt med de fleste interviews og nogle af dem varede 10-15 min, da nogle af patienterne ikke kunne overskue mere eller ikke havde så meget de ville sige. De første 4 interviews blev afholdt i flexforløbet og derefter måtte jeg sande, at det var svære end hvad jeg havde forventet at få udført interviewene. Der opstod enkelte gange, hvor patienten ikke dukkede op og derfor måtte der laves en ny aftale eller socialsygeplejerskerne tog kontakt til patienten og spurgte, om jeg måtte ringe til dem og interviewe dem over telefonen. Det må derfor have i mente, at denne patientgruppe ikke altid kan overskue det, som der planlægges omkring dem.

4.3.1 Transskription og bearbejdning

Efter afholdelse af hvert interview blev interviewene transskriberet. Ved transskription af lydoptagelserne medfører der tab af kropssprog samt tonefald og dermed bliver transskriptionerne dekontekstualiserede gengivelser af interviewene (Brinkmann & Kvale, 2015, s. 236).

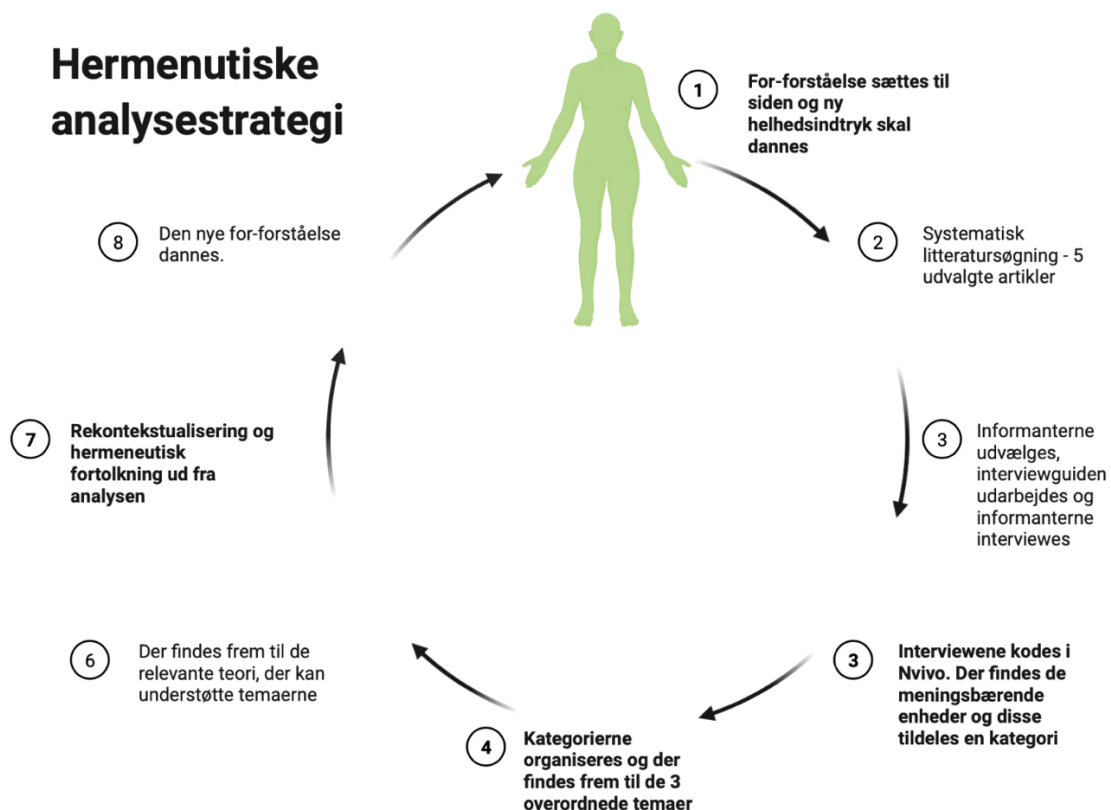
Under interviewene, både de fysiske og over telefonen er der anvendt en diktafon, for bedre at kunne koncentrere sig om spørgsmål og besvarelse heraf. Diktafonen har også haft til formål at kunne vende tilbage og lytte til optagelserne igen og igen. Ved at kunne lytte til interviewene igen, har det givet erindringer fra samtalen, som kunne være blevet glemt, hvis samtalen ikke var blevet optaget. Derudover har det også været at få de eksakte sproglige formuleringer, for at få den fulde inddragelse af informantens oplevelser og erfaringer – for at være så transparent som muligt. Dertil er det dog valgt at undlade gentagne ord og pauser, da det skaber en lettere læsning og forståelse af interviewene. Dog kan der opleves få pauser i transskriptionen, grundet informanten ændre sit svar (Brinkmann & Kvale, 2015, s. 238).

4.4 Hermeneutisk analysestrategi

For at besvare problemformuleringen er der gjort brug af den hermeneutiske analysestrategi. Denne tages udgangspunkt i Lisa Dahlagers og Hanne Fredslunds beskrivelse af metoden (Jensen & Vallgård, 2021, s. 421). Den hermeneutiske analysestrategi har til formål at sætte forforståelse til siden og ud fra de 4 trin, skal der til slut dannes en ny forforståelse. Den nye forforståelse dannes ud fra de temaer, der findes frem til ved brug af kodning i det kvalitative dataanalyseprogram Nvivo. Processen består af del- og helhed og hvor der hoppes frem og tilbage. Med udgangspunkt i interviewene opstår der en uklar forståelse som helhed og dette fortolkes dermed til forskellige dele. De forskellige dele bliver sat på ny i relationen til helheden. Dette får dermed skabt en ny forståelse og samtidig kan det frembringe en ny viden (Brinkmann & Kvale, 2015, s. 275).

Nedenfor ses figur 2, der viser et overblik over den hermeneutiske analysestrategi også kaldet den hermeneutiske cirkel og hvordan denne er anvendt i specialet.

Figur 3 – Den hermeneutiske analysestrategi



I det følgende afsnit beskrives begreberne reliabilitet og validitet. Disse begreber anvendes til at gå i dybden med, kvalitetssikring af specialets.

4.5 Reliabilitet

Reliabilitet fortæller noget om troværdigheden af de resultater, som er undersøgt i specialet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 244). Interviewene kommer af en mundtlig samtale, som derefter er transskriberet. Det er væsentligt at tale om reliabiliteten i dette speciale for at kunne uddybe, hvor pålideligt og nøjagtige indsamlingen af empirien har været, samt om undersøgelsen ville kunne genskabe fuldstændige ens svar, hvis samme undersøgelse blev foretaget igen (Brinkmann & Kvale, 2015, s. 243). Det opleves med dette speciale, at samme undersøgelse kan genskabes, men at det samtidig kan være sandsynligt, at andre

forskere kommer frem til andre resultater. Dette er på baggrund af, at informant og forsker har skabt nogle unikke kontekster, hvilket derfor betyder, at det kan være svært at genskabe de samme resultater (Brinkmann & Kvale, 2015, s. 244).

Reliabiliteten i dette projekt vægtes dog stadig højt, da indsamlingen af data kommer fra informanterne selv, og det har været semistruktureret spørgsmål, der har vægtet informanternes oplevelser højest. Det må dog også konkluderes at ved kvalitative metoder, så vil der oftest være forskel på de resultater, der udkommer fra samme undersøgelse også selvom der sættes samme rammer op. Dette kan netop være på baggrund af, at informanterne har deres egen forforståelse, og da den, qua den hermeneutiske cirkel, hele tiden fornyes ville en lignende undersøgelse om et par måneder, give nogle andre resultater.

4.6 Validitet

Validitet betyder gyldighed og det skal være med til at vurdere om den udvalgte metode i specialet, får undersøgt det, som skulle undersøges. Det kan oftest være svært at validere transskriptioner, og det er derfor vigtigere at bemærke om interviewet kan bruges til ens forskningsspørgsmål (Brinkmann & Kvale, 2015, s. 246). Den valgte metode opleves som den mest relevante, da det kan være med til at fremhæve de udsagn informanterne kommer med – alt efter om det har være de udsatte patienter eller de sundheds- og socialfaglige medarbejdere. I dette speciale har det derfor været væsentligt at transskribere så tydeligt som muligt, for netop at få kommunikeret ud til læseren, de oplevelser informanten har, og hvad de betyder for denne. Yderligere vurderes validiteten høj, fordi de udvalgte informanter er pålidelige. Under foretagelsen af undersøgelsen prøvede jeg så vidt muligt at lægge min forforståelse til side og være så uvidende som muligt på området.

5. Systematisk Litteratursøgning

På næste side ses der et overblik over de udvalgte videnskabelige artikler, der er søgt ud fra den systematiske litteratursøgning. De udvalgte videnskabelige artikler benyttes i analysen, hvor de skal understøtte empiriindsamlingen samt de udvalgte teorier. Forskningsartiklerne er udvalgt fra Google Scholar og Pubmed (Se bilag 26). Artiklerne er med til at formidle de forskningsresultater, der er udarbejdet på socialt udsathedsområdet, som er relevant for dette speciale (Andersen, Jørgensen & Davidsen, 2019, s. 65).

5.1 Pubmed & Google Scholar systematisk litteratursøgning

Studie (forfatter, land, år, sted)	Studiets design og metode	Studiets formål	Resultater	Studiets styrker og begrænsninger	Vurdering
<p><i>The stigma of mental illness and recovery</i></p> <p>Esmina Avdibegovic og Mevludin Hasanovic</p> <p>Tuzla, Bosnien og Herzegovina, 2017</p> <p>→ Department of Psychiatry, University Clinical → Center Tuzla School of Medicine University of Tuzla</p>	<p>Systematisk litteraturstudie</p> <p>Først 34 udvalgte studier, hvor der er foretaget metaanalyse. Derefter yderligere 72 studier også metaanalyse og til slut 14 udvalgte studier, hvor der er foretaget en systematisk review.</p>	<p>Se på hvad stigmatisering og recovery (<i>give individet håb, muligheder, få en social identitet og gøre deres liv meningsfulde</i>) kan gøre for mennesker med psykisk sygdom.</p> <p>Større fokus i samfundet om stigmatisering af psykisk sygdom, for at kunne ændre den offentlige holdning.</p> <p>Der refereres til Recovery-model og hvad denne kan gøre for psykiske sårbare</p> <p>Vigtigheden i at familie, venner og professionelle støtter processen</p>	<p>Resultaterne fra de udvalgte studier, viser at fordomme mod mennesker, der lever med psykisk sygdom, har en indflydelse på deres liv.</p> <p>Dette studie skal vise hvad recovery kan gøre for psykisk sårbare mennesker og beskrive deres egne oplevelser.</p> <p>Recovery og stigmatisering viser forskellige perspektiver hos mennesker med psykiske sygdomme og dette bør der tages højde for inden for mental sundhed og den recovery-orienteret praksis</p>	<p>Styrker og begrænsninger fremgår ikke i studiet. Dog beskrives det at veltilrettelagt interventioner vil reducere stigmatisering hos psykisk sårbare. Desuden vigtigt at fortsat at have fokus på flere undersøgelser og politiske tiltag.</p>	<p>Studiet er vurderet til at være relevant til at besvare problemformuleringen, da anerkendelse fremgår i studiet, samt det at skulle ændre et samfunds holdning om en bestemt borgergruppe. Yderligere er nogle af de udvalgte respondenter i specialet psykisk sårbare.</p>

Studie (forfatter, land, år, sted)	Studiets design og metode	Studiets formål	Resultater	Studiets styrker og begrænsninger	Vurdering
<p><i>Nursing students' perceptions of substance abusers: The effect of social status on stigma</i></p> <p>Mikaela Cloyd, Beverly L. Stiles og George M. Diekhoff</p> <p>USA, 2020</p> <p>→ The Center for Success and Independence, Houston</p> <p>→ Department of Sociology, Midwestern State University</p> <p>→ Department of Psychology, Midwestern State University</p>	<p>Kvantitativ studie</p> <p>88 udvalgte sygeplejerskestuderende, der skulle svare på ét ud af de tre tilfældige spørgeskemaer. Dernæst blev besvarelserne screenet og 26 besvarelser blev valgt fra og de resterende 62 blev yderligere analyseret og brugt i studiet.</p> <p>Besvarelserne blev screenet, da det bemærkes at data, der er anonymiseret online, kan have en forskel i kvaliteten.</p> <p>Der er brugt IMB SPSS Software for analysering af besvarelser</p>	<p>Spørgeskema skulle besvares og informanterne havde fået ét ud af de tre, hvor personen "John" er en 32-årig mand, som har eksperimenteret med heroin og det har gjort ham afhængig. "John" beskrives med tre forskellige sociale statusser (borgmester – <i>høj status</i>, tjener – <i>lav status</i> og ingen information om job – <i>ukendt status</i>) Det er forskellig hvilket spørgeskema de studerende får.</p> <p>Med denne undersøgelse kunne det vise sig, hvilken en af "John", der scorede højest point (8-32) ud fra en ("<i>eight-item self-report scale</i>"), som måler hvor høj stigmatiseringen er. Jo højere score, jo større stigmatisering.</p>	<p>Resultaterne viste at en stofmisbruger med høj status fremkaldte signifikant mindre stigmatisering i forhold til en stofmisbruger med lav status.</p> <p>Desuden var der ingen signifikant forskel af stigmatisering mellem en stofmisbruger med lav status og en med ukendt social status</p> <p>Lav status = større stigmatisering.</p>	<p>Da det er en lille undersøgelse, har det gjort resultaterne ustabile (24 deltagere i den lav-status gruppe og 9 deltagere i den høj-status gruppe). Dog er det tydeligt med denne størrelse at den statistisk var stærk i de prøver der er udtaget.</p> <p>Kun sygeplejerskestuderende blev brugt i undersøgelsen.</p>	<p>IRB godkendt studie.</p> <p>Dette studie er relevant til at besvare problemformuleringen, da den fokuserer på <i>hvordan</i> kommende sygeplejersker, kan tænke om mennesker med misbrug og hvilken forskel social status har i et samfund.</p>

Studie (forfatter, land, år, sted)	Studiets design og metode	Studiets formål	Resultater	Studiets styrker og begrænsninger	Vurdering
<p><i>Social work in addiction: Opportunities and alliances</i></p> <p>Abraham Mekonnen og Bonnie K. Lee</p> <p>USA, 2021</p> <p>→ Faculty of Health Sciences, University of Lethbridge</p>	<p>Kritisk gennemgang af afhængighedslitteratur af den første forfatter af dette studie.</p> <p>Der præsenteres tre afhængighedsteorier</p> <p>→ The dislocation teori</p> <p>→ Fragmented intimacy teori</p> <p>→ Congruence couple therapy</p>	<p>De tre modeller og en forståelse af afhængighed som et symptom, som vokser ud af sociale, historiske og familiære forhold.</p> <p>Yderligere er det at se på socialarbejders rolle, når de arbejder med mennesker der er afhængige af et misbrug, samt kompleksiteten hermed.</p>	<p>Artiklen viser hvilke positioner socialarbejdere står i med mennesker, der er afhængige.</p> <p>Dernæst skal socialarbejdere finde teorier omhandlende afhængighed og som kan bruges i deres arbejde.</p> <p>Tre teori præsenteres og skal være med til at socialarbejdere forstår og arbejder med afhængighed ud fra økologiske vilkår</p> <p>Tre alliancer der er vigtige:</p> <p>→ Misbrugsrådgivning</p> <p>→ Par- og familierapi</p> <p>→ Folkesundhed</p>	<p>Styrker og begrænsninger fremgår ikke.</p>	<p>Denne artikel kan være med til at besvare problemformulering, da både afhængighed og socialarbejders arbejde er relevant i forhold til den undersøgte patientgruppe i specialet.</p>

Studie (forfatter, land, år, sted)	Studiets design og metode	Studiets formål	Resultater	Studiets styrker og begrænsninger	Vurdering
<p><i>Perceived healthcare stigma among patients in opioid substitution treatment: a qualitative study</i></p> <p>Lars Garpenhag og Disa Dahlman</p> <p>Sverige, 2021</p> <p>Center for Primary Health Care Research, Department of Clinical Sciences</p>	<p>6 fokus grupper med 23 patienter, der var i en opioid substitutions behandling.</p> <p>Disse patienter blev stillet spørgsmål omkring sundhedskompetencer samt erfaringer forbundet med stigmatisering og disse konsekvenser heraf, som deltagerne spontant bragte op.</p>	<p>Mennesker med opioid substitutions behandling er udsat for stigmatisering, har generelt dårligere helbred og ikke formår at komme til lægen.</p> <p>Få mere viden om denne gruppe og deres oplevelser både for- og nutid med stigmatisering i sundhedsvæsenet og give indsigt i de udfordringer de har, når de bruger sundhedsydelse og hvordan de håndtere dem.</p>	<p>Studiet viste at deltagerne oplevede forskellige former for dårlig behandling, som kommer af synspunkter om mennesker med stofmisbrug er moralske skyldige, skræmmende, nysgerrige, utroværdige og er mindre værdifulde end andre patienter.</p> <p>Desuden viste resultaterne at stigmatisering i sundhedsvæsenet kunne resultere i at patienterne skjulte deres opioid substitutions indtag eller deres forhistorie med stoffer.</p> <p>Der bør undersøges yderligere måde, der tilgås denne patientgruppe hos de sundhedsprofessionelle</p>	<p>Studiet kan være med til at skabe fokus på de problematikker som stofmisbrugere oplever i et sundhedssystem.</p>	<p>Studiet kan være med til at besvare problemformuleringen, da den har fokus på hvordan stofmisbrugere føler sig mødt på i sundhedssystemet.</p>

Studie (forfatter, land, år, sted)	Studiets design og metode	Studiets formål	Resultater	Studiets styrker og begrænsninger	Vurdering
<p><i>Stigma, problem drug use, and welfare state encounters: changing contours of stigmatization in the era of social investment</i></p> <p>Ditte Andersen og Malene Lue Kessing</p> <p>Denmark, 2018</p> <p>VIVE, The Danish Center of Social Science Research, Social Policy and welfare</p>	<p>Kvalitative interviews</p> <p>106 danske borgere var identificeret med at have et stofmisbrug.</p> <p>Interviewene blev transskriberet og kodet i Nvivo. Dette for at klassificere forskellige typer af velfærdsstatsoplevelser.</p>	<p>Studiets formål var at undersøge stofmisbrugerens oplevelse af velfærdsstatens møde med dem i Danmark</p>	<p>Tidligere forskning har vist at der stofmisbrugere møder stigmatisering i samfundet. I dette studie bemærkes det at 2/3 af deltagerne fortalte dog ikke at denne stigmatisering var fremherskende.</p> <p>Studiet fandt 3 fortællinger omhandlende; 1. fortællinger, som beskriver det møde, hvor velfærdsstaten henvender sig til deltageren som 'et helt menneske', 2. fortælling, hvor deltagerne var autoritetstro og 3. fortælling om myndigheder, der mindsker betydningen af stofmisbruget og pålægge deltagerne forventninger, som er urealistiske.</p> <p>De myndigheder der mindskede betydningen af stofproblemerne, gav en form for stigmatisering, som blev omdannet til neo-stigmatisering</p>	<p>Styrken er at de udvalgte deltager havde et stofmisbrug under indsamlingen af empirien.</p> <p>Deltagernes oplevelse er relevante for at få indsigt i hvordan samfundet møder dem.</p> <p>Da det er semistruktureret interviews, kan begrænsningen være interviewerens egen forståelse af dette emne, som kommer til udtryk i spørgsmålene (dette ved vi dog ikke).</p>	<p>Dette studie findes relevant til at besvare problemformuleringen, da den har fokus på hvordan samfundet ser på stofmisbrugere, samt den oplevelse disse borger har af samfundets syn på dem.</p>

6. Teoretisk grundlag

I det teoretiske grundlag har jeg valgt at have fokus på 2 teorier, som kan bidrage med teoretisk viden i tre perspektiver omkring problemstillingen og derigennem bidrage til at besvare den. Teorierne anvendes i analysen, hvor perspektiverne er anvendt således at den deles op i tre kapitler.

6.1 Anerkendelsesteori

Anerkendelsesteori er valgt på baggrund af den udarbejdet empiri fra de semistruktureret interviews, hvor det bemærkes, at anerkendelsen ikke opnås hos socialt udsatte. Jensen (2016) beskriver, at de sociale forskelle, som er opstået i et samfund, er indlejret i hierarkiseret orden, hvor de forskelle, der er mellem mennesker, fremstår som forskelle i både vilkår og muligheder. Før det moderne samfund var samfundet mere 'lukket' og hvis børn var børn af bønder, så blev de også dét, hvor børn af adlen, blev adelige. Dette også kaldet det feudale samfund, hvor det hele var præget af den sociale position og relationer, individet blev født ind i (Jensen, 2016, s. 14).

6.1.1 Det moderne samfund

Selvom dagens Danmark er et moderne samfund, hvor det i højere grad er præget af lighed og lige muligheder i forhold til tidligere samfundstyper, så er der fortsat en diskussion om, hvorvidt det danske samfund stadig er et klassesamfund. Dermed er der stadig en usikkerhed om hvorvidt der stadig er forskellige mekanismer, som er med til at give mennesker forskellige muligheder ud fra deres sociale udgangspunkt også selvom, at alle burde have lige muligheder. Dernæst er usikkerheden omkring det enkelte individs skæbne bundet til den samlede samfundsklasses position eller er det andre typer af mekanismer, som er med til at udgøre den ulighed, der er i samfundet (Jensen, 2016, s. 15).

I denne verden har alle mennesker behov for at få anerkendelse beskriver Jacobsen & Willig (2008). Bekræftelsen og handlinger, som kommer fra andre mennesker, er med til at danne og forme vores identitet, vores egen selvforståelse og yderligere forståelse af andre mennesker. Når der anerkendes på specifikke karaktertræk, så styrkes disse, og dermed opnår vi en større fornemmelse for hvem vi og andre er. Dermed søger vi mennesker efter anerkendelse og kæmper for den (Jacobsen & Willig, 2008, s. 11).

6.1.2 Kampen om Anerkendelse

Kampen om anerkendelse er ikke altid en åbning til anerkendelsesgradueringerne, hvor flere vil opleve at blive respekteret for både deres talenter, evner, præstationer og færdigheder (Jacobsen & Willig, s. 13). Jacobsen og Willig (2008) henviser til Charles Taylor i deres bog om hans teori *anerkendelsespolitik*, hvor der beskrives, at hvis individerne ikke formår at blive anerkendt, så kan det enkelte individ eller sågar en gruppe af individer tage skade, udsættes for forvrængning, hvis samfundet tilbagekaster et såkaldt indsnævrende, fornedrende eller også ringeagtende spejlbillede af individet eller gruppen. Den anerkendelse, som ikke opnås, kan være med til at give lidelse og en undertrykkelse, som vil resultere i at nogle individer spærres inde i den falske, forvrænget og reduceret eksistensmodus. Når ens identitet opdages, sker det ved at der skiftevis foregår en indre dialog og en åben dialog med andre mennesker. Dermed afhænges individets egen identitet af ens dialogiske relationer til andre. Den personlige og originale identitet i os, kommer indefra og denne kan ikke forvente anerkendelse, men skal derimod gøre sig fortjent via udveksling med andre individer (Jacobsen & Willig, 2008, s. 22). Anerkendelse har en stor betydning også på det politiske plan, hvor der prøves at ledes efter lige anerkendelse for alle og anerkendelsespolitikken er gjort mere central, for at forøge den betydning, det har. Lige anerkendelse i et demokratisk samfund er derfor en vigtig del, for at undgå skaden ved at blive afvist og nægtet anerkendelse (Jacobsen & Willig, 2008, s. 24).

6.2 Nancy Fraser

I Jacobsen og Willigs bog (2008) tages der udgangspunkt i Nancy Frasers teori og argumentationer om anerkendelse. Hendes største fokus på anerkendelse er dog i forhold til køn og race, men der er nogle vigtige pointer, der kan være med til at besvare problemformuleringen.

Nancy Fraser forklarer, at der bevidnes komplekse sammenhænge i dette nutids postsocialistiske politik, hvor der er opstået sociale bevægelser, der netop har fokus på forskellige former for uretfærdighed. Det bemærkes, at disse former overlapper hinanden og sågar kan bringe konflikter på banen. Bevægelserne kommer blandt andet fra de sociale, kulturelle, økonomi og identitetskrav, der finder sted i samfundet (Jacobsen & Willig, 2008, s. 60). Fraser ser anerkendelsespolitikken som 'identitetsmodellen' og anskuer denne model ved, at der kun kan opnås individuelt subjekt, hvis det anerkender og bliver anerkendt af andre subjekter. Som tidligere nævnt, i følge med Charles Taylor, så hævder Fraser også, at den anerkendelse der kommer fra andre, har en stor betydning for, egen udvikling af selvfølelse. Derimod, hvis der ikke opnås anerkendelse eller denne nægtes, så sker der en forvrængning hos individets egen relation til sig selv og individets identitet bliver dermed krænket (Jacobsen & Willig, 2008, s. 97).

6.2.1 Tilpasning i en bestemt kultur

Fraser lægger vægt på, at identitets-politikkenes anerkendelsesmodel formår at tingsliggøre identiteten, hvorved den bidrager til at få udviklet og fremvist modellen, som en autentisk, selvbekræftende og selvgenereret kollektiv identitet. Dette er med til at øge et moralsk pres på individer, for at disse individer tilpasser sig en bestemt kultur (Jacobsen & Willig, 2008, s. 101). Fraser foreslår en alternativ tilgang, som hun kalder 'statusmodellen'. Denne model kigger ikke på identiteten i en gruppe, men derimod på hvert enkelte individ i gruppen. Statusmodellen skal være med til at ophæve den afhængighed, som er skabt, for at individer bliver forhindret i at deltage i samfundet på lige fod med andre - og dermed være med til at individerne netop kan deltage i samfundet på lige fod som alle andre, lige meget hvilken social status individet har. Denne ringeagt af disse individer, som ikke kan være en del af samfundet og dermed bliver set ned på, skyldes institutionaliserede mønstre i en kulturel værdisættelse, som er med til at individerne bliver stemplet som mindre værdig, samt med ringe respekt og agtelse (Jacobsen & Willig, 2008, s. 103). Når det kommer til ulighed, er der en forskel mellem status- og identitetsmodellerne. I statusmodellen opleves der forskellige hindringer, for at der opnås lige deltagelse. Nogle individer mangler forskellige nødvendige ressourcer for at kunne interagere på samme vilkår som andre. Dermed er der en grundlæggende ulig fordeling, for at individet kan deltage ligeværdigt i samfundet. Statusmodellen består dermed af to analytiske separate dimensioner, som er med til at opfatte sociale retfærdigheder anderledes end identitetsmodellen. Den ene er anerkendelsesdimensionen, og denne er med til at undersøge de institutionaliserede betydninger og normers effekt på sociale individers position. Dette betyder, at denne dimension er tilknyttet samfundets statushierarki og de definerede sociale grupper (statusgrupper), som kommer af de samme kulturelle værdimønstre. Den anden er fordelingsdimensionen, som bemærker de fordelinger, der er blandt de ressourcer hos de sociale individer. Fordelingsdimensionen er overordnet beskrivelse af samfundets økonomiske struktur og de kategorier af individer og grupper, som kommer af arbejdsmarked og ejendomsforhold og dermed bemærkes ved de ressourcer, de hver især har (Jacobsen & Willig, 2008, s. 106). Dermed mener Fraser, at ringeagten, som er dominerende i samfundet, skal udryddes og dette kan lade sig gøre, hvis der i stedet for er fokus på statusmodellen. Statusmodellen vil netop kunne være med til at udrydde ringeagt og nedsætte omfordelingen, samt mindske eller helt undgå at fratage kollektive identiteter (Jacobsen & Willig, 2008, s. 109).

6.3 Axel Honneth

Ud fra Axel Honneths teori beskrives det hvorfra den kulturelle og symbolske uretfærdighed kommer fra. *“Vores integritet står og falder med... det bifald eller den anerkendelse, vi modtager fra andre. [Negative begreber som ‘fornærmelse’ eller ‘nedværdigelse’] er knyttet til forskellige former for ringeagt, til nægtelsen af anerkendelse. [De] bruges til at karakterisere en form for adfærd, der ikke kun repræsenterer en uretfærdighed, fordi den indskrænker personers bevægelsesfrihed eller skader dem, men snarere er ødelæggende, fordi den svækker disse mennesker i deres positive selvforståelse - en forståelse, der opnås ad intersubjektiv vej”* (Jacobsen & Willig, 2008, s. 62).

Honneth beskriver sin teori med udgangspunkt i moralpsykologi og en retfærdiggørelse af den kritik, som den sociale virkelighedsstruktur står overfor. Denne teori mener at den sociale integration er baseret på de pålidelige former der for anerkendelse både den ene og anden vej. Dette kan dog kun opnås, hvis en utilstrækkelighed altid er tilknyttet den ringeagt, som kan bevidnes som en drivkraft for en fuldt ud samfundsmæssig forandring (Jacobsen & Willig, 2008, s. 118).

Det beskrives yderligere at Honneth med sin socialantropologisk tilgang ser anerkendelsestilgangen som anerkendelsesforventninger, hvor subjekter mødes i sociale interaktioner, men at anerkendelsen ofte er tilknyttet det kropslige udtryk og ansigtsudtryk (Jacobsen & Willig, 2008, s. 120). Yderligere mener Honneth, at anerkendelses ordninger finder sted, når samfundsmedlemmer i den sociale inklusion har en anerkendelses mekanisme, som er gensidig og kun finder sted når individerne lærer at dele deres viden, ved hjælp af deres forskellige personligheder. Anerkendelsesprocesser opfattes gennem subjekter, der er inddraget i samfundet, da de lærer sig selv at kende og med deres karakteristika er anerkendte samfundsborgere. Yderligere kan denne inklusionsproces også opnås, ved at se på om individerne er synlige i samfundet. Honneth mener at de sociale uretsfølelser kommer af de offentlige diskurser. Dertil mener han dog også at disse diskurser ikke bare kommer og går, og der derfor må ligge nogle dybere normative principper (Jacobsen & Willig, 2008, s. 122). Individer er afhængige af at have stabile anerkendelsesmønstre, for at deres personlighed kan udvikles. Dermed er det vigtigt, at der bliver skabt en social orden, hvor der er retfærdighed, da det kan være med til at individerne får etableret et selvbillede og opnå autonomi (Jacobsen & Willig, 2008, s. 122).

6.3.1 Værdighed, rettigheder & anerkendelse

Honneth ser en ulighed mellem Fraser og ham, da Fraser mener at vejen til det gode liv, kommer hvis individet deltager i demokratiet, da det er her ‘det gode liv’ befinder sig. De er enige om, at hvert enkelte individ er fuldt ud gyldigt deltager i samfundet og kan forfølge deres livsmål, uden at de skal føle en skyld,

skam eller ydmygelse. Det er her at anerkendelse ses som den ligeværdige deltagelse (Jacobsen & Willig, 2008, s. 131).

“Udviklingen og udøvelsen af den individuelle autonomi er på sin vis kun mulig, når alle subjekter råder over de samfundsmæssige forudsætninger for at realisere deres livsmål uden uretmæssige handicap og med den størst mulige frihed” (Jacobsen & Willig, 2008, s. 131). Honneth ser lighedsprincippet som en historisk udvikling, hvor det har medført at den sociale anerkendelsesorden er gået fra hierarki til lighed og eksklusion til inklusion. Alle samfundsborgere skal dermed inddrages på lige fod i anerkendelsesrelationer, gennem samfundet og på den måde integreres (Jacobsen & Willig, 2008, s. 132). Honneth mener, at den retfærdighed, der er forestillet i samfundet, er erstattet af nogle andre mål. Dermed er målet ikke at få afskaffet ulighed mere, men at undgå ringeagt og dermed omformuleres den ‘lige fordeling’ og ‘lige adgang til goder’ med begreber som ‘værdighed’ og ‘respekt’. Dette er her, hvor Fraser betegner det som den transformativ proces, der ser ‘omfordeling’ som en overgang til ‘anerkendelse’. Han beskriver omfordeling som en vision om retfærdighed, der skal være med til at skabe social lighed og anerkendelse, som alle individer skal besidde og dermed opnå individuel værdighed, for i sidste ende at kunne skabe et retfærdigt samfund (Jacobsen & Willig, 2008, s. 140).

Honneths egen oplevelse af disse begreber kommer fra moralsk sensibilitet, som er med til at henlede samfundet mod de sociale bevægelser og opmærksomheden på den politiske værdi, som der erfares i samfundet, og som dermed kan være med til at give oplevelse af den sociale eller kulturelle ringeagt. Dermed har samfundet skulle erkende at den værdighed, der skal kærkomme individer, er et af de vigtigste principper i den sociale retfærdighed. Det følger, at de sociale rettigheder, som tildeles i et samfund, skal kunne sikre individet økonomisk, og der skal gives den anerkendelse til individet, at denne person er statsborger, samt at sikre at hvert enkelte individ kan yde det bidrag, som er muligt for det enkelte individ (Jacobsen & Willig, 2008, s. 141).

Social anerkendelse ville kunne ændre sig i samfundet, hvis og når samfundsstrukturer ændre sig. Honneth mener at interessen for social anerkendelse stammer fra de normative principper, som er med til at fastlægge anerkendelsen efter strukturen i det givende samfund. Dermed bør konklusionen være at der skal indføres en politisk etik eller samfundsmoral ud fra tre forskellige anerkendelsesprincipper: kærlighed, lighed og fortjeneste. Disse principper er med til at give individer i et samfund en forventning om at blive anerkendt, samt skal principperne vise hvad der er samfundsretfærdighed (Jacobsen & Willig, 2008, s. 147).

6.4 Neoliberalisme:

Meningen med neoliberalisme var at staten ikke længere ville følge hver enkelte borger fra 'vugge til grav', men sørge for at der var ro og orden. Dermed var det borgeren, der havde ansvar for sit eget liv (Stalsberg, 2021, s. 62). Yderligere har neoliberalisme fokus på den økonomiske teori, hvor det har betydning at der opnås en udbredelse af markedsregulering og konkurrence i hele samfundet (Jønsson & Brodersen, 2022, s. 53). Som Margaret Thatcher sagde i talen fra 1980: *"Princippet for denne regering (...) er at vække tanken om individuelt ansvar til live (...). Vi behøver en stærk stat for at opretholde frihed og orden. Men vi skal ikke forvente, at staten dukker op som en ekstravagant god fe, hver gang nogen bliver døbt, som en meget interesseret og utrættelig kompagnon for hvert skridt i livet, som den fremmede sørgende ved enhver begravelse"*. (Stalsberg, 2021, s. 64). Neoliberalismen har brugt ordet 'frihed', som har formålet at få mennesket til at tro at markedet er den grundbetingelse for at få frihed (Stalsberg, 2021, s. 64). Det hævdes også at neoliberalisme var med til at øge uligheden og bremsede den økonomiske vækst. Så selvom det har forskellige vinkler på politikken og har givet bagslag, så har den også formålet at få en del mennesker ud af fattigdom (Stalsberg, 2021, s. 66).

6.4.1 I en neoliberalistisk tid

Neoliberalismens træk er at favorisere bestemte personlighedstræk og resten bliver straffet. Med dette menes at de personlighedstræk som i dag er attraktive er; at kende som mange som muligt – at man som menneske er god til at netværke, derudover skal man være udadvendt og kunne tale sig selv op, samtidig med at overdrive lidt med sine egne præstationer. Yderligere skal karaktertrækkene være impulsiv, fleksibel og altid klar på udfordringer. Dermed ses målet som at der skal fås mere ud af situationen end alle andre samme sted og dermed vil alle andre være konkurrenter og ikke medmennesker (Stalsberg, 2021, s. 84). Hvis man som menneske ikke kan bidrage med ovenstående karaktertræk eller har andre kvaliteter, som ikke anerkendes, så opleves det at hverdagen i sådan et samfund kan blive svært. Mennesket skal gerne fremstå som en succes, mens der arbejdes for den (Stalsberg, 2021, s. 85). Stalsberg (2021) benytter lejligheden til at nævne forfatteren Johann Haris, der beskriver at vi lever i en verden, hvor ulighederne mellem mennesker er så forværret at det kan forårsage følelsen at man ikke har noget værdi. Yderligere bringer uligheden frem den respektløshed og selvrespekt menneske fortjener på grund af de store forskelle der er. Dermed mener han at man bør se på om samfundet i en neoliberalistisk tid, er med til at udvikle diagnoser hos mennesket i form af angst, depression m.m. Mennesker har brug for et meningsfuldt arbejde, venner og et samfund hvor man anerkender hinanden. Desuden værdier, som ikke er penge og følelsen af at blive værdsat og respekteret (Stalsberg, 2021, s. 89).

Det relevante i denne sammenhæng er at sundhedsvæsenet er påvirket af neoliberalismen og dens udgangspunkter. I sundhedsvæsenet tales der højt om at der er fri og lige adgang og derfor er det ikke nedskæringer i sundhedsvæsenet som neoliberalisme handler om. Derimod skal der bemærkes at neoliberalisme også betegnes som governmentality, som netop har fokus på den moderne politiske styringskunst (Jønsson & Brodersen, 2022 s. 53). Governmentality og biomagt kommer begge fra den franske epistemolog Michel Foucault. Under neoliberalistisk governmentality beskrives biomagt, da det har stor betydning, fordi den anses som at have to sider: Den ene side er hvor statens magt er over borgeren og denne magt er nedskrevet i loven. Den anden side er magtudøvelsen, som borgen selv udøver overfor andre og sig selv. Dette betyder at biomagt er at finde i forskellige forståelser af at statens magt ses i borgerens egen interesse. Dernæst betyder det at biomagten ikke kommer af tvang, trusler m.m., men af implicite påvirkninger. Dette rundes dermed af med at governmentality er et styringsredskab, hvor borgerne i et samfund skal have disciplin og kunne styre deres egen adfærd og de behøver ikke at være bevidste om, når de udsættes for den implicite magt (Jønsson & Brodersen, 2022 s. 54). Det bevidnes at neoliberalistisk governmentality kan være med til at skabe empowerment og inddragelse og dermed kan borgeren selv tage styring og opnå selvbestemmelse. Dog er det vigtigt at pointere her at neoliberalisme er med til at sundhedsvæsenet fralægger sig ansvaret, hvor sundhedsvæsenet bør have fokus på den selvbestemmelse borgeren opnår og dermed har fokus fra patientens perspektiv og stadig har det medicinske ansvar. Sundhedsvæsenet skal inddrages i borgerens liv, men hvor der i samlet fællesskab kan udarbejdes den bedste behandlingsplan, som passer ind i borgerens liv og værdier (Jønsson & Brodersen, 2022 s. 55).

7. Analysen

I det følgende afsnit vil analysen være delt op i 3 kapitler. Kapitlerne er således: Anerkendelse, ansvar for eget helbred og lige adgang til sundhed. Kapitlerne er fundet frem til ud fra den hermeneutiske analysestrategi. Empirien og den sekundære empiri fra den systematiske litteratursøgning vil understøtte analysen og dermed besvare problemformuleringen og arbejds spørgsmålene. Gennem interviewene undersøgte jeg de oplevelser og erfaringer socialt udsatte har med sundhedsvæsenet og om de har kunne mærke en forskel efter at være blevet koblet på flexforløbet. Yderligere undersøgte jeg de problematikker, der er med denne patientgruppe ud fra sundhedsprofessionelles syn og til slut hvilke forhåbninger organisationen har til flexforløbet for socialt udsatte.

I det *første kapitel* sættes der fokus på både Nancy Fraser og Axel Honneths teorier om anerkendelse.

Begge betragter anerkendelse på forskellige måder, men har nogle vigtige pointer, som er relevante til at belyse problemformuleringen i dette speciale.

I *andet kapitel* vil der gås i dybden med neoliberalismen og hvordan denne ser på det enkelte individ i samfundet.

Det *tredje kapitel* omhandler lighed i sundhed, hvor både teorien fra første kapitel 'anerkendelse' og andet kapitel 'neoliberalisme' bliver diskuteret.

7.1 Kapitel 1 - Opnåelse af anerkendelse hos den udsatte borgere

Den udarbejdet empiri og de udvalgte studier fra den systematiske litteratursøgning tager afsæt i anerkendelsesteorien af Nancy Fraser og Axel Honneth. Kapitlet dykker ned i hvornår der opleves anerkendelse og hvornår der ikke gør, samt hvilke konsekvenser det kan give, hvis der ikke opnås anerkendelse hos det enkelte individ. Kapitlet er delt op i; Patienten, sundhedsprofessionelle, socialsygeplejersker, samarbejdspartner og organisatoriske niveau.

7.1.1 Oplevelsen af at fordomme spænder ben for livet

Under interviewene og derefter bearbejdning, blev jeg bevidst om at forståelse og imødekommenhed hos patienten var en dominerende ting. De fleste informanter i starten af interviewet var meget positive. Informanten Mathias fortalt fx at han altid oplever at blive mødt med et smil på læben fra alle medarbejderne på hospitalerne og han oplever at det er 'service med service på'. Løbende under interviewet viste det sig, at der lå noget dybere og nogle mere negative oplevelser under Mathias' indlæggelser. Dermed er det valgt ud fra den hermeneutiske analysestrategi at imødekommenhed og forståelse er blevet til 'anerkendelse'. Gennem interviewene af 'anerkendelse' kom det frem, at informanterne oplevede forskellige episoder, som kan være med til at gøre oplevelsen i sundhedsvæsenet ringere:

"Hvis du har et misbrug, så kan du godt få det billede af at du bliver betragtet som om det her er din egen skyld. Der skal ikke meget til, før du kommer over i den følelse af, at du møder fordomme og de dybest set tænker 'jamen det her misbrug det kunne du jo egentlig bare lade være med'" (bilag 4, punkt

90)

Nogle af de oplevelser socialt udsatte kan have er netop bemærkelsesværdige i forhold til, hvorfor

der bliver set ned på dem. Patienten Frederik kan opleve følelsen af fordomme og det kan tolkes, at disse oplevelser af fordommene kommer på grund af at Frederik har et misbrug. Det må dog pointeres, at der altid er en bagvedliggende grund til, hvorfor de har det liv de har - med eller uden misbrug og i en udsat position:

”Jeg plejer at citerer Holberg fra 1700-tallet med Jeppe på bjerget, fordi han sagde jo dengang at det interessante er jo ikke at Jeppe drikker, men det interessante er, hvorfor Jeppe drikker. De misbrugere, uanset hvilken kategori de er i, så er det jo ikke noget folk de gør for sjov. De vil jo gerne væk fra det og derfor får de oftest et misbrug, for at komme væk fra deres problemer” (bilag 4, Punkt 90)

Informanten Frederik fortæller yderligere, at måden der bør gå til denne patientgruppe på, er at se på den bagvedliggende grund til hvorfor patienten drikker og dermed ville der være mulighed for at opnå en større forståelse for patienten og dennes sygdom.

For det enkelte individ er det vigtigt at opnå anerkendelse, for at udvikle selvfølelse samt sin egen identitet. Dette argumenterer Fraser for ved at beskrive anerkendelsespolitikken som ’identitetsmodellen’, hvor individet skal blive til et individuelt subjekt og som kun kan lade sig gøre, hvis denne anerkender og bliver anerkendt at de andre subjekter i samfundet (Jacobsen & Willig, 2008, s. 97). Dette perspektiv bringes i spil i et af udsagnene fra patienten Mathias, som har en forvrængning om sig selv, og har en oplevelse af at det er de sundhedsprofessionelle, der ved bedst og han må bare rette sig ind:

”Ja, det gav de mig ikke, men de vidste jo hvad det drejede sig om, så jeg måtte rette mig ind og ligge og have det dårligt. Det var mine tal, der ikke var høje nok, tror jeg det var” (bilag 2, punkt 40)

Ovenstående beskrivelse er fra en indlæggelse, hvor Mathias var indlagt til afrusning. Indlæggelsen bærer præg af at Mathias ikke scorer højt nok på abstinensscoren, som anvendes til vurdering af graden af abstinenser og behov for medicin (Regionh, 2014). Hvis de parametre der måles på i forhold til abstinenser, ikke giver et resultat, som indikerer behov for medicin og dermed kan Mathias ikke få abstinensmedicin. Der er ingen tvivl om, at Mathias har meget tiltro til systemet, og i interviewet fortæller der også kun positive oplevelser, men uddybelse af denne indlæggelse giver Mathias yderligere udtryk for ikke at kunne få den medicin som han bad om:

"De har været fine. Det har været uforstående for mig, at jeg har haft det så skidt og ikke kunne få det jeg bad om. Men de har vidst hvad de talte om og jeg har bare måtte sige 'ja tak' og komme videre"
(bilag 2, punkt 48).

Patienten Mathias bliver ikke anerkendt i mødet om at have det dårligt. Ud fra Frasers 'identitetsmodel', vil det dermed kunne anses som en forvrængning hos Mathias og yderligere krænke hans identitet og relationen til sig selv. Det samme oplever patienten Christoffer, som ikke anerkendes for at have abstinenser, fordi der kun er blevet kigget på de vitale parametre:

"Ja for jeg scorede jo ikke på den latterlig score, point system" (bilag 1, punkt 16)

"Det eneste I bruger er puls og jeg har en hvilepuls på 35 og hvis min puls så viser 80, så mener sygeplejersken og lægen at den er normal og så scorer jeg ikke noget" (bilag 1, Punkt 18)

For at socialt udsatte kan få bragt de negative tanker og syn på dem ned og dermed få samfundet til at se dem som ligeværdige og anerkende dem, som de individer de er og med den sygdom de har, så bør der ifølge Frasers være fokus på anerkendelsespolitikken. Denne vil netop kunne fjerne alt det negative og få opbygget en kultur i det dominerende samfund, der bekræfter og respekterer og dermed opnåelse af anerkendelse hos socialt udsatte, som der er brug for (Jacobsen & Willig, 2008, s. 98). Socialt udsatte der oplever en negativitet bør opnå anerkendelse og derned komme nærmere 'det gode liv', hvor de kan deltage på lige fod med andre i demokratiet (Jacobsen & Willig, 2008, s. 131). Dette kræver dog, at det enkelte socialt udsatte individ gør op med at være til besvær og at de har lige så meget ret til at blive hørt og tilset, når de er indlagt:

"Sagen er den at jeg ikke vil være til besvær og jeg trækker aldrig i den røde snor. Aldrig nogensinde. Jeg venter. Jeg venter til de kigger til mig" (bilag 1, punkt 36)

Socialt udsatte skal ikke føle skyld eller skam over deres sygdom eller situation og de skal bemærkes i samfundet som ligeværdige individer (Jacobsen & Willig, 2008, s. 131). Derfor er det vigtigt, at de som kan forstå og anerkende de socialt udsatte, formår at ændre på den kulturelle opfattelse af socialt udsatte og hjælper dem med at få og modtage den behandling, som de bør gives. Som Honneth beskriver det, så bør der undgås ringeagt og i stedet erstatte det med

værdighed og respekt (Jacobsen & Willig, 2008, s. 140).

”Jamen, det var overlægen nede på afdelingen, hun kunne se at jeg ikke havde det så godt og hun spurgte om jeg ikke ville snakke med en socialsygeplejerske og det var jeg frisk på” (bilag 5, punkt 56)

Patienten Johannes, beskriver hvordan det første møde blev etableret med flexforløbet. Dermed kan vi forstå at overlægen har set et behov for at Johannes burde få den socialt fagligt specialiserede hjælp, som kan være bedre for ham. Dette tolkes som en forståelse af Johannes situation, og et potentielt bidrag for at Johannes får brudt med sine gamle mønstre.

*”Jamen jeg er spændt, for der skal ske noget nyt i mit liv. Jeg har det ikke så godt i mit hoved”
(bilag 5, Punkt 38)*

Dertil beskriver Johannes yderligere at han er spændt på den nye fremtid med hjælp fra flexforløbet. Samtidig med at han anerkender et behov for hjælp til at komme videre og ud af sit nuværende liv. Både sin egen anerkendelse, sundhedsvæsenets og samfundets anerkendelse har han behov for, for at blive et individuelt subjekt.

7.1.2 Mere viden til de sundhedsprofessionelle

For at opnå de nye mål som værdighed og respekt ud fra Honneths teori om retfærdighed, er det vigtigt, at samfundet erkender at værdigheden, der netop skal kæmpe ind for individer, er ét af de vigtigste principper i den sociale retfærdighed. Dette bør ligeledes være en generel ting, som altid vil kunne forefindes i samfundet (Jacobsen & Willig, 2008, s. 141).

Sundhedsprofessionelle er nogle af de fagfolk, der er aller tættest på socialt udsatte. De behandler dem dag og nat og oplever de frustrationer, der kan komme under indlæggelserne samt den videre behandling ude i kommunalt regi. Da de sundhedsfaglige er dem, der møder patienten først ved indlæggelsen, bør det bemærkes at de kan have en stor indflydelse på at gøre samfundet opmærksomme på den udsatte borgergruppe og deres levemåde. Indflydelsen kan yderligere være med til at trække fokus hen på lighed i sundhed:

”Oftest når patienter bliver udskrevet, bliver der sagt at de skal snakke med deres egen læge efterfølgende og det vurderede jeg at det ikke kunne lade sig gøre her. Dels var han dårliggående, men sandsynligheden for at en med alkoholoverforbrug forstår budskabet, med at gå til egen læge er meget sjældent. Jeg kan ikke huske hvordan hans netværk var, men oftest spiller det jo rigtig meget ind, hvordan deres netværk er og sygdomsindsigt” (bilag 13, punkt 12)

Her ser lægen Marianne dybere ind i patientens levevilkår og anerkender at denne patient ikke har samme livsvilkår samt sygdomsindsigt som nogle af de andre patienter, hun møder. Dermed kan Marianne med sin lægefaglige viden, se det hele menneske, og være med til at patienten opnår den fulde behandling og et godt patientforløb. Marianne valgte også at kontakte socialsygeplejerskerne, for at få koblet patienten på flexforløbet, for at få nogle sundhedsprofessionelle på, som ved mere om socialt udsatte. Dette anses også som en anerkendelse af denne patients liv og netop støtten med den rette faglige tilgang vil være det bedste for denne patient. Desuden tolker jeg på, at forståelsen og anerkendelsen i nogle tilfælde kan være minimal, da Marianne har den forståelse at mennesker med alkoholmisbrug forstår sjældent budskabet, om at de skal gå til egen læge. I relation til Honneth og Fraser beskriver de om retfærdighedsbegreber, og begge er enige om, at alle borger i samfundet skal betragtes som lige, og de skal tillægges den samme autonomi og dermed bør forskelsbehandling ikke kunne opleves (Jacobsen & Willig, 2008, s. 148).

En forståelse for denne patientgruppe opleves svær og der er under interviewene blevet sagt ord som frustration, belastning, mere viden, manglende evidens, behovs udsætte, føler sig ikke tilstrækkelig m.m. Disse oplevelser kommer fra sygeplejersker og læger, som alle har de bedste intentioner om at hjælpe patientgruppen, men ofte føler at det er rigtig svært, fordi de mangler viden om denne patientgruppe og deres behov i forhold til sundhedssektoren. Hertil spurgte jeg sygeplejersken Annemarie, om hun følte, at hun var godt klædt på til at behandle socialt udsatte, når de indlægges på hendes afdeling, hvortil hun svarede:

”Både ja og nej, synes jeg egentlig. Altså jeg synes med tiden lærer man jo forskellige typer og mennesker at kende og også det med at socialt udsatte ikke kan sættes i en bås. Jeg gik hvertfald lidt naivt ind til det som ny sygeplejerske, at det her var et bestemt type problem de havde. Det synes jeg hvertfald jeg har erfaret, at sådan er det ikke. Så det synes jeg mig godt klædt på til. Så erfaring og gode kollegaer og snakke om det og gode samarbejdspartner i forhold til på hospitalet, for at få hjælp. Der hvor det nogle gange kan være svært, er mere

misbrugsproblematikkerne. Der synes jeg nogle gange at det har været en lille smule svært”

(bilag 11, punkt 8)

Ifølge Honneth og hans teori om anerkendelse og hvordan denne tilgang kommer i spil når mennesker mødes i sociale interaktioner, opleves denne anerkendelse oftest at bliver tilknyttet til det kropslige udtryk og ansigtsudtryk. Dog er det vigtigt at anerkendelsen er gensidig og begge individer deler deres viden ud fra forskellige personligheder (Jacobsen & Willig, 2008, s. 122). Den anden sygeplejerske Janne fortalte under interviewet, hvordan hun oplevede måde hvorpå hendes tidligere afdeling tog i mod socialt udsatte og sammenlignede det med hendes nuværende afdeling:

”Der så vi meget at vi ikke havde tid til dem, vi havde svært ved at rumme dem og bare sådan lidt en belastning. Så synes vi jo at vi gjorde en masse, men så gik de jo bare, når vi ikke havde tid til dem og at de ikke blev set og hørt. Hvor det er super interessant at arbejde her, hvor vi har en helt anden normering og vi har en afdelingssygeplejerske, som taler dem op. De har en kæmpe værdi her og er på lige fod med alle andre patienter og det er meget interessant at opleve sig selv i det, for det er meget kulturbetinget, hvordan vi taler om dem. Så nu har jeg et helt andet forhold. Altså jeg har altid godt kunne lide dem, hvis man kan sige det sådan groft, men bare været frustreret over at jeg ikke har haft tiden eller den samtale de har haft brug for [...]”

(bilag 10, punkt 6)

Det er tydeligt ud fra sygeplejersken Janne oplevelser, at afdelingerne arbejder forskelligt, og der opleves også en større frustration, hvis presset er større på afdelingen i form af mangel på sundhedspersonale og en stor belægning. Dermed kan det give en behandling af lavere kvalitet til socialt udsatte, fordi de yderligere er den patientgruppe, hvor sundhedsprofessionelle ikke har den nødvendige viden og derfor kan det opleves svært at give den rette behandling. Sygeplejerske Janne bekræfter at med en belastet afdeling, kan det være svært at nå at se og høre socialt udsatte, også selvom den sundhedsprofessionelle gerne vil. Dermed understreger det, at nogle sundhedsprofessionelle prøver at møde socialt udsatte og gøre deres bedste for at give den bedst mulig behandling:

"[...] Her føler jeg at jeg kommer tættere på dem og forstår dem noget mere. Hører hvad deres udfordringer er og jeg ser jo at de bliver hos os og det er interessant, for hvad er det der gør at vi kan holde på dem" (bilag 10, punkt 6)

Det er yderligere relevant at se på at, hvis patientgruppen bliver talt op og får en "status" på afdelingen, så er det med til at patienten ikke forlader afdelingen og går fra sin behandling, men derimod modtager den fulde behandling. Dette leder os tilbage til, at hvis mennesket nægtes anerkendelse eller blive afvist, så har det en stor betydning for udvikling af egen identitet og det kan være skadeligt, hvis det ikke opnås (Jacobsen & Willig, 2008, s.24). Ud fra undersøgelsen i studiet *'Nursing students' perceptions of substance abusers: The effect of social status on stigma'*, fandt de ud af at sundhedsprofessionelle, der viste en positiv holdning overfor stofmisbrugere, havde mere kontakt i forhold til de sundhedsprofessionelle, der havde en negativ holdning overfor stofmisbrugere (Cloyd, Stiles & Diekhoff, 2020, s. 1).

7.1.3 'Blæksprutten med de mange arme'

Socialsygeplejerskerne er dem der tilkaldes, når socialt udsatte indlægges, og de forskellige afdelinger ser flere socialfaglige problematikker, som patienten bør hjælpes med. Socialsygeplejersker står yderligere for flexforløbet, hvor de kan varetage funktionen som koordinator eller *'blæksprutten med de mange arme'*, for at der opnås et godt samarbejde mellem de aktører som er involveret i patientens forløb. Socialsygeplejerskerne er uddannet i hvordan man møder denne patientgruppe, og har meget klinisk erfaring med denne gruppe af patienter. De kan hurtigt se, hvor der bør skrives ind, hvor patienten godt kan håndtere deres situation eller når der er styr på patientens plan fra både behandlingsmæssige aktører, kommunen osv. Socialsygeplejerskerne anerkender socialt udsatte som dem de er, og med de problematikker de nu engang har. På trods af deres faglige kompetencer til netop denne patientgruppe oplever de stadig, at det kan være rigtig svært at få etableret den plan, der var lagt op til:

"Det er svært at have med denne gruppe at gøre, når man kommer til kort i forhold til hvilke tilbud, der eksisterer. At man ikke har mulighed for at tilbyde den hjælp som personen helt åbenlyst har brug for. At der ikke er pladser på herbergerne eller aflastningspladser efter indlæggelsesforløb, så personerne må udskrives til gaden eller til steder, hvor der ikke er sundhedsfaglig personale [...]" (bilag 8, punkt 8)

Socialsygeplejersken Simone understreger at mulighederne for at der kan tilbydes hjælp, oftest er

svære fordi der er for få pladser i kommunerne, hvor det netop kan være relevant at få udskrevet de mest sårbare borger til. Den sociale orden kommer af at der skabes retfærdighed, som kan være med til at få etableret et selvbillede og autonomi hos individet. Honneth beskriver at teorien om lighedsprincippet anses som en historisk udvikling, hvor den sociale (anerkendelses)orden, har flyttet sig fra at været et hierarki til lighed og fra eksklusion til inklusion. Dette betyder dermed at alle samfundsmedlemmer skal inddrages på lige fod i samfundet, som vil munde ud i integrering. Dog giver socialsygeplejersken Simone udtryk for at det er svært, når samfundet ikke tilbyder den hjælp, som der er brug for og dette kan for eksempel resultere i at patienter i den socialt udsatte gruppe må udskrives til gaden. Med ovenstående citat kan det anfægtes at det er svært at integrere socialt udsatte samfundsmedlemmer og behandle dem ens og dermed sker der en mulig opdeling i samfundet. Dette understreges også ved at selv samme socialsygeplejerske Simone beskriver hvad hun forbinder med socialt udsatte:

"Jamen, det er når de er socialt ekskluderet, altså når de ikke indgår i samfundet. Når de er ekskluderet af samfundet [...]" (bilag 8, punkt 12)

Dette understøttes yderligere af et citat fra den anden socialsygeplejerske Sara:

"Nej slet ikke. Det er hele patienten og sørge for at de har lige så lige adgang til sundhed som vi har. [...] Vi har talt om at vi kunne rykke ambulatorietiderne, så det kan gøres på samme tid det hele og de kan få en sen tid, så det ikke er klokken 8, hvor de helt sikkert ikke er stået op. Så samle det og gøre at de kan passe deres behandling" (bilag 9, punkt 40)

Dette giver et indblik i at de tætteste sundhedsfaglige personaler, som kender socialt udsattes vilkår bedst, oplever en ekskludering af dem og dette fremhæver endnu engang at socialt udsatte kan opleve en nægtelse af anerkendelse, fordi de ikke er en del af samfundet som andre samfundsmedlemmer. Dermed ønsker socialsygeplejerskerne at anerkende socialt udsatte, for at de lever på andre måder og tider på døgnet. Det ved socialsygeplejerskerne og de vil gerne anerkende dette, ved at tilrettelægge rammerne i flexforløbet for eksempel med andre åbningstider, så det er muligt for de socialt udsatte at få deres behandling. Dette kan være med til at understøtte socialt udsattes retfærdighed og tilmed anerkendelse ud fra Honneth og Frasers teori.

7.1.5 Det holistiske blik

Nogle af de aktører, som er med til at anerkende socialt udsatte og deres leve- og livsvilkår, er de aktører der er aktiveret og involveret fra forskellige sider. Aktørernes arbejde er at komme hele vejen rundt om patienten og de problematikker der kan være. Aktørerne kaldes samarbejdspartner i dette speciale, og de skal hjælpe socialt udsatte og være med til at følge op på, at det går som det skal, og som er der til at gribe dem, når det ikke går godt. Samarbejdspartner skal have en forståelse for denne gruppe af borger, for at det kan lykkes med gode planer og behandlinger. Selvom samarbejdspartnere har en stor viden indenfor området og hvad der kan lade sig gøre og ikke gøre, så kan det stadig være kompliceret:

”Jeg ved ikke om man kan sige at man er godt klædt på, men jeg har været her i mange år. Komplexitetsforståelsen er blevet større. [...] Jeg kan jo godt have en forestilling om hvad der ville være rigtigt at gøre, men det er jo ikke sikkert at det kan lade sig gøre af forskellige omstændigheder og så må man jo finde ud af, hvad der kan lade sig gøre og måske i processen ramme noget, som i virkeligheden kunne have ordnet med et fingerknips. Det kan godt være at det tager nogle kilometer at nå derhen, men vedholdenhed og opnå en forståelse af løsninger” (bilag 16, punkt 8)

Ovenstående citat kommer fra samarbejdspartneren Carl, der er læge i kommunalt regi og som ser en kompleksitet på dette område. Denne læge har også erfaret betydningen ved at stå fast i det, der gerne skal lykkes. Processen kan være lang eller indviklet, fordi oftest er der flere samarbejdspartnere, lovmæssige rammer og andet, som der skal tænkes ind. Dette viser endnu engang, hvor svært det er at anerkende samfundsmedlemmer, der lever på en anden måde end majoriteten. Dette gør, at muligheden for at få samme behandling opleves sværere, fordi omstændigheder som misbrugere eller med et sidemisbrug, hjemløshed eller andet kan skabe en langsommere proces i behandlingsplanen. Dette understreger sygeplejerske Markus:

”Jov, det er det. Vi ved at det her med at hjemløse, der udskrives til gaden, som ikke er klar til gaden. Lad os antage at det kræver mere end 14 dage, end hvad vi fx kan tilbyde her på E, så er det oftest at kommune ikke kan tilbyde noget, fordi borgeren har et alkohol indtag eller stofmisbrug. Der bliver sagt nej til dem i substitution behandling, fordi de er bange for sidemisbrug. Men hvis manden har brækket benet og ikke kan komme hjem til sig selv, hvad gør man så? [...]” (bilag 15, punkt 12)

Mulighederne for at socialt udsatte kan komme sig efter en indlæggelse er ikke mange eller som sygeplejerske Markus beskriver, så opleves det fra hans side af at tilbuddene ikke kan imødekomme udsatte patienter, hvis de har et misbrug. Det er væsentligt at mennesker får mulighed for at komme sig efter en indlæggelse og som studiet *'The stigma of mental illness and recovery'* forklarer, så er recovery med til at mennesket kan blive stærkere, give meningsfuldhed til deres liv og dette kan føre til social inklusion. Hvis der dermed ikke er mulighed for recovery, så kan det give en oplevelse af eksklusion og stigmatisering og mennesket kan få oplevelsen af dårligt selvværd, der leder videre til at miste troen på sine egne evner og en social udstødelse (Avdibegović & Hasanović, 2017, s. 1)

Socialt udsatte kan have svært ved at deltage i samfundet på lige fod med andre, da deres levemåde ikke anerkendes, men derimod stemples og gøre dem mindre værd. Fraser forklarer, at anerkendelsesmodellen fremvises som en selvbekræftende og autentisk model, og det kan være med til at øge et pres på de individer, som skal tilpasse sig en bestemt kultur eller samfundet. Dermed fremgår det, at Fraser foreslår 'statusmodellen', som bør kigge på hvert enkelte individ og ikke den identitet, der fremkommer i grupper. Modellen skal kunne ophæve den afhængighed, som er skabt for at individer ikke kan deltage i samfundet på lige fod som alle andre og dette er lige meget hvilken social status individet besidder. Der bevidnes dermed en ringeagt af disse individer, hvor de kigges ned på, stemplet som mindre værdig, ingen respekt overfor dem og dermed ingen anerkendelse (Jacobsen & Willig, 2008, 103).

Informant Laura, der er en af samarbejdspartnerne, giver udtryk for vigtigheden i at se det hele menneske, for at hjælpe socialt udsatte bedst muligt. Dette især når socialt udsatte skal udskrives til 'Housing First' og måske har dette menneske flere problematikker, som kan være med til at lede ud i eller en tilbage gang i sit misbrug. Samtidig er vigtigheden her, at der bør være fokus på at socialt udsatte har et mindre netværk og oftest slet ikke og derfor kan de føle sig ensomme, fordi de i forvejen kan have følelsen af ikke at høre til i samfundet, da de bliver nedgjort:

"Det er hvertfald min erfaring, især når man snakker 'Housing First', hvor man skal ud i egen bolig. Man skal bare have set det hele menneske, inden man sætter mennesker ud i egen bolig. Oftest sidder mennesket måske og kigger på 4 hvide vægge og hvis man ikke har noget at stå op til og man er ensom, så er vejen tilbage til misbrug ikke særlig svær" (bilag 14, punkt 4)

Dette kan yderligere belyses i interviewet med Laura, at netværk er vigtigt og at alle mennesker er lige værd, hvilke understøtter både Honneth og Frasers anerkendelsesteori, om at mennesker skal

anerkendes for dem de er:

”Ja, netværk, netværk, netværk. Bare tanken om at alle mennesker bidrager til noget godt og alle mennesker er noget værd og der er brug for dig” (bilag 14, punkt 46)

Til daglig hjælper Laura socialt udsatte med at komme i flexjob hos hende. Hos hende er der ikke noget krav om, at socialt udsatte skal yde en masse. Hun fortæller derimod, når borgeren kommer på arbejdet, så yder de det de kan. Nogle dage kan de have brug for bare at sidde og snakke og så er det også helt okay. Dette understøttes med Honneths teori, at en af de sociale rettigheder, der tildeles af samfundet, er at hvert enkelte individ kan yde det bidrag, som er muligt, for dette individ (Jacobsen & Willig, 2008, 141).

Sygeplejersken Jens, der har arbejdet med og omkring socialt udsatte i mange år, fortæller at socialt udsatte er i den ”tunge ende” at opnå lighed i sundhed:

”[...] Det er lidt mere den gængse sundhedsfremme og forebyggelse. Hvis vi taler lighed i sundhed, der er vores borger i den tunge ende og de sædvanlige parametre når man måler lighed i sundhed. Fx antal leveår, der er vores borger bagud. De lever i gennemsnit 14-17 år kortere” (bilag 17, punkt 39)

Dette er betydeligt relevant, fordi socialt udsatte lever dét kortere og derfor bør de og deres sygdom anerkendes og samfundet bør gøres opmærksomme på, at der bør ændres på samfundets holdning og syn på denne borgergruppe. Dermed bør det tænkes ind hvad samarbejdspartner kan være med til at ændre på, da ud fra studiet ’Social work in addiction: opportunities and alliances’ beskrives at arbejdet omkring socialt udsatte har en stor betydning for at forebygge, intervenere og ændre på politikken på dette område (Mekonnen & Lee, 2021, s. 1).

7.1.4 Implementering af (måske) bedre patientforløb

Det organisatoriske niveau har været med til at udarbejde planen for hvordan flexforløbet skulle implementeres og hvordan det skal fungere mellem somatikken og kommunerne. Det organisatoriske niveau har en masse års erfaring med socialt udsatte og er med til at implementere bedre vilkår og behandling for socialt udsatte, er det væsentlig at se hvordan de mener at socialt udsatte kan blive anerkendt i samfundet og dermed kan det forhåbentlig være med til at give en bedre behandling,

patientforløb, mere viden til sundhedsfaglige og samfundet. Informant Finn, tilgår denne patientgruppe med mange års erfaring og som sidder med de tilbud, der tilbydes til socialt udsatte. Finn ser ikke, at det er en svær patientgruppe at arbejde med – men betragter det som deres måde at leve på:

”Det tror jeg ikke jeg synes. De har bare deres måde at se verden på og vi har en anden måde at se verden på. Så er det vores opgave at få det til at du” (bilag 20, punkt 8)

Ovenstående citat understreger, at alle mennesker lever forskelligt og ser verden på forskellige måder. Det bør være samfundet, der retter sig ind og accepterer de forskellige levemåder, der findes i samfundet. Ud fra Fraser argumenterer jeg, at de socialt udsatte ikke opnår den anerkendelse de bør være berettiget til, på baggrund af den ulighed, som der findes i samfundet (Jacobsen & Willig, 2008, s. 58). Dernæst beskriver Informant Monika, der er afdelingsleder i en enhed i en kommune, at socialt udsatte som speciale er en specialisering. Dette mener hun, fordi hun oplever at behandlingen til socialt udsatte, er en målrettet behandling. Desværre opleves der dog ofte at socialt udsatte har svært ved at møde op og Monika ser at det er dér de falder igennem systemet:

”Ja, i høj grad. Altså det jeg ser, der er en styrke, som har været under udvikling både på det regionale og kommunale i mange år er en øget specialisering. Den specialisering er rigtig god og det gør at vi får en målrettet behandling, men det jeg ser, er at specialisering, er vigtig for socialt udsatte. Men det er svært for socialt udsatte at koordinere eller møde op til de ting de skal møde op til. De falder igennem og gøre ikke brug af tilbuddene og det er både i det regionale og kommunale regi [...]” (bilag 18, punkt 10)

Ifølge Honneth peger det på at hans egne tre principper; kærlighed, restlig lighed og social værdsættelse, der tager udgangspunkt i den sociale retfærdighed, kan være med til at forme individernes identitetsdannelse. Dermed ville socialt udsatte opnå større styrke i form af at kunne holde styr på sine aftaler samt at de kan være med til at forme den sociale anerkendelse i samfundet. Dette betyder yderligere at de vil opnå en autonomi og have en stemme i samfundet (Jacobsen & Willig, 2008, s. 152).

7.2 Kapitel 2 - Ansvar for eget helbred

I dette kapitel vil der tages udgangspunkt i neoliberalismen. Der vil være fokus på, hvordan neoliberalisme ikke tager hånd om socialt udsatte og hvad de enkelte aktører mener om denne patientgruppe, og ønsker der skal ske, for at møde socialt udsatte med en forståelse og respekt.

7.2.1 Patienten og opnåelse af frihed

Som følge af neoliberalismen er der opstået et samfund, hvor hvert enkelt individ skal tage ansvar for sit eget liv og dermed kan der opnås en frihed. Yderligere betegner neoliberalismen, at individer skal være gode til at netværke med andre individer, for at kunne være en del af samfundet (Stalsberg, 2021, s. 62).

Socialt udsatte har forskellige udfordringer både somatisk og psykiatrisk og dermed kan det tolkes, at det netop kan være rigtig svært for socialt udsatte at blive en del af det neoliberalistiske samfund:

"[...] Jeg sover ikke om natten og jeg kom for sent i dag og jeg får dårlig samvittighed. Jeg bestræber mig på at komme til tiden" (Bilag 5, punkt 88)

"Det er tankerne der kører rundt" (Bilag 5, punkt 90)

Patienten Johannes, beskriver hvordan han lever om natten på grund af, at hans tanker kører på højtryk, og han ikke kan finde ro. Dermed kan det tolkes som, at hans liv er kaotisk, og hans hverdag er vendt på hovedet, fordi han ikke har den "normale" døgnrytme. I og med at dette er den måde Johannes lever på, og at han derfor kan opleve at komme for sent til sine aftaler, kan et neoliberalistisk samfund være svært for Johannes at leve i. Dette understreges med, at Johannes ikke anerkendes for den levemåde han har, da han kun fik 10 minutters samtale, fordi han kom for sent. Han prøver at gøre en indsats for at møde til tiden, men med de problematikker han lever med, kan dette være en forhindring. Som beskrevet om neoliberalisme, så er det forskellige personlighedstræk, der favoriseres. Det vil sige at individet selv, skal yde det bedste og gøre sig endnu bedre og stræbe sig efter succes og ikke forvente at andre individer kommer og hjælper en op ad successtigen (Stalsberg, 2021, s. 65). Dette bestyrkes af patienten Mathias, der netop beskriver, hvad han har brug for:

"Hun er mere forstående, og det er det jeg har brug for. Jeg har selv valgt at blive alkoholiker, så det er lidt svært at bede om forståelse, når det er mig, der er en idiot og ingen andre. Men Sara er rigtig god"

(bilag 2, punkt 100)

Dette viser tydeligt, at patienten Mathias har brug for en forståelse for sin situation, samtidig med at han snakker sig selv ned. Dermed vil Mathias i et neoliberalistisk samfund ikke blive anerkendt, fordi han ikke formår at snakke sig selv op. Dog udtrykker Mathias også vigtigheden for ham at have et arbejde og arbejder for at komme ud af sit flexjobs forløb og ud i et rigtigt arbejde:

"Jamen indtil jeg er klar til at komme ud i noget andet" (bilag 2, punkt 14)

"Det synes jeg at jeg snart er. Det håber jeg snart jeg er. Ja, jeg vil meget gerne ud at lave noget" (bilag

2, punkt 16)

Dette understreger, at Mathias prøver at arbejde for at opnå succes med sit eget liv og komme ud af det nuværende. Han ønsker et liv hvor han ikke har et alkoholmisbrug, kan blive en del af samfundet og ikke isolere sig på grund af sin social angst. Ud fra neoliberalistisk teori, så skal individet fremstå som en succes (Stalsberg, 2021, s. 85). Imens individet arbejder for sin egen succes, kan individet opnå ifølge Johan Haris anerkendes og respekt (Stalsberg, 2021, s. 89). I artiklen 'Stigma, problem drug use, and welfare state encounters: changing contours of stigmatization in the era of social investment' nævnes neo-stigmatisering, der beskriver stigmatisering i velfærdsstaten. Hvis individet oplever neo-stigmatisering, betyder det at individet ikke formår at tage del i samfundet af forskellige grunde (Andersen & Kessing, 2018, s. 2). I artiklen beskrives de udvalgte deltagers oplevelser af stigmatisering. Nogle af deltagerne oplevede at de ikke var i stand til at opfylde de forventningerne, der kunne være i samfundet på grund af deres misbrug eller andre problematikker og dermed ikke deltage i samfundet som resten af samfundsborgerne (Andersen & Kessing, 2018, s. 2). Forventningerne til samfundsborgerne er høje i et neoliberalistisk samfund og især, hvis den enkelte gerne vil opleve frihed, anerkendelse, selvbestemmelse m.m. Patienter Kamilla oplevede på et tidspunkt i sit liv en forventning til hende, som hun ikke kunne imødekomme, da hun havde sin søn boende:

"[...] Så fik jeg fast job på et plejehjem, hvor jeg havde været i praktik. Men da min søn stadig gik i dagpleje og der var 2 kilometer derned og 2 kilometer hjem og vi har ingen bil, så måtte vi

gå derned. De ville åbenbart sætte mig på faste vagter til klokken syv om morgenen og det var der dagplejen åbnede. Dagplejeren var villig til at åbne en halv time før, så jeg kunne nå det og så lukker hun selvfølgelig også en halv time tidligere. Så kom jeg op at skændes med ledelsen eller hende som satte mig på vagterne og jeg sagde at jeg havde bedt om at møde klokken 8, så jeg kunne nå det og være klar. Hun blev bare ved med at give mig til klokken syv, nogle gange gik hun med til at jeg kunne møde klokken halv otte. Prøv at gå 4 kilometer på en halvtime” (bilag 3, punkt 12)

Ovenstående vidner om at socialt udsatte prøver at bidrage til samfundet og sit eget liv, men at samfundet kan have forventninger, som kan være svære at opnå eller imødekomme for socialt udsatte. Dermed bestyrkes det også at socialt udsatte afspejler at de er en gruppe for sig selv i det neoliberalistiske samfund.

7.2.2 De sundhedsprofessionelles ansvar

Sundhedsprofessionelle kan have visse forventninger til socialt udsatte, fx at de skal kunne have noget sygdomsindsigt samt, at de selv skal gøre en indsats for at komme igennem deres afrusning, hvis de indlægges med dette:

”Det er nok det her med at de har svært ved at behøvs udsætte. Når man selv synes man gør en masse og de i sidste ende helst vil gå, fordi de gerne vil have denne her øl og de skal hjem til vennerne og det er uanset hvor dårlig deres lever eller lunger er” (bilag 10, punkt 12)

Sundhedsprofessionelle kan som ovenstående nævnt og som beskrevet i kapitel 1 om ”anerkendelse”, være frustrerede over at socialt udsatte nogle gange mangler relevant sygdomsindsigt og lige pludselig kan gå fra behandlingen. Sundhedsprofessionelle oplever, at de samme patienter kommer igen og igen, da de heller ikke har de ressourcerne til det videre forløb, de oftest skal i efter den akutte behandling:

”[...] De har ikke ressourcerne eller overskud til det videreførløb, når de bliver udskrevet og de har rigeligt med deres abstinensbehandling og turbulente liv, så det er jo der vi ser, at de kommer igen og igen, fordi alle de krav der bliver stillet dem ude i samfundet, kan de ikke leve op til” (bilag 10, punkt 24)

Sygeplejersken Janne beskriver tydeligt de krav samfundet har til socialt udsatte og hvor svært det kan være for de socialt udsatte patienter at mobilisere det fornøden overskud til at holde overblik over deres egen behandlingsforløb. I den kontekst sygeplejersken tydelige forventninger til flexforløbet - at det kan bidrage til at understøtte tovholderfunktionen for de socialt udsatte i deres behandlingsforløb. Ud fra ovenstående citat tolkes det, at flexforløbet er et godt sted at starte, og der er brug for det, for at hjælpe socialt udsatte. Derudover kan det tolkes, at der skal meget til, for at socialt udsatte kan føle sig en del af det neoliberalistiske samfund, da borgeren selv skal tage ansvar og styring og dermed opnå empowerment (Jønsson & Brodersen, 2022 s. 55). Informant Amalie, der er læge udtaler:

”Det er en meget stor opgave, så der er fortsat behov for visualisering af opgave og målopfyldelse indtil rammen bedres” (bilag 12, punkt 36)

Amalie italesætter, at flexforløbet er en stor opgave, hvor der er behov for fortsat udvikling, for at få de bedste rammer. Med neoliberalisme så fralægger sundhedsvæsenet ansvaret, men for socialt udsatte afspejler ovenstående citater, at socialt udsatte har brug for hjælp og støtte, hvor de stadig oplever en selvbestemmelse - men også en behandlingsplan, der kan være med til at give en masse værdier til deres liv. Det tolkes, at sundhedsprofessionelle har et stort ansvar, for at socialt udsatte bliver på hospitalet eller i flexforløbet under deres behandling og får udarbejdet gode behandlingsplaner. I samme kontekst bør det neoliberalistiske samfund have forståelse for denne gruppe af patienter. Hermed menes det, at det bør fremgå som et fællesskab mellem sundhedsvæsenet og socialt udsatte (Jønsson & Brodersen, 2022 s. 54). Ifølge Andersen & Kessing (2018) mindskes neo-stigmatisering, men det bør ikke overlades til sundhedsprofessionelle, men derimod bør det være på det politiske plan. Hovedfokusset på neoliberalisme er, at individer skal leve op til nogle bestemte træk og hvis dette ikke kan lade sig gøre, så bliver disse individer straffet, ved at de ikke har selvbestemmelse i eget liv (Stalsberg, 2021, s. 85).

”Jeg forventer ikke så meget andet end at de sender en best ord, fordi jeg kan godt forstå at de ikke helt kan dreje hvad der er at gøre af muligheder og også derfor de sender en best ord til os. Det er også derfor man bestiller neurologisk tilsyn eller andet, fordi man ikke ved man skal gøre. Bare de tager kontakt, når patienten kommer ind og ikke når de skal udskrives” (bilag 9, punkt 28)

Ovenstående citat fra socialsygeplejersken Sara beskriver, at det kan være svært for sundhedsprofessionelle i sundhedsvæsenet at vide hvilke muligheder, der er for socialt udsatte. Det kan dermed tolkes, at der er manglende viden om denne patientgruppe, og hvis der ikke bedes om tilsyn til socialt udsatte, som er indlagt, så får de heller ikke udarbejdet en optimal behandlingsplan. Dermed er socialsygeplejerskerne vigtige at have medinddraget i behandlingerne, fordi de kan give den rette viden og understøtte at socialt udsatte kan leve i et neoliberalistisk samfund. Det bliver igen italesat fra Sara:

”Nej slet ikke. Det er hele patienten og sørge for at de har lige så lige adgang til sundhed som vi har. Vi kan jo sagtens sige at vi skal derned klokken 14, så jeg cykler kl. 13.30. Det kan vores patienter oftest ikke finde ud af. Vi har talt om, at vi kunne rykke ambulatorietiderne, så det kan gøres på samme tid det hele og de kan få en sen tid, så det ikke er klokken 8, hvor de helt sikkert ikke er stået op. Så samle det og gøre at de kan passe deres behandling” (bilag 9, punkt 40)

Selvom vi lever i et samfund, hvor individet skal arbejde for sin egen succes og tage ansvar for det levede liv, så må det anses som en mindre optimistisk mulighed for socialt udsatte, fordi de ikke kan leve som andre i samfundet på grund af deres problematikker som misbrug, psykiatriske diagnoser m.m. Både socialsygeplejerskerne og Flexforløbet kan da være behjælpelige med at styrke socialt udsatte og minde samfundet om, at ikke alle kan leve på samme måde. Sundhedsvæsenet bestræber sig på, at alle har lige adgang til sundhed, men opleves ikke som værende opfyldt ud fra socialsygeplejerskerens synspunkt. Stalsberg (2021) beskriver, at forfatteren Johann Haris, mener at ulighederne der findes i verden, er forværret og dette kan medføre at menneske kan få følelsen af at man ikke har noget værdi:

”Jeg synes måske at de bliver underbehandlet nogle steder, overhovedet ikke alle. Jeg synes jeg oplever at de fleste gerne vil denne patientgruppe og grunden til at de bliver mødt sådan med misforståelser, er måske fordi at vi som personale har brug for mere viden og det er egentlig ikke hjertet der noget galt med” (bilag 9, punkt 44)

Socialsygeplejersken Sara oplever at der er en begrænset viden på området. Selvom nogle socialt udsatte, kan opleve ikke at blive mødt eller anerkendt af sundhedsprofessionelle, så kan det skyldes at sundhedsprofessionelle ikke har tilstrækkelig viden og dermed kan det være svært at yde den rette behandling. De socialt udsatte oplever oftere en undertrykkelse af nogle sundhedsprofessionelle. Som

tidligere nævnt, så kan dette skyldes at disse sundhedsprofessionelle har ikke meget erfaring med socialt udsatte patienter samt at frustrationerne kan være større, hvis de oplever at behandlingerne ofte ikke fuldføres. Derfor er det også vigtigt, at de sundhedsprofessionelle, som kan skabe relation og gode oplevelser for socialt udsatte og gerne vil gøre en indsats for denne patientgruppe, høres. Dette kan have en stor betydning for socialt udsattes fremadrettet behandling, fordi:

”Så det er både den måde systemet møder en person på som kan være med til at gøre personen socialt udsat og når de bliver socialt ekskluderet og hvad var den sidste jeg sagde... det var den her ophobning af sociale problemstillinger” (bilag 8, punkt 12)

Socialt udsatte kan ikke imødekomme eller leve efter neoliberalistisk samfund, hvis systemet møder dem på en måde, så de ikke anerkendes og får følelse af lav værdi og samtidig bliver ekskluderet, som socialsygeplejersken Simone får understreget med det hun forbinder, med social udsathed i ovenstående citat. Endnu engang trækker det på Stalsberg (2021) om Johann Haris teori, at neoliberalistisk samfund er med til at individer udvikler diagnoser, der kan begrænse dem i deres eget liv. Individer har behov for meningsfuldt arbejde, venner og et samfund, der kan anerkende. Flexforløbet er en del af socialsygeplejerskernes stilling, og det bør dermed være fremtrædende hvad det kan gøre for socialt udsatte i et neoliberalistisk samfund:

”Ja, der skal være et behov for tværsektoriel koordinering, det er sådan hele kernen. Vi skal koordinere indsatser udenfor hospitalet for at styrke indsatserne omkring patienten, for at imødekomme deres behov. Det kan for eksempel være overgang fra hospital til rusmiddelcenter, overgange til herberger, pårørende, jobcenter og alle mulige andre steder. Døgnbehandling” (bilag 8, punkt 16)

Det fremgår af socialsygeplejersken Simone, at flexforløbet skal være en støtte for socialt udsatte, så deres behandlinger kan styrkes og de kan få følelsen af imødekommenhed i samfundet. Dette understøttes med studiet af Mekonnen & Lee (2021), der beskriver, at professionelle, der arbejder med socialt udsatte, som har et misbrug, er nogle af de første, der møder denne patientgruppe. Denne gruppe af sundhedsprofessionelle spiller en stor rolle i forhold til at få samfundets fokus på misbrug og diagnoser, fordi de har den rette viden og erfaring.

7.2.3 Vigtigheden ved at alle aktører støtter patienten

Samarbejdspartnere vil gerne være med til at understøtte socialt udsatte og deres behandlingsplaner, men det kan være svært, hvis dem indenfor sundhedssystemet kan opleve, at systemet ikke fungerer:

”Jeg synes det var sværest når systemet sætter begrænsninger, for hvad der kan gøres. Fx har vi haft en patient til afrusning og afdelingen har haft patienten over weekenden og vi kommer tilbage om mandagen og vedkommende skal i alkoholbehandling og det eneste, som eksisterer, er ambulans behandling, hvor man skal dukke op. Lad os antage at han har socialt angst, han er bange for at tage bussen og er generelt ikke glad for at opholde sig, hvor der er andre mennesker. Det er bare ærgerligt, han skal møde op, hvor der er andre mennesker” (bilag 15, punkt 10)

”Jeg synes det kan være svært at være i, når man oplever nogen hjælpeforanstaltninger, hvor man synes der er plads til forbedring, men man ikke kan komme videre med det, for rammerne er ufleksible [...]” (bilag 17, punkt 12)

Disse to ovenstående citater kommer fra sygeplejerskerne Mathias og Jens. Citaterne understøtter hinanden og fokuserer på at systemet ikke er bygget til at håndtere patienter, som kommer med komplekse socialt fagligt samt misbrugsproblematikker eller psykiske diagnoser, hjemløshed m.m. Dermed kan det tolkes, at sundhedssystemet netop er påvirket af neoliberalismen, og at der er store forventninger til patienterne, der indlægges. Det er relevant at samarbejdspartnere skal være med til at støtte op om flexforløbet og se det 'hele menneske' hos de socialt udsatte. Det kan tolkes, at socialt udsattes perspektiv er i fokus og samarbejdspartnere prøver at udarbejde planer, som kan give mening i den enkelte socialt udsattes liv. Under interviewene fortalte en sygeplejersken Markus, at det kunne give god mening at få etableret et team, som snakker samme sprog som socialt udsatte:

”De laver ikke omsorgsbesøg i socialforvaltningen og det kunne de tilbyde. De snakkede samme sprog, hvis nu han havde drukket og de havde kendskab til systemet og koble støttekontaktperson på. Den er så vigtig den opfølgning. Man ser det hele menneske og ikke bare det menneske, som er inde på hospitalet” (bilag 15, punkt 36)

Dermed kan det ses at omsorgsbesøg af professionelle, der kender socialt udsattes levemåder og vilkår, ville kunne bidrage til en eventuelt bedre behandling. Det er netop interessant, at disse besøg potentielt

ville kunne give større forståelse og se det 'hele menneske'. Ifølge neoliberalismen skal individer i samfundet kunne styre deres egen adfærd og dermed skabe empowerment og en inddragelse (Jønsson & Brodersen, 2022 s. 54). Både lægen Carl og sygeplejersken Jens beskriver, at den måde socialt udsattes behandlinger, påvirkes på kommer af at de ikke har samme ressourcer i forhold til at håndtere deres sundhedsudfordringer. De skal overleve i et samfund, hvor de føler sig udenfor, og så følger der nogle trends i samfundet, som gør dem udsatte:

”Ja, kompliceret forløb, en anden prioritering end veletableret borger har med hensyn til at håndtere sundhedsudfordringer, en overlevelsesstrategi ved at være marginaliseret og måske en strategi med at føle sig lidt udenfor” (bilag 16, punkt 6)

”Det må man sige og det hænger også sammen med nogle trends, som er i samfundet, som påvirker gruppen af socialt udsatte og hvad er udsathed og hvor meget rummer den betegnelse af mennesker” (bilag 17, punkt 10)

Dermed bør det anses som en stor opgave, også for samarbejdspartnerne at vende de nuværende holdninger til socialt udsatte. Ydermere bør det tolkes, at kompliceret forløb begrænser behandlingsplaner.

Sygeplejersken Jens beretter om at de borger som han behandler dagligt, kommer sommetider og siger at de gerne vil opleve normaliteten i dagligdagen. De vil gerne træde ud af den rolle som er fastlås – som socialt udsat. Dette mener Jens kræver en del og han fortæller yderligere, at det er kontakten til det ordinære sundhedsvæsens afdelinger, som kan være med til at ændre på dette (bilag 17, punkt 46).

7.2.4 Den større indsats

Det organisatoriske niveau omkring flexforløbet kan have en altafgørende rolle, for at opnå anerkendelse og et bedre behandlingsforløb for socialt udsatte patienter. De skal kunne udarbejde og afprøve hvordan flexforløbet kan være med til at gøre en større indsats for socialt udsatte. Dermed er det også relevant at fokusere på, at socialoverlægen Henriette fortæller om den positivitet der var, da sundhedsvæsenet rakte hånden ud, for at få hjælp til at udarbejde denne nye vision:

"[...] hvor man ønskede et led i sundhedsaftalerne at se på; hvordan kan vi gøre det bedre for denne borgergruppe. Der var denne her vilje fra sundhedsvæsenet, og hvor vi meget hurtigt så hyppige indlæggelser, hvad skal man sige... Hvor stor andel af socialt udsatte gjorde brug af hospitalets indlæggelse og ikke fuldførte behandlingsforløbet. Det var meget hurtigt klart at det var en stor andel, tror det var 20-30%. Så var det for os at det var positivt, at man gerne ville gå i dialog og hvad kan gøres bedre" (bilag 18, punkt 12)

Da 'ansvar for eget helbred' netop har fokus på, at individer skal kunne klare sig selv – og at samfundet og regeringen ikke bare kommer og redder den enkelte, så beskrives det ud fra Henriettes synspunkt at det ikke bare er lige til, med denne gruppe af patienter:

"[...] Men en hvilken som helst somatisk tilstand, vil oftest været kompliceret af den sociale omstændighed, og måske den psykiske oven i, eventuelt rusmiddel oven i. Hvis man ikke har mulighed, så kan man ikke hjælpe personen, så det kræver en indsats, hvis man vil hjælpe" (bilag 19, punkt 10)

"[...] Det der jo er for mig det afgørende er at man har viljen til at området med at gøre om på de betingelser og præmisser som borgergruppen har og at man er indstillet på at se kompleksiteten særligt i relationen til kontakten til sundhedsvæsenet, at man har forståelse for det samlede funktionsniveau, for at kunne byde behandling for en givet lidelse [...]" (bilag 19, punkt 10)

Dermed bør det anses, at hvis socialt udsatte ikke tager ansvar og samfundet afskriver dem, kan det være svært at hjælpe dem. Yderligere hvis den professionelle heller ikke har viljen til at gøre noget, kan det blive svære for socialt udsatte at fuldføre deres behandlinger. Dermed må det også anses at socialt udsatte kan blive stigmatiseret af samfundet og som beskrevet i studiet af Cloyd, Stiles og Diekhoff (2020), så kan stigmatisering føre til færre muligheder indenfor ydelserne som uddannelse, arbejde, bolig og medicinske behandlinger.

7.3 Kapitel 3 - Hvorfor er 'lige adgang til sundhed' også vigtigt for socialt udsatte?

I de to første analyser har det omhandlet anerkendelsesteorien af Fraser og Honneth samt neoliberalismen. Anerkendelsesteorien har fokus på det individuelle plan, hvor neoliberalisme ofte bruges på det samfundsmæssige plan også kaldet makro. I dette speciale har jeg dog behandlet neoliberalisme på det individuelle plan. I denne tredje og sidste analyse er fokus på de bagvedliggende rationaler i flexforløbet. Hvordan kan flexforløbet møde det 'hele menneske' og formå at få den tilgang implementeret både i flexforløbet, men også vokse ude på afdelingerne, så der kan udvikles en bedre behandlingstilgang hele vejen rundt. Dermed inddrages både anerkendelsesteorien og neoliberalismen, for at understøtte hvorfor det anses som relevante teorier.

Flexforløbet skal være med til at gøre behandlingsforløbene under indlæggelser og det videre forløb bedre for socialt udsatte. Dette gøres ved, at socialsygeplejerskerne skal bygge videre på deres nuværende stilling og dermed være knudepunktet for socialt udsatte.

Socialsygeplejerskerne skal kunne opbygge et bedre samarbejde med målrettet kommunikation og med hjælp fra andre sundheds- og socialfaglige medarbejder både i regionerne og i kommunerne. Flexforløbet er stadig i første fase, men på de 4 måneder det har været i gang, er der dagligt flere og flere patienter, der bliver koblet til. Ude på afdelingerne på hospitalerne og i kommunerne opleves der både en positiv tilgang, og dog stadig nogle skeptikere. Undervejs i interviewene blandt de sundheds- og socialfagligemedarbejder oplevede jeg, at kritikken i behandlingen hos socialt udsatte gik på at der ikke var nok af den holistiske tilgang. De fortalte, at der kun er fokus på det misbrug de socialt udsatte oftest bliver indlagt med, men at der ikke bliver kigget udover dette. Dermed blev der kun set på en meget lille del af et helt menneske. Det opleves, at fokus bør være et større indblik på det hele menneske og dermed ville der kunne opnås en bedre behandling og løbende et bedre patientforløb. Med den holistiske tilgang, vil der også opleves en større forståelse og anerkendelse for de socialt udsatte og deres problematikker, hvilket patienterne efterspørger:

"Nu er jeg jo en del af hjemløsheden og jobcenteret, men det hjælper jo ikke at de kommer og siger at der skal gå tre måneder uden alkohol, før jeg kan få en psykiatrisk udredning. Så hjælp mig dog" (bilag

3, punkt 98)

”Altså det handler om hvilket menneske man møder og hvilket humør de er i den dag, det er dét, som afgør hvilken behandling man får og det synes jeg er mærkeligt” (bilag 1, punkt 34)

Det er netop relevant, at flexforløbet tilbyder en holistisk tilgang, hvor socialt udsatte bliver mødt med anerkendelse og forståelse. Som beskrevet i analyse 1 kan en nægtelse af anerkendelse have konsekvenser for det enkelte individ og kan være med til at individet ikke udvikles og oplever sig afvist af samfundet. En afvigelse af samfundet kan dermed også have negative konsekvenser i form af, at socialt udsatte ikke kan tage ansvar for sig selv, sine sygdomme og ej heller ikke bidrage til samfundet. Jeg overværede en telefonsamtale mellem en socialsygeplejerske og en patient, hvor patienten fortalte socialsygeplejersken, at han var begyndt at drikke igen og nu var indlagt. Socialsygeplejersken mødte patienten med en anerkendelse og forståelse ved, at forklare at det er det, der sker, når afhængigheden og abstinenserne overdynger alt. Socialsygeplejersken fortalte, at hun ville komme ned og besøge patienten på afdelingen, hvilket patienten takkede ja tak til. Socialsygeplejersken Simone fortalte under interviewet, at vigtigheden i hendes job er at stå til rådighed for patienten og anerkende den levemåde, de har. Socialsygeplejerskerne skal stå klar og være fleksible. De kan opleve, at en patient ikke er tilgængelig i en periode og så pludselig, så ringer patienten for at få hjælp:

”Hvis kontakten bliver brudt i en periode, skal man stadig være let tilgængelig for at åbne op for kontakten igen. Patienten skal ikke starte forfra, vi afslutter ikke patienten, fordi patienten måske ikke giver lyd fra sig i nogle måneder. Så at man er der for patienten og vi er fleksible og det ligger i hele flexklinikken begrebet, hvis patienten ikke møder op den ene dag, så møder patienten bare op den anden dag. Vi skal være aktive i forhold til samarbejdspartner og patienten skal mærke at vi gør en ekstra indsats og går det ikke denne gang så gør vi det bare igen. Vi giver ikke op. Det er de små succeser” (bilag 8, punkt 24)

Denne tilgang som socialsygeplejersken formår at anvende, er noget flexforløbet skal fortsætte med. Samtidig skal anerkendelsen rykke ud til afdelingerne, så de sundhedsprofessionelle kan opleve flere succes indlæggelser og mindre frustration. Dermed er det vigtigt at sundhedsfaglige får mere viden omkring socialt udsatte. Sygeplejersken Janne fortæller under interviewet, at der opleves ulighed i sundhed og samtidig pointerer hun, at et misbrug er en sygdom og det er noget som socialt udsatte kan dø af:

"Ja fuldstændig og det kan jo slå dem ihjel, lige så vel som andre sygdomme. Det er barske løjer" (bilag 10, punkt 32)

Dette refererer studiet Mclellan (2017) fra USA også til. I studiet beskrives det, at et misbrug er en livsstilssygdom og den 'afhængighed', der skabes i hjernen forstås som en kronisk sygdom, som kan håndteres, men oftest ikke helbredes. Selvom USA og Danmark ikke kan sammenlignes i grundværdier og tilgange, så er der dog stadig nogle tilgange indenfor misbrug og socialt udsatte, som jeg laver noget komparativt på.

Flexforløbet skal være med til at ændre tilgangen til socialt udsatte, men også hvordan socialt udsatte kan opnå et værdigt liv med eller uden et misbrug. Flexforløbet tilbyder socialt udsatte, at koordinere deres behandlinger og socialsygeplejerskerne arbejder med at få de relevante aktører aktiveret i patientens forløb.

Flexforløbet er en nytænkende tilgang og er med ikke fuldstændig implementere i sit endelige format. Derfor er det i sin opstart komplekst at få delt viden om denne nye tilgang og forløb.

Derfor er det også svært for nogle medarbejdere at finde ud af, hvad flexforløbet kan og skal, hvilke socialsygeplejerske Simone uddybede under interviewet:

"Vi skal først ud at være rigtige synlige, for det tager lang tid at få udbredt kendskabet til flexklinikken. Der er så mange ansatte på hospitalet og der er vagtskifte og der går lang tid, før vi har mødt alle ude på afdelingerne. Så skal vi have succes oplevelser, de skal opleve fordelene ved at have patienterne i flexforløbet og de skal henvende sig til os. De skal se at det gik godt sidste gang og de har et lignende tilfælde, som skal kobles på flexklinikken. Men det kræver helt klart at kendskabet er udbredt" (bilag 8, punkt 28)

"[...] Ja, men det er ikke sikkert at det bliver en udfordring, men den her forståelse af hvad flexklinikken kan og den møder vi. Det kan jeg godt forstå, fordi det er et helt nyt tiltag. Der er en opfattelse af at vi kommer til at stå og lave meget af det samme. At vi laver dobbelt arbejde med hvad kommunen laver. Så man skal være mere sådan åben overfor at faggrænserne eller vores grænser mellem regioner og kommuner er mere flydende, at det er okay at vi nogle gange går over hinandens grænser. Grænsen behøver ikke at være så skarp. For hvis vi nu har kontakt til patienten, så er det måske fint nok at vi sætter i gang i forhold til, hvis de ikke har kontakt i noget tid og omvendt. At man kan bruge hinanden og styrke hinanden og samarbejde og være tydelige omkring" (bilag 8, punkt 36)

I USA er der udviklet en ny tilgang, i den politiske del og praksisser, der er forsket i. Tilgangen kaldes afhængighedsbehandlingsprogrammer og skal være med til at forhindre misbrug – både før deres misbrug starter, men også kunne identificere og få grebet tidligt ind – og få udviklet effektive behandlinger hos de individer, som har en afhængighed, der både kan være alkohol og stoffer (McLellan, 2017, s. 2). Tilgangen i USA, hvor der skal gribes tidligt ind, bemærkes der en sammenligning med flexforløbet. Begge tilgange har til formål at undgå hyppige indlæggelser, gribe hurtigere ind og dermed kunne tage problematikkerne i opløbet. De hyppige indlæggelser kan være en frustration for de sundhedsprofessionelle. Sundhedsprofessionelle har brug for mere viden omkring socialt udsatte, men også behandling af de socialt udsatte, som indlægges til abstinensbehandling. Desuden er det vigtigt, at viden også indebærer den måde socialt udsatte, lever på og at mange af dem ikke kan behovsudsætte. Dette kan være nogle af de grunde til, at sundhedsprofessionelle synes, at socialt udsatte er en svær patientgruppe at behandle. De interviewede sygeplejersker Janne og Annemarie fortæller, at når socialt udsatte går fra deres behandling, kan de opleve en skyldfølelse over det. De føler sig ikke tilstrækkelige nok eller føler ikke at de har lyttet nok og haft tiden til den mere komplekse relation:

"[...] Altså jeg har altid godt kunne lide dem, hvis man kan sige det sådan groft, men bare været frustreret over at jeg ikke har haft tiden eller den samtale de har haft brug for [...]" (bilag 10, punkt 6)

"[...] Ja, så jeg synes det kan være svært at være i, men man føler sig ikke tilstrækkeligt og man kan se at en patient har det dårligt [...]" (bilag 11, punkt 10)

Under interviewene med de sundhedsprofessionelle, der både tæller socialsygeplejersker, læger og sygeplejersker, så oplevede jeg, at socialsygeplejersker kan skabe en vigtig relation til patienterne. Det kan være sværere for sygeplejerskerne og lægerne, fordi de ikke har tilstrækkelig viden. Dette betyder ikke, at de ikke vil behandle socialt udsatte, men viden er rigtig vigtig, for at kunne yde den behandling som socialt udsatte har brug for:

"[...] Så har det været rigtig rart at der har været nogle, der har ekstra viden om det og har kunne sige 'ved du hvad, jeg kan godt se at du ikke kan være her, men vi har gjort hvad vi kunne og du er altid velkommen tilbage'. Man synes nogle gange at det er en fallit erklæring og tænker om det er fordi man ikke var der nok. Det at der er nogen man så kan snakke med bagefter, for det er jo ikke noget... Hvis vi

har en patient, der går i hjertestop, så har vi debriefing bagefter, men hvis vi har en patient der pludselig går, fordi de bliver enormt vrede og det sker oftest ret pludseligt at de ikke føler at de får den rette hjælp eller får det skidt, så er det rart at der er nogen, som har den ekstra viden. Så kan man tale med dem efter og snakke om man skulle have gjort noget anderledes og det har jeg gjort hver gang [...]” (bilag 11, punkt 24)

Med ovenstående citat fra sygeplejersken Annemarie bestyrkes det, at socialsygeplejersker har en vigtig rolle i forhold til at være tilgængelige for at hjælpe andre sundhedsprofessionelle, når de står i en svær situation med socialt udsatte. Socialsygeplejerskerne skal viderebringe den relevante viden, men også støtte til sine kollegaer. Mekonnen & Lee (2021) beskriver at socialarbejdere, der arbejder med socialt udsatte står overfor udfordringer, hvor mange forskellige individer skal imødekommes efter deres behov. Dermed er det relevant at fokusere på, at der opnås et godt tværfagligt samarbejde på dette område. Samarbejde i det tværfaglige aspekt, hvor der tales om de svære oplevelser, kan gøre arbejdet nemmere og andre professioner får flere kompetencer.

Som beskrevet tidligere har analysen omkring neoliberalismen taget udgangspunkt på individplan, netop fordi der er så store forventninger til samfundsborgere. Under et af interviewene med en patient koblet til flexforløbet, fortæller patienten, at han gerne vil videre i sit liv og arbejder hårdt på at komme ud på arbejdsmarkedet. Han er træt af at være derhjemme og oplever sig hæmmet af sin sociale angst. Han beskriver, at han har det sværest om aften, hvor han er alene, fordi hans kæreste er på arbejde - og det gør, at han er bange for at falde i igen med at drikke. Denne patient prøver at leve op til at skulle tage ansvar for sit eget liv og yde det bedste han kan og dermed opnå succes, men at trangen og afhængigheden stadig sidder i ham.

Det bør anses, at flexforløbet kan være med til at styrke socialt udsatte til at kunne opnå deres drømme og få succes samt at blive anerkendt som dem de er i samfundet. Yderligere bør flexforløbet være et springbræt for socialt udsatte, når de føler sig klar, til at prøve at overtage egen koordinering af egne aftaler. Socialt udsatte vil i et neoliberalistisk øjemed opleve en frihed og selvbestemmelse.

Det er dog også relevant at se på sygeplejersken Janne, der beskriver, hvordan hun oplever, at de socialt udsatte tales op på hendes afdeling, og at de har samme værdi på afdelingen som andre patienter. Her opleves det også at der dermed lægges bedre planer for indlæggelsesforløbet og de sundhedsprofessionelle har nemmere ved at indgå i de svære situationer, fordi de anerkender den problematik som socialt udsatte kommer med:

"[...] vi har en afdelingssygeplejerske, som taler dem op. De har en kæmpe værdi her og er på lige fod med alle andre patienter og det er meget interessant at opleve sig selv i det, for det er meget kulturbetinget, hvordan vi taler om dem [...]" (bilag 10, punkt 6)

Dette beretter om at omtale af socialt udsatte er kulturbetinget og giver et indblik i at, hvis denne "kultur" kan ændres til det bedre og at de sundhedsprofessionelle, der gerne vil yde den rette behandling for socialt udsatte, så kan der være mulighed for at synet på socialt udsatte også ændres. De vil dermed få en plads i samfundet. Det må bemærkes, at alle ikke har samme lyst eller mulighed for at behandle socialt udsatte, hvilket også understreges af sygeplejersken Annemarie, at vi har forskellige tilgange og holdninger til denne patientgruppe og der er nogle, som synes det er nemmere end andre. Flexforløbet skal være en støtte til socialt udsatte, hvor det er en indgangsport, så det er nemmere at få socialt udsatte indlagt og hurtigere behandling.

Yderligere skal flexforløbet opstarte behandlingsforløb, som kan forbedre socialt udsattes problematikker og følge op på, hvordan det går dem, når de ikke er indlagt. Patienterne oplever, at flexforløbet kan noget vigtigt; følelsen af at blive hørt og tryghed:

"Jeg synes det er imponerende at jeg overhovedet bliver indkaldt. Altså nu ved jeg ikke, hvor meget jeg har fået ud af det møde i dag eller om det er dem, der har fået noget ud af det. Men jeg har fået det ud af det at jeg føler mig hørt. Jeg ved at de vil indkalde mig igen og det giver en tryghed. Jeg ved at socialoverlægen vil ringe til min psykiater og fortælle at jeg er bange for at tage antabus og ikke stoler på læger, fordi jeg har haft så mange oplevelser og indlæggelser, hvor jeg ikke føler at jeg bliver behandlet godt. Og med godt mener jeg ikke høfligt eller ordentligt, men så mener jeg abstinenser og angst ikke bliver behandlet" (bilag 1, punkt 50)

Flexforløbet skal være en støtte for både sundhedsprofessionelle og socialfaglige. Der skal være en tilgængelighed, så både afdelingerne på hospitalerne kan kontakte dem - men også kommunerne. Der skal opnås et bedre tværfagligt samarbejde, hvor kommunikation og samarbejde er vejen frem. Lige nu er mange positive overfor flexforløbet og har store forventninger til projektet. Interviewet med Finn, der er socialfaglig i kommunen, fortæller under interviewet at forventningerne er, at samfundet skal acceptere, at socialt udsatte har deres måde at se verden på og andre har en anden måde og det er en af opgaverne at få udbredt. Yderligere fortæller han, at flexforløbet giver en lettere adgang for

kommunerne at få socialt udsatte indlagt til behandling. Socialsygeplejerske Simone beskriver, at på sigt vil der forhåbentlig være så mange patienter tilkøbet flexforløbet, at det skal findes flere medarbejder:

"[...] det kan godt komme til at blive en udfordring på et tidspunkt, hvis vi får rigtig mange patienter i flexforløbet og vi kun er så få som vi er nu. For så kan man selvfølgelig ikke løbe hurtigere og hurtigere, så der kommer et tidspunkt hvor vi må have flere hænder, fordi det handler om hele denne målgruppe og være fleksible. Så vi skal kunne komme ud på afdelingerne, når der er behov for det" (bilag 8, punkt 28)

Fleksibiliteten er forventelig og denne må ikke mistes, lige meget hvor mange patienter der er koblet til flexforløbet.

8. Diskussion

I det følgende afsnit vil jeg diskutere de problematikker, som jeg er blevet opmærksom på under undersøgelsen af socialt udsattes behandlinger i sundhedsvæsenet.

Gennem analysen er der fundet frem til flere forskellige områder, som er vigtige at få diskuteret, da der er behov for at opnå et bedre og sammenhængende patientforløb hos socialt udsatte. Da analysen er baseret på et stort empirisk datagrundlag, har jeg dermed valgt at dele diskussion op i 3 underkategorier. Kategorierne er delt op på følgende vis: 'Den fremtidig behandling af socialt udsatte', 'samfundets generelle opfattelse & den nye tid' og 'skabelsen af en ny verden'.

Før påbegyndelsen af dette speciale har jeg oplevet en stor frustration overfor de socialt udsatte patienter, når de blev indlagt og frustrationen blev endnu større, når det var de samme patienter, der kom igen. Disse oplevelser er blandt andet baseret ud fra min egen erfaringer i sundhedsvæsenet samt mine observationer i den første uge af praktikforløbet. Derfor var det en motivation for at undersøge, hvorfor de mest udsatte patienter, der ikke kan tage vare på sig selv og ikke har den rette sygdomsindsigt - får en generelt dårligere behandling, end andre. Baseret på analysen vides det at socialt udsatte er en patientgruppe, hvor der mangler viden, for at kunne opnå lige adgang til sundhed samt et bedre samarbejde mellem regionerne og kommunerne, der kan skabe en helhedsorienteret indsats for denne patientgruppe. Da der ikke findes meget forskning på området med udgangspunkt i de socialt udsattes perspektiv samt de social- og sundhedsfaglige, har det været vigtigt at opnå et større empirisk grundlag.

8.1 Den fremtidig behandling af socialt udsatte

Socialt udsatte forlader deres behandling før tid og det er en oplevelse både patienterne selv og de sundhedsprofessionelle beretter om. Dette kan skabe store frustrationer fra de sundhedsprofessionelles side af, fordi det opleves som en beslutning "ud af det blå" og, som de efterfølgende påvirkes af, da de ikke føler, de har ydet en tilstrækkelig behandling og er skyld i at patienten går. Ud fra patientens perspektiv kan frustrationen komme af, at de ikke føler sig hørt og, at de ikke føler at de får den behandling sundhedssystemet lover befolkningen. I analysen har der været fokus på, at manglende viden fra de sundhedsprofessionelle kan bidrage til at det kan være svært at tilgå og møde patientgruppen - og dermed opnås der ikke den tilsigtede og planlagte behandling. Men er det nu også kun viden, der kan være den store forandringsproces, for at opnå en forståelse for patientgruppen? Ikke desto mindre, må det bemærkes, at de sundhedsprofessionelle kan have forskellige præferencer i forhold til hvilken patientgruppe, der interesserer dem. Det fremkommer også at være problematisk, at udsathed ikke er et af fokusområderne på fx sygeplejestudiet. Dette bemærkes ud fra interviewene at de sundhedsprofessionelle først oplever, at udsatte patienter "findes", når de er færdiguddannet og står i mødet med patienten. Også måden afdelingerne og aktørerne i sundhedsvæsenet tænker og taler om denne patientgruppe er meget forskellige, og dermed oplever socialt udsatte patienter også forskellige behandlinger. Fokus bør derfor være på at opnå mere viden om socialt udsatte og hvordan sundhedsvæsenet bør tilgå denne patientgruppe, for at kunne opnå færdigbehandling, som er yderst vigtigt for disse patienter. Dette fordi at socialt udsatte ikke formår at søge egen læge og derfor bør de gribes ved indlæggelse på hospitalerne. Der bør arbejdes aktivt med værdier, kommunikation og relationerne mellem professionelle og patient med særligt fokus på denne patientgruppe. For fx manglende abstinensbehandling kan give livstruende delirium og abstinenskrampe (Regionh, 2014). Yderligere kunne det tiltænkes at ny prioritering i sundhedsvæsenet er vigtigt, for at der kan opnås den imødekommenhed, som ønskes fra direktionens side af. I Pedersen (2018), beskrives det netop: *"Kan diskrimination finde sted som en mere indirekte og strukturel diskrimination, hvor procedurer, normer og rutiner i samfundets institutioner kan få en diskriminerende virkning. Nogle sundhedsprofessionelle peger netop på, at stigmatiseringen og diskriminationen af socialt udsatte i sundhedsvæsenet, kan hænge sammen med strukturelle forhold som fx sundhedsvæsenets organisering og hospitalspersonalets arbejdsbetingelser. På trods af at disse strukturelle forhold gælder for alle patienter, risikerer de at ramme socialt udsatte patienter særligt hårdt"*.

Ud fra analysen tolkes det, at flexforløbet kan være den rette tilgang, da denne nytænkende struktur skaber en anden indgang for de socialt udsatte patienter og kan danne ramme for samarbejde og

relations dannelse mellem patientgruppen og samarbejdspartnerne. Yderligere kan tovholderfunktion, som socialsygeplejerskerne skal varetager i flexforløbet, bidrage til at der opnås et samarbejde mellem regionerne og kommunerne. Dog må det bemærkes, at hvis de strukturelle forhold rammer socialt udsatte og det er dét, som er med til at socialt udsatte oplever en underbehandling, så er socialsygeplejerskernes opgave at få deres kollegaer til at yde den berettiget behandling. Dette leder videre til at socialsygeplejersken Sara fortæller, at hun synes det er svært, når hun skal fortælle sine kollegaer på de andre afdelinger at behandlingen ikke ydes korrekt. Dertil må det anses som at være en svær opgave for socialsygeplejerskerne at få vendt sundhedsvæsnets holdninger og forståelse for socialt udsatte. Derfor må det diskuteres, om socialsygeplejerskernes funktion kan være med til at socialt udsatte ikke formår at få den fulde behandling, fordi der kan opstå svære situationer, som socialsygeplejerskerne ikke føler sig trygge i. Det må dog yderligere pointeres at socialsygeplejerskerne bør have patienterne først og at de har et ansvar for de socialt udsatte, da det er deres faglige område.

8.2 Samfundets generelle opfattelse og den nye tid

Både på baggrund af det teoretiske grundlag, men også det empiriske indsamlede materiale kunne det bekræftes, at samfundet ikke har meget viden om socialt udsatte og deres livsvilkår. Dette er også fremtrædende ud fra analysen i 'neoliberalisme'. Her blev det fremhævet som hårdt arbejde for socialt udsatte, hvis de skal føle sig inkluderet som en samfundsborger. Dette komplicerer yderligere forholdet mellem den socialt udsatte patient og de sundhedsprofessionelle og kan bidrage til, at der ikke opnås den fulde behandling under indlæggelserne, fordi de sundhedsprofessionelle kan have en opfattelse af, at de udsatte patienter er selv uden om det. Det understøttes med følgende citat: "[...] Socialt udsattes negative oplevelser med det somatiske hospitalsvæsen dækker over følelsen af at blive ignoreret, ikke at blive undersøgt grundigt nok, ikke blive taget alvorligt og ikke blive lyttet til af hospitalspersonalet. Mere grundlæggende handler det om, at de interviewede socialt udsatte har følt sig stempet, stereotypificeret og diskrimineret på baggrund af deres sociale udsathed, misbrug, udseende, væremåde og tilhørssted" (Pedersen, 2018, s. 11). Hvis sundhedsprofessionelle har denne tilgang, så bør der ændres på den generelle opfattelse af socialt udsatte og deres levemåde, og det bør udbredes til hele samfundet. For som beskrevet i artiklen 'Substance misuse and substance use disorders: Why do they matter in healthcare?', beskrives det at afhængighed er en kronisk sygdom ligesom type 2 diabetes (McLellan, 2017, s. 113). Dermed bør forståelsen af socialt udsattes levemåde positioneres som et sundhedsfænomen, som derfor bør betragtes som samfundets ansvar. Det kan derfor diskuteres om flexforløbet ene og alene kan stå for at influere de sundhedsprofessionelle og samfundet og være med

til at ændre opfattelsen af socialt udsatte. Skal Flexforløbet favne samtlige problematikker, der ligger under patientgruppen eller skal de 'kun' sørge for at patientforløbene bliver optimeret for patienten og sundhedsprofessionelle? Målsætningen er klar, det handler om at målet er, at udsatte patienter opnår den fulde behandling, når de indlægges, men på baggrund af denne analyse er det blevet tydeligt, at denne målsætning påvirkes af mange faktorer og helt ud til, hvordan definitionen af ulighed beskrives i samfundet. Sundhedsstyrelsens opgave er at fremme folkesundheden og skabe de gode rammer i sundhedsvæsenet. Det er derfor et faktum at de også har til opgave at vurdere, hvorfor socialt udsatte oplever forskelsbehandling. Også vigtigheden i hvordan social position har betydning for sundheden og hvordan det skal bidrage til lighed i sundhed – dette igennem behandling, forebyggelse og pleje, så der dermed tages hensyn til de forskellige behov, der kan være (Bagge, Jensen & Olsen, 2021, s. 2).

8.3 Skabelsen af en ny verden

Idet flexforløbet stadig er meget nyt og er var et helt nyt projekt, da jeg startede indsamlingen af empirien, havde de fleste patienter svært ved at fortælle, hvilken gavn dette nye forløb havde for dem. Dog var de alle enige om, at det med at have en kontaktperson på hospitalet, både når de var indlagt, men også når de ikke var, gav en tryghed. Dette bevidner, at også denne patientgruppe har brug for kontinuitet og at have samme kontaktperson. Det kan give anledning til at fremhæve den betydning en kontaktperson på hospitalet, kan have for den generelle behandling - både indenfor region, men også på tværs af sektorer. Dernæst har oplevelsen været, at patienterne tager godt i mod, at socialsygeplejerskerne følger op og kontakter dem i ny og næ, for at høre hvordan det går dem, og om der er noget de har brug for at få hjælp til. Denne patientgruppe kan opleve ensomhed, fordi de ofte ikke har så mange pårørende og kontakten fra socialsygeplejersken kan derfor bidrage positivt til, at de socialt udsatte får en følelse af at blive set.

Indtil videre har der ikke været beretninger om skader eller negative oplevelser fra de socialt udsatte, når de er koblet på flexforløbet. Det må dog tydeliggøres overfor patienterne hvad de kan forvente af flexforløbet, for at de er klar over hvad det har af betydning for netop dem. Også for at de ikke får opfattelsen af flexforløbet som endnu en instans, som kan forvirre dem yderligere i deres dagligdag. Desuden bør det tænkes ind om patienten selv bør have rettigheden til at vælge hvem han eller hun gerne vil have som sin primære kontaktperson. Selvom det er tanken, at socialsygeplejerskerne skal være den primære kontaktperson, må det dog bemærkes at nogle udsatte patienter kan have god, tillidsfuld og tryk kontakt til en anden social- eller sundhedsfaglig medarbejder, som den udsatte har opbygget en tiltro til. Yderligere bør der være fokus på hvor mange patienter, der kobles på Flexforløbet.

Det bør derfor tænkes ind, hvornår flexforløbet har de antal patienter, de kan håndtere uden at det påvirker kvaliteten og de grundlæggende strukturer.

Flex-gruppen består af fire socialsygeplejersker, 1 tværsektorielle samarbejdskoordinator og 1 socialoverlæge, og det fremhæves af én af dem, at på et tidspunkt bør der komme flere medarbejdere til, fordi det er begrænset hvor mange patienter de kan være kontaktperson for. Det bør derfor diskuteres, om hvordan løsningen kunne være, for at kunne bibeholde flexforløbet som et fleksibelt ambulatorium og som kan favne bredt hos denne patientgruppe. Det helt afgørende er, at patienten kommer til at opleve en hurtigere indgang til hospitalet, fordi flexforløbet kan tilgås den vej. Et af de problemer, der er oplevet, opstår når patienten tilknyttes flexforløbet er, at de har glemt, at de er tilkoblet ambulatoriet, fx fordi de kan have andre aktører, som koordinerer deres patientforløb og dermed er patienten vant til at have kontakt til disse. Det har dog vist sig i løbet af månederne som flexforløbet har været i gang, at de fleste patienter møder op til deres aftaler dér. Sommetider kan det dog ske, at patienten ikke formår at komme. Det kan skyldes flere ting fx at denne patientgruppe oftest lever om natten. Ud fra analysen viser det sig, at socialt udsatte har flere ting de kæmper med, både somatisk, men også psykiatrisk og psykosociale. Dette bør tænkes ind, at socialt udsatte er individuelle individer og dermed er alle ikke ens. I analysen bemærkes det, at nogle af informanterne kan håndtere flere ting end andre. Socialt udsatte hører ofte det, som der bliver sagt til dem ved behandlingen, men om de følger rådene og behandlingen er svært at sige. Det bør derfor i fremtiden undersøges og afdækkes hvilke udfordringer, der hæmmer de socialt udsatte i at fuldføre behandlingen og passe aftalerne.

Oplevelsen af tryk samt tiltro til flexforløbet og at de ved at de mødes, med åbne arme kan gøre en forskel for udsatte. Desuden opleves det, at hvis patienten har pårørende, som støtter patienten og tager med til aftalerne, så formår patienten at dukke op til aftalerne. Derfor kunne det være relevant at se på om der reelt er en forskel på om patienten dukker op til aftalerne, hvis denne har pårørende. Det vides, at det er få socialt udsatte, der har pårørende og det beskrives i Pedersen (2018), at de få pårørende, der kan være tilbage, potentielt selv er socialt udsatte, og deres liv også kan være præget af misbrug og kaos.

8.4 Kvalitetsvurdering

I dette speciale har det været relevant at udarbejde min empiriindsamling fra flexforløbet, der netop omhandler specialets målgruppe samt problematikkerne, som jeg synes er interessante. Det har været relevant at have den kvalitative tilgang, for at kunne få informanternes egne perspektiver på området.

Dette bidrager til indsigt og større forståelse for de problematikker, der opleves i forhold til specialets fokus. Ydermere har det givet anledning til flere undrende spørgsmål og tanker, og belyst andre områder, som endnu ikke er afdækket. Interviewene med patienterne blev afholdt i flexforløbet. Det kan diskuteres om det har haft en indflydelse på besvarelserne i interviewet. Kan det have holdt patienten tilbage for at fortælle alt, fordi patienten har vidst, at socialsygeplejerskerne og socialoverlægen har siddet i rummet ved siden af. Desuden har socialoverlægen været med til at kigge på interviewguiden, da empirien også skal bruges til evaluering af flexforløbet, og dermed er nogle af spørgsmålene stillet, ud fra hvad der er vigtigt at få belyst i evalueringsrapporten. Socialoverlægen og socialsygeplejerskerne har udvalgt informanterne. Dette bør have i mente, da det kan både have en positiv og negativ impact på interviewene. Positiv effekt fordi informanterne er udvalgt ud fra, at de enten er udsatte, eller at informanterne har en del erfaring om udsathed. Derimod kan det også have en negativ effekt, da de fleste informanter er meget positive for flexforløbet, og det kan have en negativ og ensidig betydning for de indsamlede data til specialet.

9. Konklusion

Det kan konkluderes, at for at opnå en bedre forståelse og respekt for socialt udsatte og deres vilkår, bør der skabes større viden. Viden bør komme af at spørge de socialt udsatte omkring deres erfaringer og oplevelser og bringe denne viden videre til den enkelte samfundsborger samt hos de specifikke aktører i alle sektorer, der arbejder med socialt udsatte. Det må desuden konkluderes, at kvalitativ metode er den rette metode at anvende, når der skal opnås viden ud fra individets perspektiv, hvor der dér kan tilgås individets livsverden. Dermed må det bemærkes, at socialt udsatte ikke har en høj status i samfundet og de ikke anerkendes for de individer, de er. Undersøgelser beskriver, at der er en ulighed i sundhed, og der bør gøres op med denne ulighed. Det er ligeledes et ledelsesmæssigt ønske fra regionen.

Samfundet bør opfordres til at inkludere de socialt udsatte, som dem de er med respekt for de præferencer og værdier, de nu engang har, og dermed bør afviges fra social klasse. Dette kan være med til at socialt udsatte kan blive en del af samfundet, og hvor der ikke kigges ned på dem eller at de føler at de ikke høre til. Sundheds- og socialfaglige medarbejder oplever problematikker som fx frustrationer både til og for socialt udsatte. Desuden er mangel på viden om socialt udsattes vilkår med til at de oftest ikke gør brug af sundhedsvæsenet eller ikke formår at udføre behandlingen, når det er aller vigtigst.

Ønsket er at der opnås lige adgang til sundhed, og at det bliver reelt og opnåeligt for nogle af de patienter, der oplever dette sundhedsvæsen, som mest komplekst at passe ind i. Dermed bør sundhedsvæsenet stille sig mere åbent for denne gruppe af patienter og arbejde for at udvide egen viden og kompetencer herom. Individuer lever forskelligt og dette bør ikke være en forhindring i at få den behandling som alle borger i Danmark er berettiget til.

9.1 Perspektivering

Ud fra mit speciale, kan det konkluderes, at der i fremtiden bør planlægges forskning med henblik på opfølgning af koordinering og samarbejde, med brug af kvalitative patientcases, hvor der inkluderes data fra både journaler og interviews. Yderligere ville der ud fra den kvalitative metode kunne afdækkes de hæmninger, der kan være med til at socialt udsatte ikke opnår compliance i forhold til behandling og aftaler i sundhedsvæsenet. Den kvantitative metode bør bruges til at afdække hvordan det går socialt udsatte, har de flere kontakter med det akutte sundhedsvæsen og om der er sket ændringer på om de dør endnu tidligere. Det er vigtigt at have for øje, at den kvantitative data bruges til at indsamle tal og dette vil være svært, når det er forløb på tværs af sektorerne.

Mere forskning og opfølgning i flexforløbet, kan være med til at vise, om der bør åbnes flere flexforløb på nogle af de andre hospitalsmatrikler, for at nå ud til så mange udsatte patienter som muligt. Dernæst bør der forskes og udvikles videre på, hvordan de sundhedsprofessionelle kan opnå større viden om denne patientgruppe, for at der kan skabes et bedre patientforløb med koordinering og bedre samarbejde. Samtidig med at have fokus på, om flexforløbet anvendes til sparring fra de sundhedsprofessionelles side af.

Til slut må det bemærkes, at nogle socialt udsatte beretter om, at de ikke vil være til besvær og at de gerne så at der kom en afdeling, hvor det kun er dem, der indlægges dér fx indlæggelse til afrusning. Dette for at forstyrre mindst muligt, da nogle af de udsatte ikke mener at de har en alvorlig sygdom. Dermed kunne det være relevant at undersøge både med kvalitative og kvantitative metodiske perspektiver om en sengeafdeling på hospitalet vil være gavnligt både for socialt udsatte og bidrage til større compliance. Ligeledes med involvering af de sundhedsprofessionelles oplevelse på specialafdelingerne.

Litteraturliste

Andersen, M. H., Jørgensen, L. & Davidsen, S. (2019). *Samfundsvidenskabelige metoder, hvad er det? I.* Kristensen & Hussain (red.), *Metoderne i samfundsvidenskaberne* (61-75). København.

Andersen, D. & Kessing, M. L. (2018). *Stigma, problem drug use, and welfare state encounters: changing contours of stigmatization in the era of social investment.* Vol. 27. Nr. 4, 277-284. <https://doi.org/10.1080/16066359.2018.1508568>. Danmark.

Avdibegovic, E. & Hasanovic, M. (2017). *The stigma of mental illness and recovery.* Vol 29, Nr. 5, S900-905. Kroatien.

Badse, M. (2022): Sundhedssystemet skal indrettes efter patientens behov – ikke omvendt. Lokaliseret d. 18. maj 2022 på <https://dssnet.dk/artikler/det-naere-sundhedsvaesen/sundhedssystemet-skal-indrettes-efter-patientens-behov-ikke-omvendt/>

Bagge, B., Jensen, U. J. & Olsen, J. (2021). *Ulighed i sundhed. Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund, nr. 35,* 7-21.

Benjaminsen, L., Andrade S.B. & Enemark, M.H. (2017). *Fællesskabsmålingen. En undersøgelse af livsvilkår og social eksklusion i Danmark.* København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd. Lokaliseret d. 26. februar 2022 på: https://pure.vive.dk/ws/files/857892/SFI_F_ællesskabsma_lingen_OK.pdf

Birkler, J. (2021). *Videnskabsteori – En grundbog.* (2. udg. Kap. 6). [EPub], København: Munksgaard. <https://videnskabsteori-2udg.digi.munksgaard.dk/?id=p136>

Brinkmann, S. & Kvale, S. (2015). *Interview – Det kvalitative forskningsinterview som håndværk.* København: Hans Reitzel Forlag.

Brinkmann, S. & Tanggaard, L. (red.) (2020). *Interviewet: samtalen som forskningsmetode. Kvalitative metoder – en grundbog.* København: Hans Reitzels Forlag.

Cloyd, M., Stiles, B. L. & Diekhoff, G. M. (2020). *Nursing students' perceptions of substance abusers: The effect of social status on stigma*. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104691>. USA.

Flexklinikken (2022): Det Organisatoriske Niveau. Internt notat. Ikke publiceret. Kan fremsendes fortroligt på forlangende.

Garpenhag, L. & Dahlman, L. (2021). *Perceived healthcare stigma among patients in opioid substitution treatment: a qualitative study*. <https://doi.org/10.1186/s13011-021-00417-3>. Sverige.

Jacobsen, M.H., & Willig, R. (red.) (2008). *Anerkendelsespolitik*. Odense: Syddansk Universitetsforlag

Jensen, C.S. (2016). *Sociale forskelle og social stratifikation*. København: Hans Reitzels Forlag.

Jensen, A. M. B. & Vallgård, S. (2021). *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. København: Munksgaard.

Jessen, B. (2021): *Overlægen sagde undskyld til Jørgen: Vi gjorde det ikke godt nok*. Lokaliseret d. 24. maj 2022 på <https://ugeskriftet.dk/nyhed/overlaegen-sagde-undskyld-til-jorgen-vi-gjorde-det-ikke-godt-nok>

Jønsson, A og Brodersen J (2022). *Snart er vi alle patienter. Overdiagnostik i medicinske og samfundsfaglige perspektiver*. København: Samfundslitteratur.

Kappel, N. og Tanderup, L. (2020). *Social udsathed og sygepleje*. København: Samfundslitteratur.

Kristensen, C. J., & Hussain, M. A. (2019). *Samfundsvidenskabelige metoder, hvad er det?* I. Kristensen & Hussain (red.), *Metoderne i samfundsvidenskaberne* (15-28). København.

Ludvigsen, K.B. og Brünés, N. (2013). *Socialsygepleje i somatik og psykiatri. En antologi over erfaringerne fra Projekt Socialsygepleje – det gode patientforløb*. Glostrup: KABS Viden.

McLellan, A. T. (2017). *Substance misuse and substance use disorders: Why do they matter in healthcare?* *Transactions of the American clinical and climatological association* (128), 112-130. USA.

Mekonnen, A. & Lee, B. K. (2021). *Social work in addiction: Opportunities and alliances*.

<https://doi.org/10.1080/02650533.2021.1964454>. Canada.

Pedersen, P.V. (2018). *Socialt udsattes møde med sundhedsvæsenet*. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU. Lokaliseret d. 20. januar 2022 på:

https://www.sdu.dk/da/sif/rapporter/2019/socialt_udsattes_moede_med_sundhedsvaesnet

Region Hovedstaden (2014). *Vejledning for alkoholabstinensbehandling – monitorering og scoring*.

Lokaliseret d. 20. maj 2022 på https://www.regionh.dk/til-fagfolk/Sundhed/Sundhedsfaglige-raad-og-komiteer/Documents/Anesthesiologi/2015_05_27_Bilag_til_pkt._10_RegH_Abstinensvejledning_uden_kommentarer.pdf

Rådet for Socialt Udsatte (2019). *Socialt Udsattes situation – Årsrapport 2019*. København. Lokaliseret på: <https://udsatte.dk/udgivelser/socialt-udsattes-situation-aarsrapport-2019>

Rådet for Socialt Udsatte (2020). *Lighed i sundhed – Rådet for Socialt Udsattes sundhedspolitiske forslag*. København. Lokaliseret på: <https://www.udsatte.dk/publikationer/116/lighed-i-sundhed-raadet-for-socialt-udsattes-sundhedspolitiske-forslag>

Rådet for Socialt Udsatte (2022). *Socialt Udsattes Situation – Årsrapport 2021*. København. Lokaliseret på: <https://www.udsatte.dk/publikationer/128/socialt-udsattes-situation-aarsrapport-2021>

Stalsberg, L. (2021). *Det er nok nu – hvordan nyliberalismen ødelægger mennesker og natur*. København. Forlaget Solidaritet.

Sundhedsstyrelsen (2011). *Ulighed i sundhed. Årsager og indsatser*. København. Lokaliseret d. 25. januar 2022 på: <https://www.sst.dk/da/viden/ulighed-i-sundhed/ulighed-i-sundhed/aarsager-og-indsatser>

SUSY UDSAT 2017 – *Sundhedsprofil for socialt udsatte i Danmark og udviklingen siden 2007*.

København: Statens Institut for Folkesundhed og Syddansk Universitet. Lokaliseret d. 26. februar 2022 på: https://www.sdu.dk/da/sif/rapporter/2018/susy_udsat

Viden til Velfærd – Det nationale forsknings- og analysecenter for velfærd (2018). *Socialt udsatte borgeres brug af velfærdssystemet – samfundsøkonomiske aspekter*. København. Lokaliseret på:
<https://www.vive.dk/da/udgivelser/socialt-udsatte-borgeres-brug-af-velfaerdssystemet-6999/>

Viden til Velfærd – Det nationale forsknings- og analysecenter for velfærd (2018). *Når udsatte borgere møder velfærdssystemet – omfang, udgifter og dilemmaer*. København. Lokaliseret på:
<https://www.vive.dk/media/pure/10156/2119506>