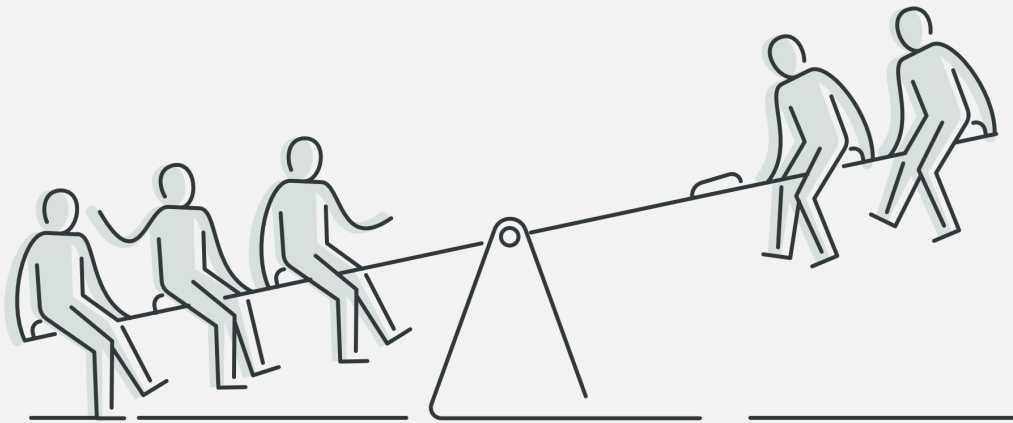




Equal rights or equal opportunities?

En kritisk diskursanalyse om socialt udsatte patienters evne til at opretholde postoperativ egenomsorg efter udskrivelse.

Af Annika Durhuus (76944) og Mette Cecilie Nielsen (76889)

PROBLEMFORMULERING

Hvordan artikulerer rehabiliteringssygeplejersker socialt udsatte patienters evne til at opretholde postoperativ egenomsorg efter udskrivelse? En kritisk diskursanalyse.

RESEARCH STATEMENT

How do rehabilitation nurses articulate the ability of socially vulnerable patients in maintaining postoperative self-care after discharge? A critical discourse analysis.

Antal anslag: 179.986

Kandidatuddannelsen i sygepleje
Kandidatspeciale 4. semester
Roskilde Universitet
Sommereksamen 2023 – Ordinær
Vejleder: Kim Jørgensen
Dato for aflevering: 01.06.2023

Opgaven må udlånes til projektbiblioteket

Resumé

Baggrund: At udfordre tankegangen om, at alle patienter har samme forudsætninger for aktiv deltagelse i postoperative forløb efter udskrivelse.

Formål: At identificere hvordan rehabiliteringssygeplejersker artikulerer socialt udsatte hovedhalskræft patienters evner og muligheder, for at opretholde egenomsorg i det postoperative forløb efter udskrivelse.

Metode: Den socialkonstruktivistiske tilgang, herunder kritisk diskursanalyse af Fairclough. Igen-nem denne analysestrategi er et fokusgruppeinterview blevet gennemført og analyseret.

Resultater: En identifikation af tre diskurser: 1) Diskurs mod effektivisering og neoliberal styring, hvor accelererede operationsforløb og sundhedsvæsenets strukturer, skaber rammerne for sygeplejerskernes arbejdsgang, 2) Den personcentrerede og holistiske sygeplejediskurs, hvor sygeplejerskerne udtrykker, at det er nødvendigt, at socialt udsatte patienter mødes individuelt, 3) Diskursen mod organisatorisk ulighed, hvor der udtrykkes ulighed i sundhedstilbud, alt efter hvor socialt udsatte patienter geografisk er bosat.

Konklusion: Der artikuleres en ulighed i patienternes forudsætninger for at opretholde postoperativ egenomsorg efter udskrivelse.

Abstract

Background: To challenge the idea that all patients have equal conditions for active participation in postoperative self-care after discharge.

Aim: To identify how rehabilitation nurses articulate the ability and possibilities of head- and neck cancer patients in maintaining self-care in the postoperative period after discharge.

Method: The social constructivist methodology, including Fairclough's critical discourse analysis. Through this analytical strategy, a focus group interview has been conducted and analyzed.

Results: Identification of three discourses: 1) Discourse towards efficiency and neoliberal governance, where accelerated surgical procedures and the structures of the healthcare system create the framework for the nurse workflow, 2) The patient-centered and holistic nursing discourse, where nurses express the need to meet socially vulnerable patients individually, 3) Discourse towards organizational inequality, with an expressed inequality in healthcare services depending on the geographical location of socially vulnerable patients.

Conclusion: There is an articulated inequality in patient conditions for maintaining postoperative self-care after discharge.

Indholdsfortegnelse

RESUMÉ	2
ABSTRACT	3
1 BAGGRUND.....	6
1.1 VORES FORFORSTÅELSE.....	6
1.2 BEGREBSAFKLARING	6
1.2.1 Socialt udsatte patienter	7
1.2.2 Rehabiliteringssygeplejersker	7
1.3 INTRODUKTION TIL BAGGRUND	8
1.4 KONSEKVENSER I ULIGHED I SUNDHED SOM FØLGE AF EFFEKTIVISEREDE OPERATIONSFORLØB.....	8
1.5 KLIENTKOMPETENCER SOM EN FORUDSÆTNING FOR DEN EXCELLENTE OMSORG	10
1.6 SYGEPLEJERSKERS VIRKSOMHEDSOMRÅDE	13
1.7 KONKURRENCESTATEN OG STYRINGSPARADIGMER.....	14
1.8 BETYDNINGEN AF MENNESKETS SAMLEDE KAPITAL	16
2 AFGRÆNSNING	17
3 PROBLEMFORMULERING.....	18
4 LITTERATURSØGNING.....	18
5 METODE	20
5.1 DEN VIDENSKABSTEORETISKE REFERENCERAMME	21
5.1.1 Socialkonstruktivisme	21
5.2 METODOLOGI.....	23
5.2.1 Diskursanalyse som metodologi	23
5.2.2 Forskerens rolle.....	24
5.2.3 Kritisk diskursanalyse	25
5.3 UNDERSØGELSENS DESIGN	26
5.3.1 Fokusgruppeinterview	26
5.3.2 Udvælgelse af informanter	27
5.3.3 Strukturering og gennemførelse af interview	28
5.3.4 Introduktion	29
5.3.5 Transskribering	29
5.3.6 Forskningsetiske overvejelser	30
5.4 ANALYSESTRATEGI.....	32
5.4.1 Diskurs som tekst.....	33

5.4.2 Diskursiv praksis	35
5.4.3 Diskurs som social praksis	36
6 ANALYSE.....	37
6.1 ANALYSE AF DISKURS SOM TEKST	38
6.1.1 Vokabular	39
6.1.2 Grammar: Transitivity	41
6.1.3 Grammar: Modalitet	48
6.2 ANALYSE AF DISKURSIV PRAKSIS	50
6.2.1 Diskurs mod den personcentrerede og holistiske sygepleje	50
6.2.2 Diskurs mod organisatorisk ulighed	52
6.2.3 Diskurs mod effektivisering og neoliberal styring.....	54
6.3 OPSUMMERING AF ANALYSE	56
6.4 ANALYSE AF SOCIAL PRAKSIS	57
6.4.1 Ideologi.....	58
6.4.2 Hegemoni.....	59
7 DISKUSSION	60
7.1 ER UKORREKT SUNDHEDSADFÆRD ÅRSAG TIL SVÆKKET EGENOMSORGSKAPACITET?	61
7.2 ULIGHED I SUNDHED – ÅRSAGER OG INDSATSER.....	63
7.3 DEN BARMHJERTIGE- OG POLITISKE SAMARITANER.....	66
7.4 DISKUSSION MED INVOLVERING AF DET ORGANISATORISKE PERSPEKTIV	68
7.5 DISKUSSION MED INVOLVERING AF PATIENTPERSPEKTIVET	70
7.6 DISKUSSION AF METODE	73
8 KONKLUSION	77
9 PERSPEKTIVERING.....	78
LITTERATURLISTE.....	81

1 Baggrund

I det følgende afsnit vil vi definere vores egen forforståelse af socialt udsatte patienter i sundhedsvæsenet.

1.1 Vores forforståelse

Baggrunden for denne opgave er, at vi som studerende på kandidatuddannelsen har en stor interesse i social ulighed i sundhed. Vi er uddannede sygeplejersker med henholdsvis fem- og seks års erfaring. I løbet af disse år har vi arbejdet på en akutmodtagelse og en øre-næse-halskirurgisk afdeling, og har mødt mange forskellige patientgrupper, herunder både socialt udsatte og mere ressourcestærke patienter. Vi har en opfattelse af, at vores sundhedsvæsen er præget af effektivisering. En effektivisering hvor primært de ressourcestærke patienter er i stand til at navigere og opnå den opmærksomhed de har brug for, og dermed opnår den bedste behandling i mødet med sundhedsvæsenet. På den anden side oplever vi, at de socialt udsatte patienter er mere ressource-svage og tabes i systemet. Vores erfaring er, at de socialt udsatte patienter ofte nedprioriteres, ikke forstår den vejledning, de får, og ikke har ressourcerne til at efterleve de forventninger, der stilles. Vores forforståelse af konsekvenserne er, at de socialt udsatte patienter oplever flere og mere alvorlige komplikationer i det postoperative behandlingsforløb på grund af nedsat kapacitet til at efterleve og forstå handleanvisninger for god egenomsorg, hvilket for eksempel kan medføre øget infektions- og blødningsrisiko samt underernæring.

1.2 Begrebsafklaring

I det følgende afsnit vil vi definere “socialt udsatte patienter” og “rehabiliteringssygeplejersker” i specialet.

1.2.1 Socialt udsatte patienter

Den socialt udsatte patient defineres ud fra kriterierne *uddannelsesniveau*, hvis patienten er ufaglært, *livsstil*, hvis patienten ikke lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger ift. KRAM-faktorerne: kost, rygning, alkoholforbrug og motion, *indkomst* svarende til lav indkomstgruppe samt hvis patienten ikke har et *socialt netværk* eller har et sparsomt *socialt netværk* (1). Det er denne definition, vi anvender som vores forforståelse af den socialt udsatte patient i forbindelse med udarbejdelsen af baggrunden for vores problemstilling.

I vores fokusgruppeinterview spørger vi ind til informanternes subjektive vurdering og fortolkning af socialt udsatte patienter og tager udgangspunkt i deres vurderinger og fortolkninger i analyseafsnittet. Dette begrundes med, at vi forventer, at alle informanter opnår eller har den samme forståelse af den socialt udsatte patient, når de diskuterer definitionen.

1.2.2 Rehabiliteringssygeplejersker

Rehabiliteringssygeplejersker er i dette speciale ansat på et hospital. Sygeplejerskerne er ansat på selve det kirurgiske afsnit, hvor patienterne plejes postoperativt. Deres funktion er at samarbejde med patienten og pårørende om, at finde frem til behov som er opstået, som følge af det postoperative indgreb. Sygeplejerskerne tilbyder både telefonopkald og hjemmebesøg, hvor de kan hjælpe med pleje, støtte og rådgivning, så patienten kan finde sig til rette i hverdagen igen efter udskrivelse (2).

Rehabiliteringssygeplejerskerne vurderes relevante at benytte som informanter til besvarelse af vores problemstilling, grundet deres erfaringer med sundhedsvæsenets strukturer, som regionsansatte på hospital samt deres faglige viden om kirurgi, og herunder hvor vigtigt det er, at patienterne efterlever de anbefalinger som forelægges efter operationen, for at undgå komplikationer. Derudover er disse sygeplejersker på postoperative hjemmebesøg, så de oplever og kan dermed sætte ord på socialt udsatte patienters evne til at opretholde postoperativ egenomsorg.

1.3 Introduktion til baggrund

Baggrundsafsnittet fremhæver øget effektivisering af operationsforløb og de potentielle konsekvenser for behandlingen. Diskurserne om deltagelse og effektivitet anses som centrale faktorer i denne udvikling. Ifølge Mondahl (3) og Hjort (4), kan dette resultere i ulighed i pleje og behandling, især for socialt udsatte patienter. Patientperspektivet viser, at socialt udsatte patienter oplever udfordringer med at opfylde behandlingskrav og har behov for ekstra støtte fra sundhedsprofessionelle (5). Sundhedsprofessionelle har ligeledes udfordringer med at imødekomme de sociale udsattes behov og efterspørger yderligere færdigheder (6).

Disse perspektiver viser, at både socialt udsatte patienter og sygeplejersker oplever udfordringer i plejen, hvilket kan svække socialt udsatte patienters evne til egenomsorg efter kirurgiske indgreb. Egenomsorg bliver i specialet defineret som den proces, hvor patienten tager ansvar for og udfører de handlinger og beslutninger, der er nødvendige for at bevare og fremme sin egen sundhed og trivsel (7).

Indførelsen af New Public Governance problematiseres samt dens betydning for sygeplejen. New Public Governance bygger på antagelsen om, at mennesket er en aktiv deltager i sit eget liv, hvilket er i kontrast til det relationelle menneskesyn og sygeplejens omsorgsforståelse (8). Denne antagelse kan påvirke behandlingen, hvor sygeplejersker arbejder ud fra ovennævnte diskurser om deltagelse og effektivitet. Derfor vurderer vi, at det er relevant at belyse den organisatoriske og politiske baggrund for konkurrencestaten, da det illustrerer magtforholdene og konsekvenserne, som denne sprogliggørelse har for samfundet (9). Endelig fremhæves Pierre Bourdieus teori om kapitaler, som kan give perspektiv på, hvordan systematiske forskelle i menneskers samlede kapitaler kan skabe ulighed i samfundet (10).

1.4 Konsekvenser i ulighed i sundhed som følge af effektiviserede operationsforløb

Denne specialeundersøgelse fokuserer på socialt udsattes egenomsorg efter hoved-halskræftkirurgi. Hoved-halskræftkirurgi er relevant at anvende i denne sammenhæng, da patienter ofte gennemgår et komplekst forløb både før, under og efter operationen. Mange patienter får anlagt en ernæringssonde, og nogle patienter får anlagt en trakeotomi, som patienten selv skal kunne varetage plejen af, inden udskrivelse fra hospitalet. Desuden er mundhygiejne ofte en vigtig del af det

postoperative forløb (11). Hoved-halskræft er en overordnet betegnelse for kræftformer, der opstår i halsområdet, herunder luft- og spiseveje, mundhule samt kirtler på halsen (12). Patienter som diagnosticeres med hoved-halskræft, bliver indskrevet i et pakkeforløb, som er en struktureret og fastlagt behandlingsplan (11).

Ifølge pakkeforløbet for hoved-halskræft skal patienten modtage den kirurgiske behandling inden for syv dage efter afslutningen af udredningen og beslutningen om tilbud om kirurgisk behandling. Udover at forholde sig til sin nydiagnosticerede kræftsygdom, skal patienten ofte også forholde sig til vejledning i utilsigtet vægttab og rygestop. Dette skyldes, at patienter med hoved-halskræft ofte er i ernæringsrisiko og har et stort forbrug af tobak (11).

Når en patient modtager kirurgisk behandling for hoved-halskræft, indgår patienten i et accelereret operationsforløb (3). Accelererede operationsforløb blev udviklet i midten af 1990'erne af Henrik Kehlet. Disse forløb er standardiserede og evidensbaserede behandlingsprogrammer med specifikke mål for sygeplejen. De indebærer en systematisk optimering af information, smertebehandling, mobilisering og ernæring både før, under og efter operationen. Disse mål bygger på et tværfagligt samarbejde mellem kirurger, sygeplejersker og andre sundhedsprofessionelle (13). Ifølge Kehlet, har alle patienter stor fordel i at indgå i et accelereret operationsforløb, da der i det postoperative forløb er færre komplikationer og en hurtigere restitution (14). En rapport udarbejdet af Sundhedsstyrelsen konkluderer, at den samlede indlæggelsestid i et kolonkirurgisk patientforløb er gået fra det konventionelle forløb på syv dage til to-tre dage i et accelereret operationsforløb. Fra et samfundsøkonomisk perspektiv, betyder dette en samlet besparelse på omkring 3.800 kroner pr. indlæggelse (15). Ifølge Kehlet har denne besparelse på sundhedsområdet ikke været set tidligere (13). Dog kan disse hurtigere og mere effektive operationsforløb medføre øget ulighed i behandlingen af patienterne, da der stilles øgede krav til patienternes deltagelse i egen behandling. Dette er fremhævet i en diskursanalyse fra 2022, som belyser hvordan de organisatoriske strukturer påvirker social ulighed for hoved-halskræft patienter, og der er identificeret to fremtrædende diskurser. Den ene diskurs omhandler effektivitet, mens den anden diskurs omhandler deltagelse (3). Disse diskurser kan have negative konsekvenser for socialt udsatte patienter, da de indebærer hurtige behandlingsforløb, hvor patienten hurtigt skal tilpasse sig anbefalinger og forstå information om, hvordan de skal handle på en bestemt måde. Diskurserne sætter også de sundhedsprofessionelle i klemme mellem to modsatrettede krav- effektivitet og deltagelse, da de skal sikre hurtige

og korte behandlingsforløb samtidig med, at patienterne skal involveres i egen behandling. Kravet om deltagelse er forankret i liberale værdier om den enkeltes ret til involvering og behovet for, at patienterne selv er i stand til at handle for at forbedre kvaliteten af deres behandling (3). Patienternes deltagelse ses som et krav snarere end et tilbud, da effektiviteten afhænger af, at sundhedsprofessionelle involverer patienterne og får dem til at handle på den forventede måde. Patienterne skal derfor handle på en forudbestemt og forventet måde for at opnå det bedst mulige resultat af deres behandling. Patienter, som ikke er i stand til at handle på den forudbestemte måde, kan ende med at undlade at handle, hvilket sandsynligvis vil påvirke sundhedsprofessionelles syn på patienterne og udfaldet af behandlingsforløbet. I sidste ende kan dette øge risikoen for ulighed i behandlingen af patienter (3). Artiklen fremhæver, at ikke alle patienter har de forudsætninger der kræves, for at kunne deltage aktivt i de tilrettelagte, korte behandlingsforløb (3). Artiklen påpeger også, at sundhedsprofessionelle er presset mellem kravene om effektivitet og patienternes deltagelse. Hvis patienterne ikke deltager, mindskes effektiviteten, og derfor er det en stor del af de sundhedsprofessionelles arbejde at motivere patienterne til at deltage i deres egen behandling. Hvis patienterne ikke deltager på grund af manglende ressourcer, kan det have konsekvenser for deres behandlingsforløb, og dette kan skabe ulighed i behandlingen (3). Denne ulighed i behandlingen kan ifølge en rapport fra Sundhedsstyrelsen, have omkostninger for det enkelte menneske i form af øget sygelighed, dårligere livskvalitet og et kortere liv (16).

Katrin Hjort understreger yderligere den stigende ulighed i sundhed og påpeger, hvordan den bemærkelsesværdigt falder sammen med den øgede neoliberalistiske tilgang og ændringen i den politiske strategi mod en konkurrencestat (4).

1.5 Klientkompetencer som en forudsætning for den excellente omsorg

Ifølge Katrin Hjort er ulighed til stede, når der er systematiske forskelle i vilkår og muligheder for behandling, i forhold til individer og bestemte grupper af mennesker i samfundet (4). I sin artikel "Skal man være rask for at være syg?" fokuserer hun på, om den nye politiske dagsorden og indførelsen af New Public Management stiller anderledes og større krav til patienternes empowerment (4). Hun beskriver, hvordan der i takt med effektivisering, indførelse af New Public Management og den tiltagende neoliberale politiske tilgang til velfærd, sker en favorisering af de borgere, der er bedst socialt stillede (4). Katrin Hjort interesserer sig især for, hvordan de nye organisatoriske strategier og konkurrencestatens indtræden, stiller nye krav til borgernes ressourcer og hvordan de

mest kompetente klienter opnår den bedste behandling. Hun belyser, hvordan kommunale politiske visioner sigter mod, at borgerne skal være selvhjulpne og selvforsørgende, og at ressourcerne skal prioriteres til dem, som potentielt vil kunne klare sig uden hjælp fra det offentlige (4). Den sociale ulighed i behandling viser sig ikke kun i, at de bedst socialt stillede i højere grad overlever alvorlige sygdomme og modtager den dyreste og bedste behandling, men også i adgangen til sundhedsydelser, som tilgodeser de mest handlekraftige borgere. Med andre ord, er der en tendens til, at de sundeste modtager de bedste sundhedsydelser, ifølge tal fra CASA 2014 (4). I kampen om at modtage den excellente omsorg har Katrin Hjort givet nogle bud på, hvordan borgerne kan navigere og agere i kontakten med sundhedsvæsenet og dermed hvilke krav, der stilles i forhold til borgeres kompetencer. Hun har under inspiration fra Bourdieu og hans kapitalbegreber opstillet såkaldte "Krævede klientkompetencer", som indbefatter affektive, kognitive, sociale og økonomiske ressourcer (4).

Affektive ressourcer kræver at klienten er i stand til at positionere sig i relation til de professionelle, at klienten kan vise og beskrive egne behov, udtrykke vilje til selvhjælp og anerkende de professionelles indsats (4).

Kognitive ressourcer indebærer evnen til at kunne orientere sig og navigere i nødvendige procedurer, at kunne koordinere og holde styr på logistik samt at kunne forstå anbefalinger og forklaringer fra de professionelle (4).

Sociale ressourcer i form af at etablere relevante netværk i og udenfor sundhedssystemet, skaffe informationer og skabe tillidsforhold til personer med indsigt og indflydelse (4).

Økonomiske ressourcer omhandler at klienten selv skaffer viden om evt. alternativ finansiering af sundhedsydelser og finde finansiering via forsikring, arbejdsplads eller egenbetaling.

Hvis ovenstående ressourcer er påkrævede for at få tildelt de bedste og flest sundhedsydelser, så opstår der en naturlig social selektion i forhold til hvilke borgere der tilkendes excellent behandling. Konkurrencen om velfærd er steget, men konkurrencevilkårene er ulige og de store tabere, er dem der i samfundet er dårligst ressourcemæssigt positioneret (4). Det fremhæves af Katrin Hjort, hvordan det kræves, at patienter har kompetencer til at kunne navigere i sundhedssystemet. Det er dog imidlertid ikke alle patienter der har disse kompetencer, hvilket kan svække udfaldet af be-

handlingen samt kvaliteten af relationen til patienten. En systematisk litteraturgennemgang, udarbejdet af Sundhedsstyrelsen (16), viser, at kvaliteten af relationen til den socialt udsatte patient er svækket i forhold til andre patienter. Der ses evidens for, at der i relationen opstår ulige partnerskaber, hvor den socialt udsatte patient i større grad oplever ikke at kende til de forskellige udfald eller årsager til den behandling, de modtager. Ved manglende forståelse af årsagerne til egen behandling, opstår der også udfordringer i at forstå og imødekomme opfordringer fra de sundhedsprofessionelle. På denne baggrund vælger mange socialt udsatte patienter ikke at følge de sundhedsprofessionelles anbefalinger, for eksempel om at få foretaget en operation, på grund af forvirring over de mange informationer, som gives (16). I en kvalitativ undersøgelse, omhandlende socialt udsatte patienters forventninger og behov for at navigere i sundhedsvæsenet, findes det, at patienterne har kommunikative, relationelle og pragmatiske forventninger til sundhedsprofessionelle (5). De socialt udsatte patienter har behov for ekstra støtte for at føle sig forstået og hørt, men også for at forstå de informationer, de modtager. Socialt udsatte har brug for følelsesmæssig og psykosocial støtte, samt pragmatiske forventninger om fx lokationer eller hvordan man skal navigere i sundhedsvæsenet (5).

Ovenstående litteratur viser, at den socialt udsatte patient har udfordringer med at navigere i sundhedsvæsenet og udtrykker behov for ekstra støtte i dette. Det ses som et udtryk for, at de føler sig udenfor sundhedsvæsenets organisatoriske strukturer, og at der er behov for en aktiv indsats fra sundhedsfagligt personale for at imødekomme dette behov. Fra et sygeplejefagligt perspektiv er der imidlertid en oplevelse af, at sygeplejerskerne ikke har kompetencer til at give den ekstra støtte, som de socialt udsatte patienter har behov for. I et kvalitativt studie undersøges sygeplejerskers oplevelse af problemstillinger i mødet med blandt andet socialt udsatte patienter (6). Baggrunden for denne undersøgelse er, at relationen til patienten er central for at kunne understøtte patienters udfordringer med både udseende og helbred. Udfordringer i relationen kan have konsekvenser for kvaliteten i plejen og dermed ligheden i plejen. Et af resultaterne i undersøgelsen er, at sygeplejerskerne oplever, at der opstår ulighed i sundhedsydelserne og ulighed i sygeplejen til de patienter, som sygeplejerskerne opfatter som udsatte. Der kræves en ekstra indsats for at imødekomme behovene hos udsatte patienter, men sygeplejerskerne oplever ikke altid, at de besidder de nødvendige kompetencer til dette. Derfor efterspørges der viden og færdigheder, så ulighederne i syge-

plejesituationerne kan imødekommes (6). Når sygeplejersker oplever, at de ikke besidder de nødvendige kompetencer til at imødekomme patienters behov, kan det ifølge Delmar føre til omsorgssvigt (8). Dette vurderes at kunne have alvorlige konsekvenser for patienternes helbred og trivsel.

1.6 Sygeplejerskers virksomhedsområde

Sygepleje handler om en praksis, hvor syge mennesker plejes. Det centrale ord er "pleje", som etymologisk set betyder "at drage omsorg for" (17). En vigtig del af sygepleje er således at drage omsorg for patienterne, hvilket ofte defineres som det centrale og bærende element i sygepleje. Den primære betydning af omsorg kommer fra det engelske ord "care", som henviser til det at have et ansvar og en opgave i at sørge for et andet menneske, som ikke selv kan eller vil (17). Omsorg kan spores tilbage til det latinske ord "caritas", som betyder hengivenhed, barmhjertighed eller kærlighed til ens næste (17). For at yde omsorg, skal sygeplejersken kunne handle spontant, uegenlyst og ud fra patientens behov. At yde omsorg er en holistisk tilgang, en mellemmenneskelig intervention og en moralsk handling med fokus på den enkelte patient og dennes behov (17). Målet med omsorg er at optimere patientens velvære og minimere lidelse. Omsorg bygger på følelser og empati, er individorienteret, afhængig af kontekst og kommer til udtryk i handlinger, erfaring, etik og værdigrundlag (17). Charlotte Delmar har publiceret en artikel med titlen "*Omsorg og ansvar som to sider af samme sag*", hvori hun diskuterer omsorgsforståelsen i lyset af et New Public Governance sundhedssystem. New Public Governance er den aktuelle styringslogik i Danmark og har fokus på, at styring og ledelse skal præges af samstyre og samskabelse (8). Det er baseret på autonomi og et menneskesyn hvor individet er aktør i eget liv, hvilket kan stå i kontrast til den omsorg der baserer sig på det relationelle menneskesyn og grundantagelsen om, at vi er afhængige af hinanden (8). Delmar beskriver hvordan omsorgssvigt kan vise sig i tre forskellige former. Den første er *formynderi*, hvor sygeplejersken kommer med faglige argumenter for at få patienten til at gøre det, som sygeplejersken anser som værende det bedste for patienten (8). Samarbejdet styres af sygeplejerskens viden, erfaring og forforståelse, så patient og pårørende overhøres. Den anden form er *omklamring*, hvor patienten selv er i stand til at udføre opgaver eller pleje, men fratages disse evner, af en alt for omklamrende fagperson. Den tredje form er *at lade patienten i stikken*. Denne form anses især for at være en faldgrube i en New Public Governance styringslogik, hvor sygeplejersken overlader for meget til patientens egen handlenkapacitet og ansvar for egen situation

(8). *At lade patienten i stikken* er omsorgssvigt som ofte er begrundet med, at menneskers autonomi skal respekteres, og at mennesker i almindelighed ønsker indflydelse og selvforvaltning af eget liv. Konsekvensen bliver at der pålægges for meget ansvar på patienten som føler sig presset og kan opleve at føles sig uværdigt mødt. Delmar italesætter hvordan et sundhedssystem under New Public Governance styring, er lig med en "survival of the fittest" tankegang (8). Idealet om involvering og partnerskab imødekommer de ressourcestærke og handlekraftige borgere, men det vil indebære ansvarsforflygtigelse og omsorgssvigt for dem som ikke er i kontrol, eller som besidder mindre ressourcer. Mantraen i den nuværende politiske agenda medfører et generisk fokus fremfor individet, og omsorgens berettigelse i sygeplejen udfordres (8).

1.7 Konkurrencestaten og styringsparadigmer

I det følgende afsnit vil vi uddybe de faktorer og tendenser, der har ført til opkomsten af konkurrencestaten og hvordan dette har påvirket den måde, samfundet er struktureret på i dag. Ved at analysere denne baggrund vil vi kunne forstå, hvorfor samfundet og herunder sundhedsvæsenet er konstrueret på den måde, vi oplever det i dag og hvilke overvejelser der har været afgørende for at forme den aktuelle struktur.

Det danske samfund, staten og den offentlige sektor har igennem de sidste 20 år gennemgået adskillige strukturelle forandringer (9). Intensiveringen af internationaliseringen er det, der har ændret verden og Danmark mest markant i løbet af de sidste årtier, mod at være en konkurrencestat snarere end en velfærdsstat (9). Denne udvikling omtales også ofte som et radikalt globaliseringsfænomen, baseret på markedsprincipper, udbud og efterspørgsel ved privatisering, og udlicitering af arbejdskraft samt ydelser mellem lande. I Danmark betragter landets politiske og økonomiske elite internationaliseringen som en ydre kraft, der påtvinger Danmark nye eksistensvilkår (9). En række ændringer og tiltag skal iværksættes, hvis Danmark fortsat skal kunne opretholde samme velfærdsstat under argumentet om, at en stigende konkurrence på det globale marked kræver væsentlige omstillinger. Velfærdsstaten omstilles med henblik på at understøtte de aktive og innovative borgere i stedet for at fungere som et passiviserende kollektivt sikkerhedsnet (9). Denne omstilling har medført øget fokus på, at individet skal bidrage og påtage sig ansvar for vækst og velstand i Danmark. Offentlige og private institutioner udvikles med det formål at styrke hinanden,

så virksomheder, individer og offentlige institutioner kan være så effektive, produktive og innovative som muligt. Der skabes et konstant krav om konkurrenceevneforbedringer, og statens eneste overlevelsesmulighed bliver derfor at indgå i dette sammenhæng og konkurrencepres. Hermed gennembyrder den omtalte konkurrencestat, og der opstår en konsensus om at forskyde folk fra rettigheder til pligtsiden (9). På sundhedsområdet begynder befolkningen at gøre individet ansvarlige for dårlig livsstil, herunder rygning, fedme mm. Virksomheder begynder at tilbyde private sundhedsforsikringer, så man kan opnå bedre ydelser ved sygdom. Der sker ligeledes en forskydning fra staten som ansvarlig for behandling ved sygdom til, at den enkelte borger anser det som egen pligt at påtage sig et ansvar ved at være privat forsikret og ikke kun afhængig af det offentlige sundhedsvæsen (9). En væsentlig ændring i forholdet mellem staten og samfundet er, at der i de seneste årtiers internationaliseringsfokus har været et ikke ubetydeligt skift fra anvendelse af infrastrukturel magt til direkte magt fra statens side. Logikken er, at målet helliger midlet når det handler om Danmarks globale konkurrenceevne (9). Konsekvensen heraf bliver, at topledere i den offentlige sektor i mindre grad samarbejder med interesseorganisationer, men i højere grad som politikudviklere og -udfører med direkte magt. Politikernes argumentation om at konkurrencestaten redder velfærdsstaten møder meget kritik, især set i lyset af, at der med fokus på internationalisering og konkurrencedygtighed de sidste 20 år, sideløbende er sket en markant stigning i ulighed og fattigdom (9). Denne sprogliggørelse af konkurrencestaten og styringsparadigmer bidrager til indsigt i, at velfærdsstatens opgave på nuværende tidspunkt er at understøtte den aktivt deltagende borger, fremfor at agere kollektivt sikkerhedsnet.

Dette underbygges af en diskursanalyse fra 2019, som er inspireret af Michel Foucault (18). I studiet er der blevet analyseret forskellige politiske dokumenter, lovgivninger og rapporter. Ud fra et social-konstruktivistisk perspektiv beskrives det, at ulighed i sundhed er historisk og kulturelt betinget, og dermed kan ulighed i sundhed principielt udbedres. Socialt udsatte mennesker defineres som personer, der har været udsat for udfordringer i livet, hvilket har resulteret i, at de er faldet ud af den dominerende sociale forståelse af det gode liv. Et af analysens fund er en konstruktion af klienten. I analysen ses klienten som værende afhængig af sociale systemer og forpligtet til at give noget tilbage for de ydelser som modtages (18). Klienten opfattes som et afhængigt individ, der opfordres til at følge det, der anses for at være korrekt adfærd. Desuden er begrebet rehabilite-

ring gennemgående i analysen og anvendes med henblik på at udvikle eller genoprette arbejdsleven hos personer, der er afhængige af sociale ydelser. Samtidig ses socialt udsatte som et potentiale for samfundets arbejdsmarked, og derfor er målet at få disse mennesker til at bidrage til arbejdsmarkedet. Det betyder, at de ydelser som modtages, skal betales tilbage til samfundet. Socialt udsatte skal aktivt forsøge at tage kontrol over deres eget liv, og med dette perspektiv på socialt udsatte, bidrager regeringen til problematiseringen af menneskers sundhedsadfærd ved at påtale og regulere den enkeltes valg omkring livsstil og adfærd. Ifølge denne diskursanalyse er sundhedsadfærd blevet et politisk anliggende, og det forventes, at den enkelte er i stand til at træffe "de korrekte" beslutninger vedrørende sundhed og livsstil (18).

Artiklen bidrager med yderligere viden om samfundets konstruktion og italesættelse af den socialt udsatte. Den socialt udsatte opfattes som et menneske, der skal gøre en aktiv indsats for at passe ind i samfundets systemer således, at vedkommende kan bidrage til samfundet. Som følge af dette, stilles større krav til patienters kompetencer i samfundet.

1.8 Betydningen af menneskets samlede kapital

Ovenstående litteratur viser, at for at være den aktivt deltagende borger i velfærdsstaten så der kan bidrages til samfundet, skal man være i besiddelse af en vis mængde af ressourcer. For at tydeliggøre hvilke former for ressourcer, anvendes Pierre Bourdieus teori om kapitaler (10).

Ifølge Bourdieu refererer kapitaler til mængden af ressourcer et menneske er i besiddelse af. Bourdieu skildrer kapitalerne som: *Økonomisk kapital*, *social kapital*, *kulturel kapital* og *symbolsk kapital* (10). Den økonomiske kapital omfatter den materielle rigdom, man besidder, såsom ejendomme eller værdipapirer (10). Den sociale kapital dækker over det sociale netværk, man har, som både kan være familiære eller andre tætte relationer. Kernen i den sociale kapital er de fordele, som man kan forvente, ved at have et stort socialt netværk (10). Kulturel kapital kan defineres bredt, men essentielt er, at den indlejres gennem sprogbrug, politiske holdninger og manerer, men også gennem viden og interesse for kultur (10). Den symbolske kapital defineres som den symbolske effekt af de forskellige kapitaler, altså den øgede værdi der opstår, når de andre kapitaler omsættes til indflydelse eller anerkendelse. Ifølge Bourdieu er det samspillet mellem de fire kapitaler, der bidrager til et menneskes samlede kapital (10). Bourdieus teori bidrager til viden om hvilke

kapitaler, som spiller ind i, hvor mange ressourcer et menneske har tilgængelig. Når der ses systematiske forskelle mellem disse ressourcer, kan teorien bidrage til hvordan social ulighed opstår i et samfund (10). Man kan tale om sundhed som en form for kropslig kapital, som knytter sig til Bourdieus kulturelle kapital (19). I Danmark eksisterer der bestemte diskurser og praksisser inden for sundhed og sundhedsideal, hvilket kan omfatte emner såsom rygning, motion, kost og alkohol. Disse principper er så dybt forankrede i samfundet, at selv dem, der stærkt tager afstand fra idealerne, ikke kan undgå at forholde sig til dem (19). Et eksempel på dette er, at de fleste der ryger en pakke cigaretter dagligt, ikke kan undgå at forholde sig til, at det ikke er sundt, på grund af diskursen om sundhed. Dette bidrager til viden om, at hvis den gældende diskurs om sundhed følges, kan det påvirke menneskets samlede kapital, da kapitaler ifølge Bourdieu gensidigt påvirker hinanden (10).

2 Afgrænsning

Som det fremgår af foregående baggrundsafsnit, er der en systematisk ulighed i sundhedsydelse, hvilket udmønter sig i ulighed i sundhed og behandling af patienter (3, 4, 5, 6, 18). De mest ressourcestærke og handlekraftige patienter opnår ofte den bedste behandling, mens tendensen er, at de socialt udsatte patienter bliver ladet i stikken (3) (8). Ifølge Delmar har sygeplejersker qua deres profession et ansvar for at yde omsorg, som indebærer udøvelse af kærlighed og barmhjertighed overfor det menneske de møder (8). Dette udfordres af den øgede effektivisering og sprogliggørelse af, at patienter skal være aktive i deres eget behandlingsforløb (3).

Da vi ønsker at udfordre tanken om, at alle mennesker har lige ressourcer til aktiv deltagelse, anser vi det som relevant at anvende Norman Faircloughs kritisk diskursanalytiske tilgang (20). Denne tilgang er yderligere begrundet af, at sproget er med til at konstruere og forme virkeligheden i praksis (20). Det er derfor relevant at undersøge, hvordan sygeplejersker artikulerer de socialt udsatte patienters forudsætninger for at navigere i sundhedsvæsenet. Dette vil bidrage til en bevidstgørelse af sygeplejerskers praksis og artikulering omkring socialt udsattes evne til at opretholde postoperativ egenomsorg i eget hjem.

3 Problemformulering

Hvordan artikulere rehabiliteringssygeplejersker socialt udsatte patienters evne til at opretholde postoperativ egenomsorg efter udskrivelse?

4 Litteratursøgning

For at undersøge hvilke videnskabelige studier der eksisterer vedrørende vores emne "*social ulighed i sundhed*", påbegyndte vi en litteratursøgningsproces. Denne proces har bidraget til, at vi i vores litteratursøgning har arbejdet ud fra et højt fagligt, videnskabeligt og evidensbaseret grundlag (21).

Som en del af planlægningen og strukturen for vores litteratursøgning, startede vi først med en brainstorming for at definere søgeord, der kunne relatere til vores problemstilling og belyse det valgte tema. Vi søgte først bredt på Google og Google Scholar for at danne et overblik over den tilgængelige litteratur inden for området "social ulighed i sundhed" (21). Dette gav os en dybere forståelse af det politiske fokus, på social ulighed i sundhed og dets betydning for både sygeplejersker og patienter. Derefter foretog vi kædesøgninger med henblik på, at finde yderligere relevant litteratur og synonymer, der kunne inspirere vores søgeord til den systematiske litteratursøgning i de videnskabelige databaser (21). Søgeord og synonymer fra vores systematiske litteratursøgning kan findes i bilag 1 – 'bloksøgning i PubMed' og bilag 2 – 'bloksøgning i CINAHL'. Vi opstillede de valgte søgeord, inklusive synonymer, i en PICO-model, som gav os et overblik og en struktur i vores søgestreng. Vi kombinerede søgeordene i forskellige kombinationer med de boolske operatører AND og OR. Vi udviklede og opdaterede løbende PICO-modellen, da vi fandt søgeord fra referencelister i artikler eller forslag fra databaserne under vores søgning. I takt med dette blev vores bloksøgninger også opdateret. Se Tabel 1 - PICO på side 19. Formålet med den systematiske litteratursøgning var at finde forskning i diskurser, strukturer og perspektiver på social ulighed og socialt udsatte mennesker i sygeplejen og behandlingen. Inklusions- og eksklusionskriterier blev opstillet med henblik på at målrette søgningen mod den ønskede population, kontekst og det undersøgte fænomen (21), se tabel 2 - Inklusions- og eksklusionskriterier på side 19. Søgedatabaserne

PubMed og CINAHL, blev udvalgt og anvendt, da de dækker områder inden for sygepleje, sundhed, medicin og sundhedsvæsenet generelt (21).

Tabel 1: PICO

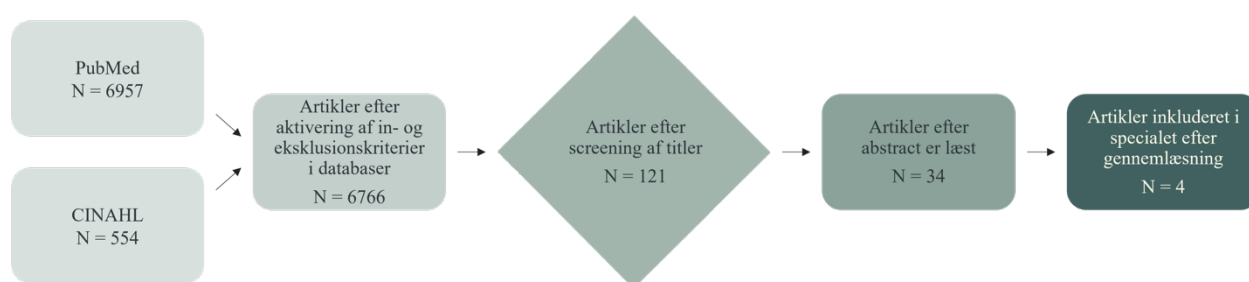
P:	I:	Co:
Treatment	Perspective	Social disparity
Nurse-patient interaction	Discourse	Social disparities
Nurse-patient relation	Structures	Social vulnerability
Nurse-patient relationship	Expectations	Social-economic inequalitis
Nursing situation*	Perceptions	Inequality
	Attitudes	"social inequality"
	Experience	

Tabel 2: In- og eksklusionskriterier

Inklusionskriterier	Eksklusionskriterier
• Publikationer fra 2013 og frem • Nordisk eller engelsk sprog • Diskursanalyser • Observationsstudier • Interviews • Tidsskriftartikler • RCT studier • Clinical trials • Peer Review artikler	• Studier der omfatter ulighed ift. etnicitet, køn, og seksualitet • Publikationer fra Asien, Afrika eller andet forskningen som vi vurderer, er usammenlignelig med ulighed i det danske samfund. • Børn eller unge under 18

I alt blev der fundet 7511 artikler via den systematiske søgning i PubMed og CINAHL. Søgestrengen kan findes i bilag 3 - Søgestreng. Artiklerne blev filtreret ud fra vores opstillede inklusionskriterier, hvilket medførte, at der efterfølgende var tilbageværende 6766 artikler. Vi gennemgik dem ud fra titler og foretog en screening, hvorefter 6645 artikler blev ekskluderet. Vi gennemlæste herefter abstracts på de resterende 121 artikler og ekskluderede yderligere 87 artikler. Efterfølgende gennemlæste vi de sidste 34 artikler og ekskluderede yderligere 30 i henhold til eksklusionskriterierne og relevans. Afslutningsvis havde vi fire artikler, som blev fundet relevante og aktuelle at anvende i specialet. Flowchart kan ses på følgende side, figur 1 - Flowchart.

Figur 1: Flowchart



De fire artikler blev kvalitetsvurderet ved hjælp af instrumentet CASP som anbefales af Center for Kliniske Retningslinjer (22). Selvom artiklerne er peer-reviewed, er der ingen garanti for deres videnskabelige niveau, hvorfor det altid er relevant at lave en kvalitetsvurdering (23). Der er vedlagt et eksempel på en kvalitetsvurdering i bilag 4.

5 Metode

Det følgende afsnit består af en redegørelse og beskrivelse af vores valgte metode, videnskabsteoretiske referenceramme og analysestrategi.

5.1 Den videnskabsteoretiske referenceramme

På baggrund af vores problemformulering, vores ontologiske og epistemologiske spørgsmål, som tager afsæt i, hvordan sygeplejersker artikulere de socialt udsatte patienters opretholdelse af postoperativ egenomsorg, finder vi det socialkonstruktivistiske videnskabsteoretiske ståsted velegnet. Dette valg vil blive uddybet i nedenstående afsnit.

5.1.1 Socialkonstruktivisme

Immanuel Kant anses som en central grundlægger af konstruktivismen (24). Ifølge Kant er vores fornuft og forstand med til at strukturere verden, så vi oplever den, som den viser sig for os. Mennesker har derfor ikke adgang til verden, som den er i sig selv, men kun som den fremtræder for os individuelt (24). Måske svarer verden til det, vi tror, vi ser, men vi kan ikke vide det med sikkerhed. Kant mener, at vores forstand konstruerer vores forståelse og erkendelse af verden, hvilket han kalder fænomenverden (24). Kant mener, at der eksisterer en verden bag fænomenerne, nemlig ”verden i sig selv”, men den har vi ikke erkendelsesmæssig adgang til. Konstruktivister hævder, at fænomener som vi opfatter som værende uafhængigt eksisterende, i virkeligheden er konstrueret gennem menneskers tænkning, sprog og sociale praksisser. Et fænomen, som normalt opfattes som selvfølgeligt, givet, universelt og naturligt, er ifølge konstruktivisterne lokalt og historisk betinget (25).

Den socialkonstruktivistiske tilgang er grundlæggende at se på, hvordan vores forståelse af verden er socialt konstrueret. Ifølge den socialkonstruktivistiske grundtanke, former vores sociale omgang med andre, vores opfattelse af verden omkring os. Den erkendelse vi har af verden, er skabt af mennesker i forskellige kontekster og er kulturelt betinget, og er derfor ikke medfødt. Erkendelsen er blevet til, i det samfund vi lever i og er historisk omskifteligt. Alt er defineret og opstået ud fra den sociale kontekst vi er opvokset i og befinder os i. Interessen er at ændre på de sociale konstruktioner og på hvordan vi kan lave dem om, dette kan ses som en form for politisk frigørelse (25). Et særligt kendetegn indenfor socialkonstruktivismen er ligeledes at man mener, at sproget styrer vores virkelighed og former vores tænkning. Mennesker konstruerer virkeligheden med vores sprog, og hvordan vi taler om ting, er med til at gentage eller rekonstruere en virkelighed. Den socialkonstruktivistiske videnskab har ikke til formål at afdække verden som den er, men er blot

én blandt mange mulige måder, hvorpå vi konstruerer vores fælles verden. Den udfordrer vores vaneforestillinger og opfordrer os til kritisk at se på den måde, vi reproducerer verden på, og hvilke narrative konventioner vi følger (25). Ifølge den socialkonstruktivistiske tankegang er hele sundhedsvæsenet som organisation socialt konstrueret. Denne konstruktion kan derfor konstant formes af den menneskelige virkelighed, sproget og italesættelsen. Konstruktionen af sundhedsvæsenet og den øgede effektivisering, som vi belyste i baggrundsafsnittet i specialet, er noget vi som mennesker selv er med til at gentage eller reproducere. Derfor er det relevant at udfordre denne effektivisering, mere konkret at udfordre den tilsyneladende tankegang om, at alle mennesker passer ind i det konstruerede sundhedssystem. Dette vil vi gøre ved at undersøge, hvordan rehabiliteringssygeplejersker ved brug af sproget, konstruerer virkeligheden omkring socialt udsatte patienters evne til at opretholde postoperativ egenomsorg.

Den danske filosof Finn Collin har systematisk forsøgt at skelne mellem to forskellige typer af socialkonstruktivisme (25). Collin mener, at vi bør skelne mellem henholdsvis en erkendelsesteoretisk og en ontologisk variation af socialkonstruktivismen. Den erkendelsesteoretiske tilgang bygger ifølge Collin på, at videnskabelige teorier og menneskers viden er konstrueret og betinget primært af konteksten og de faktorer, som forskningsprocessen er foregået i. Det er menneskets videnskabelige viden om virkeligheden, som er socialt konstrueret. Den ontologiske variant skal ifølge Collin forstås ved, at virkeligheden er konstrueret af den erkendelse, som mennesker har om en genstand eller et fænomen, og som opstår ved en kollektiv konsensus (25). Det er selve virkeligheden, der er socialt konstrueret. Udover at skelne mellem den ontologiske eller erkendelsesteoretiske variation af socialkonstruktivismen mener Collin, at der skal skelnes mellem en naturvidenskabelig og samfundsvidenskabelig virkelighed. Derudover er det essentielt at stille spørgsmålet "Hvem eller hvad er det, der konstruerer?". I erkendelsesteorien er det de videnskabelige forskere, mens i ontologisk konstruktivisme er det de almindelige samfundsmedlemmer (25). Forskellen mellem variationerne er et spørgsmål om radikalitet. Den erkendelsesteoretiske variation er den mest moderate form for konstruktivisme, som hævder, at erkendelsen er bestemt af den sociale kontekst. Den ontologiske variant er mere radikal og hævder, at også selve virkeligheden er socialt konstrueret (25). Gennem vores metodeforberedelse, empiriindsamling og analyse af rehabiliteringssygeplejerskernes artikulation og erkendelse af patienternes udøvelse af egenomsorg efter operation, vil vi bevæge os i den erkendelsesteoretiske konstruktivisme og undersøge en

samfundsmæssig og menneskelig social kontekst. Indenfor socialkonstruktivismen indebærer den ontologiske præmis, at den fysiske verden eksisterer, men at den først får betydning igennem sproget og diskurser. Det er ikke muligt at opnå en endegyldig objektiv sandhed indenfor socialkonstruktivismen (25). Derfor vil det ikke være muligt for os at opnå sandheden vedrørende fænomenet social ulighed i sundhed, men vi kan opnå en diskursiv forståelse af det. Ifølge Collin vil den viden, vi allerede har og opnår, ikke være neutral, men en produktion af den sociale praksis (25).

Ud fra en socialkonstruktivistisk forståelse betyder det, at den måde, social ulighed i sundhed forstås og accepteres på, er skabt gennem sociale processer og interaktioner og kan ændre sig afhængigt af den historiske og kulturelle kontekst, den udspringer af (25). Vores erkendelse vil være påvirket af vores historie, sociale og kulturelle kontekst, hvorfor det er afgørende, at vi stiller os kritiske over for vores materiale og reflekterer over vores eget ståsted.

5.2 Metodologi

Siden 1980'erne har diskursanalyse udviklet sig inden for human- og samfundsvidenskaben. Diskursanalysen udgør ikke blot én enkelt tilgang, men er betegnelsen for et felt af forskelligartede former for diskursanalytiske tilgange (26). Der findes en række fællestræk mellem de diskursanalytiske tilgange (27), og det er sådanne fællestræk, som vi vil tage udgangspunkt i nedenstående for at skabe indblik i, hvorfor det er relevant at anvende den diskursanalytiske tilgang i specialet.

5.2.1 Diskursanalyse som metodologi

Selve ordet "diskurs" betyder samtale eller en sammenhængende kæde af udsagn. Når diskursanalyse anvendes, er formålet at analysere menneskers udsagn i forhold til de sproglige valg der foretages, og de mønstre der derved dannes. Når mønstre ses sammenhængende som følge af udsagnene, kaldes det for diskurser. Det værdifulde ved diskursanalyse er derfor italesættelsen, og der findes ikke noget virkeligt, andet end de ord, der siges. Fokus er dermed på, hvordan virkeligheden kommer til at fremtræde, når der tales om den på bestemte måder (28). Det er de umiddelbare normative perspektiver der formuleres, og derefter kan relationerne mellem disse kortlægges og

kritiseres, så mulighederne for forandring kan udpeges. De normative perspektiver formuleres gennem sproget, enten skriftligt eller i talen. Fra et diskursanalytisk perspektiv er det sproget og den diskursive handling, der konstruerer den sociale verden, vi lever i. Dette kan udtrykkes ved, at vores viden, identiteter og sociale relationer spiller en central rolle i opretholdelsen af specifikke sociale diskurser. Dermed kan forandring i diskurser også være en måde at ændre det sociale på. Diskursen i sig selv er derfor genstand for analysen, da man aldrig kan undgå diskurserne for at nå virkeligheden (29). Ofte optræder ikke kun én, men flere diskurser i en diskursanalyse, da diskurserne er et produkt af magtkampe, og imellem dem skabes hierarkiske relationer (28). Derfor er målsætningen at lave kritisk forskning, hvor der udforskes og kortlægges magtrelationer i samfundet (29). I dette speciale er det relevant at anvende diskursanalyse som metodologi, da formålet er at undersøge, hvordan sygeplejersker artikulerer deres virkelighed omkring den socialt udsatte patients postoperative egenomsorg efter udskrivelse. Dermed kan deres udsagn omkring dette analyseres, således at der kan fremanalyseres mønstre, som kan frembringe viden fra et sygeplejersperspektiv, omkring hvilke diskurser, som er fremtrædende vedrørende socialt udsattes patienters postoperative egenomsorg efter udskrivelse.

5.2.2 Forskerens rolle

Når man arbejder med diskursanalyse, er det vigtigt at være opmærksom på sin egen viden, om det der undersøges. Det kan være vanskeligt at analysere diskurser, som forskeren selv har en stærk tilknytning til eller en mening om. Derfor bør man forsøge at sætte sin egen viden om diskursen og for forståelse af diskursen til side, så egne holdninger eller meninger ikke påvirker analysen negativt (29). Derudover kan det være udfordrende for forskeren at erkende, at de diskurser, som vedkommende selv er tæt på, er socialt konstruerede betydningssystemer, der kunne have været anderledes. De selvfølgeligheder som findes i materialet, kan opfattes af forskeren selv som selvfølgeligheder, og derfor er det afgørende at være opmærksom på, at det netop er disse selvfølgeligheder, man ønsker at afdække. Interessen er, hvordan bestemte udsagn naturligt accepteres som sande, mens andre ikke gør det. Derfor bør forskeren forsøge at distancere sig fra materialet i det omfang, det er muligt (29). Som det fremgår af afsnittet om vores eget ståsted, har vi begge praktisk erfaring og meninger om, hvordan socialt udsatte mødes i sundhedsvæsenet. Vi vil dog forsøge at holde vores meninger og erfaringer adskilt fra analysen af vores empiri.

5.2.3 Kritisk diskursanalyse

Der tages i dette afsnit afsæt i Faircloughs tilgang i anskuelsen af kritisk diskursanalyse, da det er denne tilgang, som anvendes i analysen af vores empiri i dette speciale. Vores problemstilling lægger op til en kritisk diskursanalytisk tilgang inspireret af Norman Fairclough, da denne vil give indsigt i og en dybere forståelse af rehabiliteringssygeplejerskers artikuleringer af den sociale praksis og på baggrund af disse muliggøre en dybere samfundsforståelse (20).

Fairclough er en britisk lingvist og kritisk diskursanalytiker, der har været fremtrædende siden 1980'erne (30). Han har publiceret i forskellige større forskningstidsskrifter og er kendt på mange pensumlister verden over. I Danmark er han især kendt for sin tretrinsmodel (20), som vil blive uddybet og anvendt senere i specialet. I kritisk diskursanalyse sættes der spørgsmålstegn ved det, der anses for at være viden og selvfølgeligheder (29). Dette skaber grundlag for en nuanceret og konstruktiv refleksion over rehabiliteringssygeplejerskers artikulation af socialt udsatte patienters evne til at opretholde egenomsorg efter udskrivelse. Vores forforståelse på nuværende tidspunkt er, at det fra et samfundsperspektiv, er en selvfølgelighed, at patienter, herunder socialt udsatte patienter, er i stand til at deltage aktivt i deres eget behandlingsforløb og opretholde postoperativ egenomsorg efter udskrivelse. I dette speciale stiller vi os kritisk overfor denne selvfølgelighed.

Kritisk diskursanalyse af Fairclough bygger på lingvistiske og sociologiske antagelser. Med afsæt i disse antagelser kombineres tekstanalyse med socialanalyse. Ifølge Fairclough kan sproget betragtes som handlinger, der bringer noget til eksistens, og på baggrund af dette kan sproget antages at være social praksis (29). Derfor vurderer vi, at det er relevant at foretage en kritisk diskursanalyse af et fokusgruppeinterview, da vi gennem dette, indsamler sproglige udsagn om praksis. I kritisk diskursanalyse fokuseres der på mønstre eller regelmæssigheder i sproget, og det er netop disse mønstre, der former virkeligheden og dermed de muligheder for interventioner, som opstår og konstant reproducere eller udfordres (29). Det hævdes i kritisk diskursanalyse, at diskursive praksisser medvirker til at skabe og reproducere ulige magtforhold mellem sociale grupper. Dermed er fokuspunkterne i kritisk diskursanalyse både de diskursive praksisser og de sociale relationer, herunder magtrelationer. Derudover er fokus også på at undersøge, hvilken rolle diskursive konstruktioner spiller i at fremme bestemte gruppers interesser, med henblik på at bidrage til social

forandring i retning af et mere lige magtforhold i samfundet (29). Med dette fokus er Fairclough tæt på en poststrukturalistisk position, da den diskursive praksis ikke bare handler om at reproducere den eksisterende struktur, men også om at udfordre den ved at sprogligt betegne det, der er uden for den gældende struktur (29). Ved at udfordre strukturen i rehabiliteringssygeplejerskers artikulering og konstruktion af socialt udsattes opretholdelse af egenomsorg, kan det blive muligt at skabe perspektiver på, hvordan ulighed i behandling kan mindskes i praksis.

5.3 Undersøgelsens design

I forsøget på at besvare specialets problemformulering anvendes den empiriske undersøgelsesmetode fokusgruppeinterview med en induktiv tilgang af kvalitativ karakter (31). Valget af denne metode skyldes, at denne form for interview er en professionel samtale, hvor formålet netop er at indsamle og forstå subjektive erkendelser og italesættelser (31) af socialt udsatte patienter set ud fra vores informanternes perspektiv.

5.3.1 Fokusgruppeinterview

Samtalen i fokusgruppeinterviews anses som socialt performative, og det er muligt at analysere både interaktionsformen og indholdet af samtalerne i den udvalgte kontekst (31). Fokusgruppeinterviews er en oplagt metode, når vi ønsker at producere data om sociale gruppers fortolkninger, interaktioner og normer, da det er informanternes sociale interaktioner og artikuleringer der er kilden til data (31). I gruppeprocessen kan informanternes forskellige erfaringer og forståelser producere viden af mere kompleks karakter, i forhold til de sociale praksisser, betydningsdannelser og konstruktioner. En styrke ved fokusgruppeinterviews er, at der kan skabes en dynamik, som danner grundlag for, at informanterne kan spørge nysgerrigt ind til hinandens forforståelse, erfaringer og udtalelser om den undersøgende kontekst. Dette betyder, at gruppen kan producere mere komplekse data om deres fortolkninger, interaktioner og normer, hvilket giver os mulighed for at producere data og opnå viden om deres sociale praksis og forforståelse (31). Dermed kan vi ved hjælp af vores fokusgruppeinterviews, indhente data om rehabiliteringssygeplejerskernes artikulering af socialt udsattes egenomsorg efter kirurgi. Ved at opfordre informanterne til at spørge nysgerrigt ind til hinandens artikuleringer, vurderer vi, at der kan bringes et større ordforråd og flere

spontane synspunkter frem, som ellers ville være blevet tilbageholdt i individuelle interviews. En fordel ved fokusgruppeinterviews er ligeledes dens evne til at producere koncentrerede data om et bestemt fænomen på en relativt tilgængelig måde. Metoden er ikke særlig påtrængende og mindre forstyrrende for informanternes privatliv, sammenlignet med feltarbejde eller observationsstudier (31).

5.3.2 Udvælgelse af informanter

For at undgå udfordringer med at kunne generalisere analytisk ud fra de mønstre (31) vi finder, har vi valgt at være analytisk selektive i udvælgelsen og desuden valgt at få vigtige karakteristika repræsenteret i udvalget. I vores undersøgelse har vi derfor valgt, at fokusgruppen skal være en overvejende homogen gruppe, som består af sundhedsprofessionelle, som er ansat i det udekørende rehabiliteringsteam, der er tilknyttet hoved-halskræftpatienter. I interviewet indgår tre sygeplejersker og en ergoterapeut. Vi vurderer, at ergoterapeuten er lige så relevant at inddrage som sygeplejerskerne, da ergoterapeuten har de samme funktioner. Ergoterapeuten plejer primært patienter med størst udfordringer i synkefunktion, og disse udfordringer stiller ofte større krav til patienternes postoperative egenomsorg.

En overvejende homogen gruppe er en fordel i forhold til, at deltagerne har en del til fælles, hvilket fremmer en flydende diskussion og samtale. Deltagerne arbejder på samme hospital og er en del af et mindre team, og kender dermed hinanden. Fordelen ved at de kender hinanden er, at de har lettere ved at tage del i samtalen, da de føler sig mere trygge blandt mennesker, de kender og allerede samarbejder med. Det vil derfor også være mere naturligt at uddybe og udveksle erfaringer og oplevelser, når man er fra samme netværk (31). Ud fra en socialkonstruktivistisk tilgang kan vi opnå en forståelse for gruppens sociale interaktion, deres dynamik og gruppens udtryk og udtalelser om konsensus, angående deres sociale praksis og italesættelse af socialt udsatte patientgrupper. Som udgangspunkt har vi valgt at arrangere et enkelt fokusgruppeinterview, på et hospital i Region Hovedstaden, hvor vi vil inkludere fire informanter, der ikke arbejder på hoved-halskræft sengeafdelingen, men som udelukkende er tilknyttet rehabiliteringsteamet og arbejder i patientens eget hjem. Afhængigt af om der opnås tilstrækkeligt med data, kan antallet af interviews øges (31).

5.3.3 Strukturering og gennemførelse af interview

Vi har valgt at benytte den blandede tragtmodel i forberedelsen og struktureringen af fokusgruppeinterviewet. Tragtmodellen, også kaldet den blandede model, er en kombination af den løse og den stramme model, hvor man starter åbent og slutter mere styret og specifikt (31). Formålet med modellen er, først induktivt at undersøge og give plads til deltagernes perspektiver, diskussion af temaerne og observerer dynamikkerne imellem dem. Efterfølgende sørger vi for styring, så vi kan belyse vores egne forskningsinteresser. Vi mener desuden også, at det er nødvendigt med en vis grad af styring, da vi er uerfarne interviewere. Endvidere vil vi udføre et pilotfokusgruppeinterview. Dette begrundes igen med, at vi er uerfarne, men derudover øger det også muligheden for at vi kan opnå fortrolighed med vores interviewguide, og finde styrker og svagheder i interviewet samt vores egen udførelse. Vi planlægger at starte med et par meget brede spørgsmål og åbne op for, at informanterne kan diskutere temaet om socialt udsatte patientgrupper samt deres evne til at udføre egenomsorg i det postoperative behandlingsforløb. Derefter vil vi stille mere direkte spørgsmål med åbne svarmuligheder, som fx: "Hvad gør I godt gennem rehabiliteringsforløbene med patienterne, og hvad kunne I gøre anderledes eller bedre?" Se her interviewguiden i bilag 5. Til at facilitere fokusgruppeinterviewets forløb, vil der både være en interviewer og en moderator til stede. Interviewerens rolle er at stille spørgsmål med udgangspunkt i den udformede interviewguide og muliggøre social interaktion i gruppen (31). Moderatorens rolle indebærer at skabe en ramme, hvor der er plads til åbenhed og social interaktion i gruppen, samt at have overblik over de sociale dynamikker, gribe emner og stimulere til diskussion (31). Da vores perspektiv er socialkonstruktivistisk og et fokusgruppeinterview hermed forstås som performative, vil vores informanter forsøge at fremstå normative og få andre til at acceptere og forstå deres vurderinger. Derfor er det væsentligt, at moderatoren sørger for, at gruppen er præget af uformalitet (31). Moderatoren skal opføre sig naturligt ved at klæde sig og kommunikere uformelt, for at fremme en afslappende stemning i gruppen. Det er moderatorens opgave at sikre, at alle deltagere er aktive og engagerede i samtalen og interagerer med hinanden, samtidig med at de holder sig til emnerne. Endelig skal moderatoren sørge for, at informanterne udtrykker forskelligrettede holdninger, meninger og erfaringer, så der kan produceres så mange variationer af udsagn som muligt (31).

5.3.4 Introduktion

Før interviewet starter, vil vi give en introduktion til informanterne, hvor vi både præsenterer os selv og formålet med interviewet. Introduktionen er vigtig, da den beskriver rammerne for interaktionen under interviewet (31). Vi starter med at forklare det overordnede formål med vores undersøgelse og hovedtemaer for interviewet, men uden at være for konkret, så der stadig er mulighed for at holde diskussionerne åbne. Vi ønsker at signalere, hvilke retningslinjer for interaktionen, vi som undersøgere gerne vil opnå (31). De fleste informanter forventer, at et interview består af konkrete spørgsmål, som de skal svare på. Det er derfor vigtigt at vi forklarer, at vi gerne vil have, at de deltager aktivt i diskussionerne med hinanden omkring de emner og temaer, vi tager op og at vi er interesseret i deres uforbeholdne meninger og erfaringer vedrørende dette. Vi vil præsentere hvem der vil være moderator og interviewer, og vores individuelle rolle vil blive forklaret. Vi vil også bede informanterne om at præsentere sig selv for gruppen. Udover det udleverede skriftlige materiale vil vi mundtligt informere om, at vi optager interviewet på audio, og kort informere om, at dette vil blive slettet efter afslutning af speciale, samt forsikre dem om deres anonymitet. Desuden vil vi gennemgå etiske regler for fokusgruppen, herunder respekt for hinandens holdninger, meninger og oplevelser, at der ikke er nogle rigtige eller forkerte svar, at alle svar er okay og velkomne. Fortælle at der er fortrolighed i gruppen, herunder at hvad der bliver sagt under interviewet, forbliver mellem de tilstedeværende. Da den ene af os arbejder og samarbejder med informanterne, mens den anden ingen relation har til informanterne, er det også væsentligt at nævne den positionering, vi har i forhold til hinanden. Vi vil italesætte, at der ikke er nogen forventning om at de vil komme med bestemte eller konkrete svar, men at vi er der for at lære af dem omkring deres arbejde og personlige erfaringer.

5.3.5 Transskribering

Efter interviewet blev lydoptagelserne fuldt transskriberet i en Word-fil, med det formål at gøre det lettere tilgængeligt for videre analyse. Dette blev gjort umiddelbart efter interviewets udførelse, hvor vi stadig kunne huske, hvad der blev sagt. Som noviceinterviewere valgte vi selv at stå for transskriberingen, hvilket Tanggaard og Brinkmann anbefaler, da vi på denne måde sikrer, at vi kommer dybt og grundigt ind i vores materiale (26). For at vi begge kunne arbejde med transskriptionen, delte vi optagelserne ligeligt imellem os, så vi hver især transskriberede cirka 40 minutters

interview. Eventuelle gentagelser, grin, tavshed og kommunikeret konsensus blev medtaget i transskriptionen. Ved at arbejde med transskriptionen opnår vi indsigt i de processer, der foregår mellem interviewpersonerne, vi bliver også opmærksomme på og får indblik i vores egen stil som interviewere (26). Igennem transskriptionen påbegyndtes allerede en analyseproces, da vi reflekterede over det sagte og de umiddelbare fremtrædende diskurser (20). Informanterne blev i transskriptionen angivet med hver deres initialer, fx (INF1), (INF2) osv. Moderatoren blev angivet som (MOD), og interviewer som (INT).

5.3.6 Forskningsetiske overvejelser

Forskning af både kvalitativ og kvantitativ karakter skal tjene videnskabelige og menneskelige interesser (32). Når mennesker inkluderes i et studie, som i dette speciale, er det vigtigt at overveje etiske aspekter for at sikre, at deltagernes rettigheder bliver overholdt og beskyttet. Belmont rapporten udtrykker tre klare principper, som forskningen skal baseres på for at sikre etik. Disse principper er Justice, Beneficence og Respect for Persons - Human Dignity (32). De tre principper tager vi udgangspunkt i, omkring vores overvejelser af forskningsetikken i dette speciale.

I det etiske princip *Justice* ligger retten til retfærdighed. Under dette princip skal der overvejes fordele og ulemper i projektet. Herunder ligger overvejelserne omkring selektionen af deltagere til indsamlingen af empiri. Selektionen af deltagere skal udvælges på baggrund af deres styrker og ikke deres sårbarhed. Denne selektion er fyldt med etiske dilemmaer (32), da det skal overvejes om det er retfærdigt at interviewe personer med lav social status, fx den socialt udsatte patient, da de allerede er udsat for mange udfordringer i deres liv. Det er vigtigt at overveje, om deres deltagelse vil have nogen fordele for dem selv eller for andre socialt udsatte patienter i fremtiden. I specialet har vi valgt at fokusere på sygeplejerskernes perspektiv og deres artikulation af opretholdelse af egenomsorg hos den socialt udsatte patient efter kirurgi. Selvom det ville have været relevant at indsamle patientens eget perspektiv på, hvordan de sprogliggører egenomsorg, vurderer vi, at dette kan medføre forskellige etiske dilemmaer. Disse dilemmaer kan blandt andet omhandle hvorvidt socialt udsatte patienter er i stand til at varetage deres egne interesser og undgå at blive udnyttet, eller om de forstår den information, der gives, herunder den informerede samtykkeerklæring. Med det etiske princip "justice" i baghovedet har vores informanter fået udleveret og læst en

informeret samtykkeerklæring, som skulle underskrives. Et eksempel kan findes i bilag 6. Under princippet "justice" ligger også overvejelser om at behandle data om informanterne anonymt. Som forskere skal vi huske, at forskningen kan være en forstyrrelse i informanternes liv og arbejdsgang, og derfor må forskningen ikke forstyrre den daglige arbejdsgang mere end højst nødvendigt. Informanterne har ret til, at deres data bliver holdt fortroligt. Dette vil vi naturligvis overholde i specialet. Udover at indhente informerede samtykkeerklæringer fra informanterne har vi også indhentet tilladelse fra ledelsen i klinikken til at foretage dataindsamling i forbindelse med opgaver og projekter i afdelingen. Tilladelsen kan findes i bilag 7.

Princippet *Beneficence* handler om at mindske skade og maksimere fordele for informanterne og/eller den almene praksis for andre. Skade på informanterne kan både være fysiske og psykiske (32). I forbindelse med dataindsamlingen til dette speciale, er det vigtigt at være opmærksom på, at vi kan forstyrre informanternes arbejdsgange, hvilket kan medføre stress hos dem. Derfor har vi været opmærksomme på at tilpasse os deres arbejdsgange og finde tidspunkter for fokusgruppeinterviewet, hvor det passer bedst ind i deres tidsplan, og ikke kun i vores. På denne måde forsøger vi at minimere ubehag og besvær for informanterne. Det er også vigtigt at informere informanterne fuldt ud om projektet inden deltagelse, herunder deres ret til, når som helst, at trække det informerede samtykke tilbage og dermed ikke deltage.

Det sidste princip er *Respect for Persons – Human Dignity* (32). Dette princip indebærer retten til selvbestemmelse og retten til fuld indsigt i undersøgelsen. Selvbestemmelse indebærer, at informanterne har retten til at kunne trække sig fra projektet til enhver tid, uden nogle risici forbundet med dette. Informanterne har retten til at sætte spørgsmålstejn ved projektet og få gentaget informationer. *Respect for Persons – Human Dignity* princippet blev lavet i Belmont rapporten, med målet om at forebygge tvang i forbindelse med studier (32). Vi har givet fuld indsigt i vores undersøgelse, ved at beskrive formålet med studiet, samt at informanterne har ret til at trække sig som informanter, vores ansvar, samt mulige risici og fordele ved specialet. Informanterne er forelagt formålet med undersøgelsen, omhandlende at vi i sidste ende ønsker at have en forståelse af, hvordan sygeplejersker artikulere socialt udsatte patienters egenomsorg efter kirurgi. Der vurderes ikke at være nogle risici forbundet med deltagelsen og fordelene vil være, at vi kan få mere viden om socialt udsatte udsattes egenomsorg i forbindelse med kirurgi, og dermed åbnes muligheden for at udlede refleksioner og/eller implikationer for praksis. Vi er begge sygeplejersker,

hvoraf den ene er ansat på afdelingen, hvor data er indsamlet. Ifølge Kvale og Brinkmann er der en risiko for, at vi ikke kan opretholde en professionel distance under dataindsamlingen. Dette skyldes, at der er en risiko for, at vi identificerer os så meget med deltagerne, at vi fortolker data ud fra deres perspektiv. Derudover er der risiko for, at deltagerne har så stor tillid til sygeplejersken, som de kender, at de kan blive mere åbne i interviewet, end de egentlig har lyst til (33).

5.4 Analysestrategi

Efter transskribering af vores fokusgruppeinterview vil vi analysere empirien med udgangspunkt i Faircloughs tredimensionelle model for kritisk diskursanalyse (20). Den tredimensionelle model er anvendelig til sproganalyse, da den bevæger sig fra det beskrivende til det forklarende niveau, med det formål at kunne forklare, hvordan praksis påvirker sociale strukturer. Dette uddybes i det følgende afsnit.

Modellen består af tre trin, som er gensidigt forbundne og omfatter: 1) Diskurs som tekst, 2) Diskursiv praksis og 3) Diskurs som social praksis. Modellen anvendes ofte inden for empirisk forskning som en analytisk og metodisk ramme (20). Fairclough udledte modellen med tanken om at forene tre analytiske niveauer, hvilket er det beskrivende, fortolkende og forklarende (20). Det beskrivende niveau er inspireret af den lingvistiske tradition, som er sprog- og tekstanalyse. Det fortolkende niveau er inspireret af den makrosociologiske tradition. Her ses social praksis som noget der aktivt produceres igennem menneskelige interaktioner og tilskrives mening på baggrund af fælles *common-sense-procedurer* (20). Forsøget på at opnå en forståelse af, hvordan mennesker i sociale fællesskaber producerer deres ordnede eller forklarlige praksisser, tager udgangspunkt i den antagelse, at praksisproduktioner ofte ikke er bevidste for mennesker i fællesskaberne, og at der er mere involveret end blot menings- og betydningsdannelse (20). På det sidste niveau, det forklarende niveau, ses der på, at praksis kan være politisk og ideologisk investeret, og at den sociale praksis, som fællesskabet er involveret i, afføder sociale strukturer og magtrelationer. Denne praksis har indflydelse på de sociale strukturer, som opstår ubevidst blandt fællesskaberne. I det ovenstående afsnit er der givet en introduktion til de tre trin (20). Hvert enkelt trin vil blive uddybet i nedenstående afsnit, og derudover vil det blive forklaret, hvordan hvert trin vil blive anvendt i analysen af vores empiri.

5.4.1 Diskurs som tekst

I det første trin, “Diskurs som tekst”, er interessen at afdække hvordan brudstykker og processer i det transskriberede materiale kan forbindes. Ifølge Fairclough kan tekstanalysen organiseres ud fra forskellige niveauer. Vi har valgt følgende niveauer som vi vurderer relevante i specialet: Vokabular (20) og Grammar, herunder *transitivitet* og *modalitet* (29). Disse vil blive gennemgået nedenfor og blive benyttet i analysen af vores transskriberede materiale.

5.4.1.2 Vokabular

Ifølge Fairclough kan Vokabular undersøges på mange forskellige måder (20). Vi benytter vokabular til at reflektere over, at det er en begrænsning at opfatte sproget og ord som noget, der er dokumenteret i en ordbog. Denne refleksion er ifølge Fairclough vigtig, da der er mange forskellige vokabularer, som overlapper hinanden, og som kan være i forskellige domæner, institutioner, praksisser, værdier og perspektiver (20). Derfor er det ifølge Fairclough mere nyttigt i en analyse at anvende begreberne ordvalg, leksikalisering og betydningsfastlæggelse. Dette begrundes af Fairclough med, at ordvalget analyseres med større nuancering, da analysen dermed indebærer processer og fokus på, hvor der leksikaliseres eller gives betydning til verden. Det er vigtigt at have i mente, at ordene udtrykkes på forskellig vis, på forskellige steder og i forskellige grupper af mennesker (20). Vi benytter derudover vokabular til at analysere alternative ordvalg og deres politiske og ideologiske betydning. Fokus er på, hvordan disse kan reformuleres som en del af en social og politisk kamp, og hvordan visse ord eller domæner ender med at blive mere håndfast leksikaliserede end andre (20).

I dette speciale vil vokabular bidrage til forståelsen af, hvilket ordvalg og hvilke individuelle ord, der benyttes i det transskriberede materiale, der omhandler faktorer, som påvirker socialt udsatte patienters evne til at opretholde postoperativ egenomsorg efter udskrivelse.

5.4.1.3 Grammar - Transitivitet

I analysen af transitivitet undersøges, hvordan handlinger og begivenheder forbinder sig med hinanden mellem subjekter og objekter (29). Formålet er at afdække, hvilke ideologiske konsekvenser de forskellige fremstillingsformer kan have i vores transskriberede materiale, i dette tilfælde omkring faktorer, der påvirker socialt udsatte patienters evne til at opretholde postoperativ egenomsorg efter udskrivelse. Fokus er på, om der er noget, der fremstår som common sense, altså noget der sker uden nogen aktør, der kan stilles til ansvar. Hvis der lægges vægt på effekter, handlinger eller processer, der fører til selvfølgeligheden, fratages aktøren ansvaret (29). Transitivitet vil i dette speciale bidrage til kortlægning af, hvordan informanterne ved hjælp af sproget placerer ansvar, fx i form af skjulte agenter. Placering af ansvar kan fremstå eksplicit eller implicit i det transskriberede materiale. Transitivitet vil dermed medvirke til at forstå, hvordan informanterne sprogliggør socialt udsatte patienters evne til at opretholde postoperativ egenomsorg efter udskrivelse som en del af deres fremstilling af virkeligheden.

5.4.1.4 Grammar – Modalitet

I modalitet analyseres talerens grad af tilslutning til en sætning, herunder udsagnskraften (29). Interessen er at afdække de forskellige måder, som informanterne udtrykker sig på. De forskellige modaliteter er måder, hvorpå taleren forbinder sig forskelligt med sit udsagn. Ved at analysere modaliteten kan man undersøge, hvilke konsekvenser de forskellige modaliteter kan have for konstruktionen af både sociale relationer og videns- og betydningssystemer i forskellige diskurser (29). Når taleren tilslutter sig sit udsagn fuldstændigt, er der tale om sandhed for taleren, men taleren kan også tilslutte sig sit udsagn med en mindre grad af sikkerhed. Dette kan vise sig ved, at taleren modererer sin påstand og udtrykker en lavere grad af sikkerhed, hvilket kan ses ved, at taleren bruger ord som "ligesom" eller "lidt" (29). Modalitet vil i dette speciale bidrage til en forståelse af informanternes autoritet og sproglige konstruktion af tilslutning til deres udsagn. Dette vil give mulighed for en forståelse af informanternes udsagnskraft, herunder hvordan informanterne udtrykker socialt udsatte patienter samt hvilke faktorer der spiller ind ift. at kunne opretholde

postoperativ egenomsorg efter udskrivelse. Vi vil anvende modalitet til at analysere informanternes tilslutning/affinitet, når de italesætter deres tilgang og erfaringer med socialt udsattes postoperative egenomsorg.

5.4.2 Diskursiv praksis

Ifølge Fairclough overlapper de første to trin, diskurs som tekst og diskursiv praksis, hinanden. Dette begrundes med, at der ikke kan tales om træk ved en tekst uden reference til tekstproduktion og/eller fortolkning (20). Altså, at hverken tekstanalysen eller diskursiv praksis kan finde sted uden fortolkning. Dermed er der ikke en skarp inddeling mellem de to første analytiske trin (20). Når diskursiv praksis analyseres, bør en kombination af både mikro- og makroanalyse involveres. Den diskursive praksis skal derfor både indeholde en forklaring på, hvordan teksten produceres og fortolkes, men også suppleres med de ressourcer og diskursordener, som trækkes på (20). Nedenfor vil vi redegøre for interdiskursivitet samt, hvad dette begreb kan bidrage med i analysen af vores transskriberede materiale.

5.4.2.1 Interdiskursivitet

Når den diskursive praksis analyseres, er det med et lingvistisk udgangspunkt for at identificere, hvilke diskurser der trækkes på (20), både i det første trin og i det transskriberede materiale. Det vil sige, at man her afdækker det netværk af diskurser, som informanterne udtrykker. Ifølge Fairclough kaldes dette interdiskursivitet, hvor fokus er på, om sprogbrugen og brudstykkerne i det transskriberede materiale skaber associationer til bestemte diskurser (29). Diskurserne viser sig, når teksten refererer til diskurser eller diskurstyper, som har betydning for problemformuleringen. Med reference til Fairclough skriver Winther Jørgensen, at der ikke ubegrænset kan genereres nye diskurser, da diskurser er socialt begrænsede og afhængige af magtrelationer (29). I dette speciale vil interdiskursivitet bidrage til at identificere, hvilke diskurser informanterne trækker på, når de omtaler socialt udsattes postoperative egenomsorg efter udskrivelse.

5.4.3 Diskurs som social praksis

I det tredje og sidste trin sættes de to første trin i relation til den bredere sociale praksis. Dette indebærer en kontekstualisering med to egenskaber. For det første afdækkes sammenhængene mellem den diskursive praksis og den diskursorden, som den indgår i. For det andet afdækkes relationerne mellem de kulturelle og sociale strukturer, som danner rammen for den diskursive praksis (29). Med reference til Fairclough påpeger Winther Jørgensen (29), at kontekstualiseringen ikke kan besvares alene ved hjælp af en diskursanalyse. Det er derfor nødvendigt at inddrage relevant teori, herunder sociologisk teori eller anden relevant teori, der er i stand til at illustrere den pågældende sociale praksis. Det er i dette forhold mellem den diskursive praksis og den bredere sociale praksis, at man kan nå frem til en konklusion af analysen (29). Her kan spørgsmål om den sociale praksis stilles, herunder om den sociale diskursorden reproducerer eller bidrager til opretholdelse af status quo i den bredere sociale praksis eller hvad den diskursive praksis har af konsekvenser. Dette kan både være ideologiske, politiske og sociale konsekvenser og om disse konsekvenser forstærker ulige magtforhold i samfundet (29).

Ifølge Fairclough er diskurser relateret til ideologi og hegemoni (20). For at gøre det muligt at undersøge de forskellige former for ideologiske og hegemoniske konstruktioner, inddrages den franske sociolog Pierre Bourdieu i dette analysetrin.

5.4.3.2 Ideologi

Ideologier dannes i samfund, hvor der er dominansrelationer til stede, og kan fremkomme på baggrund af klasse, køn og kulturelle grupper (20). Fairclough forstår ideologier som:

”Betydninger/konstruktioner af virkeligheden (den fysiske verden, sociale relationer, sociale identiteter), der er bygget ind i forskellige dimensioner af diskursive praksissers form/mening, og som bidrager til produktion, reproduktion og transformation af dominansrelationer” (20).

Når ideologier opnår en status som "common sense" i diskursive praksisser, er de mest effektive. Det er her i den kritiske analyse af den diskursive praksis, at der sættes spørgsmålstejn ved "common sense". Når der sættes spørgsmålstejn ved "common sense", kommer begrebet transformation

i spil. Her starter den diskursive kamp om at omforme diskursive praksisser og de ideologier, som er indlejret i den sociale praksis (20). Ideologier vil i specialet bidrage til at klarlægge, hvilke ideologier der gør sig gældende i forhold til, hvordan rehabiliteringssygeplejersker artikulerer socialt udsatte patienters evne til at opretholde postoperativ egenomsorg. Dette vil bringe et større samfundsmæssigt perspektiv på selvfølgeligheder i praksis og undersøge, om disse medvirker til produktion, reproduktion eller transformation af ideologierne.

5.4.3.3 Hegemoni

Ifølge Fairclough bæres de fleste diskurser i højere grad gennem hegemoniske kampe i bestemte institutioner, hvis funktion er på nationalpolitisk niveau, fx staten eller sundhedsvæsenet. I anførte kampe udøver dominerende grupper magt ved at skabe alliancer, hvor der integreres mere end der domineres. Dette sker delvist igennem diskurs og gennem dannelsen af lokale diskursordener (20). Begrebet hegemoni kan benyttes til at analysere den sociale praksis, som diskursen hører hjemme i, i forbindelse med magtrelationer. Dette med øje for om de reproducerer, omstrukturerer eller udfordrer de eksisterende hegemonier. Hegemoni har nemlig det aspekt, at den kan skabe fokus på forandring (20).

I specialet vil hegemonibegrebet bidrage til at analysere de hegemoniske kampe, der foregår i rehabiliteringssygeplejerskernes praksis, i forbindelse med socialt udsatte patienters og deres formåen i at kunne udføre postoperativ egenomsorg i eget hjem. Dette vil give mulighed for at undersøge, om der foregår magtudøvelse og alliancer i den diskursive praksis, og om dette bidrager til at reproducere eller udfordre eksisterende hegemonier. Ved at analysere lokale diskursordener i sundhedsvæsenet og staten kan der også ses på, hvordan institutionerne er med til at forme og påvirke diskursen, og hvordan det kan have konsekvenser for socialt udsatte patienter.

6 Analyse

I det kommende afsnit vil vi foretage en kritisk diskursanalyse med udgangspunkt i Faircloughs tredimensionelle model, som består af diskurs som tekst, diskursiv praksis og afslutningsvis social praksis (20). Dette er med henblik på at besvare vores problemformulering: "Hvordan artikulerer

rehabiliteringssygeplejersker socialt udsatte patienters evne til at opretholde postoperativ egenomsorg efter udskrivelse?" Ved at anvende Faircloughs dimensioner for kritisk diskursanalyse opnår vi en systematisk og organiseret tilgang til analysering af vores interviewmateriale (20).

6.1 Analyse af diskurs som tekst

Det første trin i Faircloughs tredimensionelle analysemodel er tekstanalyse (20). Dette vil blive gennemgået i det kommende afsnit med udgangspunkt i begreberne vokabular og grammar, herunder transitivitet og modalitet (29).

For at opnå en forståelse af informanternes tekstuelle opfattelser af socialt udsattes evne til at opretholde postoperativ egenomsorg og for at identificere de diskurser, der manifesterede sig i forhold til vores problemstilling, læste vi det transskriberede materiale fra vores fokusgruppeinterview flere gange. Vi analyserede tekstens sproglige træk ord for ord og linje for linje. Først med fokus på ordforrådet, herunder formuleringer, som beskrev informanternes opfattelser af socialt udsatte og egenomsorg. Derudover fokuserede vi på grammatiske træk i det transskriberede materiale og søgte linje for linje efter transitivitet og modalitet, inspireret af Faircloughs tilgang til kritisk diskursanalyse.

I vores baggrundsafsnit definerede vi den socialt udsatte patient ud fra kriterier som uddannelsesniveau, herunder om patienterne er ufaglærte, uddannelseslængde- og type, livsstil, hvilket indebærer om patienterne lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger ift. KRAM-faktorerne: kost, rygning, alkoholforbrug og motion, indkomst svarende til lav-, mellem- eller højindkomstgruppe og socialt netværk. I vores interview fortalte vi ikke informanterne om ovenstående definition af den socialt udsatte patient. Dette var bevidst, af interesse for, hvilke kriterier informanterne anså for at være karakteristiske for den socialt udsatte patient i sundhedsvæsenet, når de skulle beskrive denne patientgruppe, men også i forsøget på at opnå enighed og en fælles forståelse af definitionen. Derfor startede vi interviewet med at opfordre informanterne til, selv at definere og diskutere definitionen af den socialt udsatte patient.

6.1.1 Vokabular

Ifølge Fairclough anvendes vokabular til at identificere, hvor informanterne fastlægger betydning. Dette undersøges ved at fremhæve, hvordan ord anvendes i forskellige sammenhænge (20). Det fremtrædende ord, som alle fire informanter udtrykker konsensus om kan definere hvornår en patient er socialt udsat, er manglende "netværk". Netværk omtales som både sociale relationer, godt netværk, nære netværk, at have sit bagland i orden og sociale ressourcer. Det er interessant, at informanterne anvender udtrykket "sociale ressourcer". Hvis ordet "ressourcer" betydningsfastlægges i denne sammenhæng, vil en social ressource defineres som et netværk, der er til rådighed eller kan udnyttes (34). Vi tolker ikke "udnyttes" som negativt ladet, men som en pårørende, der er til rådighed, hvis patienten har brug for det. Informanternes definition af netværk fremhæves i følgende citater:

INF2: *"Bare det at man har et andet menneske man kan tale med og som måske også, eller som udviser noget omsorg for en, det er det der betyder noget".*

INF4: *"Og hvor vigtigt det er at have sit bagland i orden, at man har et godt netværk, har rigtig stor betydning, men også i det helt nære netværk ikke? Altså er der nogen der hjælper en med at hente medicin på apoteket måske eller proteindrikke eller sørge for man lige får købt lidt ind".*

Ordet netværk bliver leksikaliseret af informanterne, da der er bred konsensus omkring, hvad et netværk er, og hvad et godt netværk er. Et netværk kan både bestå af en enkelt pårørende tæt på patienten, men det kan fx også omfatte netværket på en bodega.

INF3: *"Den sociale relation her tænker vi på familie, altså det kan være en ægtefælle eller voksne børn der støtter op. Det kan være en god nabo, venner, men det kan jo også være som vi har oplevet, at det er den der servicerer en på bodegaen altså en tjener, sådan et netværk kan være næsten ubeskriveligt kan man sige".*

Informanterne fremhæver, at patienter med et manglende, skrøbeligt eller sparsomt socialt netværk er defineret som værende socialt udsatte patienter, og at et godt netværk er ensbetydende med at være socialt bedre positioneret og i besiddelse af flere ressourcer. De nævner også økonomi som en faktor, der spiller ind i deres artikulation af, hvem de anser som værende den socialt udsatte patient. Hvis patienten ikke har penge til at købe de anbefalede forsyninger efter en operation, for at efterleve ordinationer efter kirurgi, så er patienten ifølge informanterne socialt udsat.

INF4: *"Husk der kan også være i forhold til økonomien".*

Ovenstående citat understøttes af en anden informant:

INF1: *“også i forhold til have råd til at hente det medicin der bliver lagt på serveren, for eksempel i forbindelse med ordinationer der bliver lagt på serveren, så har man råd til at hente proteindrikke”.*

INF3: *“Men der er også vi kan også igen sige det her med økonomien og mulighederne i forhold til at komme sig bedre, man har brug for en masse ernæringsdrikke”.*

Informanterne udtrykker en fælles holdning om, at patienter med begrænsede økonomiske midler anses som socialt udsatte. Dette bliver nævnt både i relation til deres postoperative forløb omkring ernæring og i forhold til manglende økonomi til at gå til tandlægen, som ofte kan være en medspiller i opdagelsen af kræft i mund og hals.

Ud over netværk og økonomi bliver ordet uddannelse også nævnt i forhold til at være en socialt udsat patient i sundhedsvæsenet. Ordet uddannelse bliver anvendt i samme sætning som forståelse for at navigere rundt i systemet. Dette tolkes som, at når patienten er ufaglært eller har en lav uddannelse, har patienterne ofte sværere ved at forstå, hvordan de skal navigere i sundhedsvæsenet.

INF1: *“Uddannelsen, også i forhold til forståelse for at navigere rundt i systemet”.*

Yderligere i diskussionen om definitionen af den socialt udsatte patient, benyttes ordene psykisk sårbar, psykiske udfordringer og mere udsat. Ved at anvende disse ord skabes en opfattelse af, at hvis en patient har enten en psykiatrisk diagnose eller er psykisk sårbar, betragtes vedkommende som socialt udsat.

INF1: *“Den socialt udsatte kunne være en patient der var psykisk sårbar og så får en kræftdiagnose og skal behandles og i og med at vedkommendes struktur som gør at han kan klare sine psykiske udfordringer, forsvinder, så bliver han mere udsat i forbindelse med et behandlingsforløb”.*

Der er egentlig ikke bred enighed blandt informanterne om, at psykisk sårbarhed gør en patient socialt udsat, når man spørger dem eksplicit om definitionen af den socialt udsatte patient. Men senere i interviewet fremhæver informanterne, at patienter med psykiatriske diagnoser kan være udfordrende at pleje og kan have et svækket postoperativt forløb i forhold til mere ressourcestærke patienter. Dette fremgår af følgende citat:

INF3: *“Psykiatriske diagnoser spænder rigtig meget ben for compliance, hvis man er skizofren og mener at tandpasta er det ondeste i verden, så kommer man jo ikke til at lave en god mundpleje. Den opfattelse kan vi jo ikke bare ændre ved at sige: ellers kan du få infektioner”.*

Uagtet om patienter med psykiatriske diagnoser eksPLICIT anses som værende socialt udsatte patienter eller ej, så påpeger informanterne, at det kan være udfordrende og tidskrævende at opbygge en god relation til psykisk syge patienter.

INF2: *“Der skal man virkelig bruge tid på at få opbygget en god relation, fordi jeg måtte ikke sådan helt til at starte med, kigge ind i munden. Det følte han sig ikke særlig fedt ved at gøre, men efterhånden så kom vi på”.*

Dermed fremstilles en virkelighed, hvor den socialt udsatte patient er en patient med et sparsomt eller manglende netværk, en lav økonomi, et lavt uddannelsesniveau og psykiske udfordringer. Informanterne fremhæver manglende netværk som den største faktor i at være en socialt udsat patient. Økonomi, uddannelsesniveau og psykiske udfordringer er også faktorer, som spiller ind i definitionen af den socialt udsatte patient, men fremhævelsen af netværk er mest fremtrædende. Således fastlægges det, at netværk, økonomi, uddannelsesniveau og psykiske udfordringer er faktorer, som spiller ind i at være en socialt udsat patient i sundhedsvæsenet. Manglen på disse faktorer fører til, at patienten defineres som socialt udsat, og på baggrund af dette har patienten også en svækket evne til at tage vare på sig selv efter kirurgi.

6.1.2 Grammar: Transitivity

Ifølge Fairclough benyttes transitivitet til at fremstille forbindelsen mellem begivenheder eller handlinger og subjekter og objekter. Denne fremstilling identificeres gennem analysen ved at se på, hvor informanterne placerer ansvaret i forbindelsen mellem aktører og handlinger eller processer (20). Dette gøres for at opnå en tekstuel indsigt i, hvilke agenter der pålægges ansvar i de forskellige processer vedrørende socialt udsattes udøvelse af postoperativ egenomsorg.

INF2 fortæller, at det er udfordrende for socialt udsatte patienter at navigere i sundhedsvæsenet. Derudover påpeger INF2, at socialt udsatte patienter ofte venter længere tid på at få en tid hos deres egen læge, når de bliver syge. Denne påstand underbygges med en radioudsendelse, som INF2 har hørt.

INF2: *“Der har lige været en interessant radioudsendelse på P4 omkring socialt udsatte. De dør desværre meget før den gennemsnitlige dansker, oftest så kommer de jo alt for sent i gang med deres behandling, de venter for længe på at komme til egen læge eller tandlæge og det kan der være mange årsager til. Så når deres kræft endelig bliver opdaget så er den for udbredt og kan oftest ikke behandles”.*

Ovenstående fremstilling vidner om, at den socialt udsatte patient allerede før tildelingen af en diagnose, har en svækket evne til at tage vare på sig selv, i forhold til den gennemsnitlige dansker. Dette skyldes både lavt uddannelsesniveau, men informanterne udtrykker også, at det kan skyldes mangel på netværk eller overskud. Informanten erkender eksplicit, at socialt udsatte har kortere levetid end den gennemsnitlige dansker og at socialt udsatte ofte kommer for sent til lægen. Denne klare formulering fremstår som indiskutabel, men der pålægges ikke et ansvar i forbindelsen mellem begivenheder og subjekter. Begivenheden i dette tilfælde er den tydelige ulighed i sundhed mellem subjekterne, som er den gennemsnitlige dansker og den socialt udsatte dansker.

I nedenstående citat bekræfter INF1, at det er socialt udsatte patienter, der kommer sent til lægen. Dette begrundes med, at disse patienter ofte er meget alene eller har andre bekymringer, der fylder mere i deres hverdag.

INF1: *“Det er som regel socialt udsatte ikke? Altså det er dem der er meget alene eller har rigtig mange andre bekymringer, som at få hverdagen til at hænge sammen og som ikke har overskud til at tage sig af det der og bare negligere en begyndende tumor”.*

Af dette citat fremgår eksplicit sammenhængen mellem at være socialt udsat, herunder at mangle netværk og være psykisk sårbar, og mangle overskud eller forståelse for at søge læge. Grundet manglende overskud, negligerer socialt udsatte ofte symptomer på sygdom. Implicit placeres ansvaret for ikke at søge læge tidligere på den socialt udsatte selv, dette begrundes med, at den socialt udsatte ofte, ikke kan overskue det, eller ikke har et netværk til at støtte. Eksplicit placeres ikke at ansvar.

En informant fremhæver, at der kan opstå ulighed i overbehandling af patienter, herunder socialt udsatte patienter. Overbehandling sker, hvis patienten ikke har forudsætninger for at udøve den egenomsorg, der kræves postoperativt. I følgende citat fremhæves en common sense i, at hvis det vurderes, at patienten ikke kan efterleve vejledninger og ordinationer, bør det genovervejes, om patienten skal tilbydes operation.

INF3: *“Jeg tror også nogle gange at man kan se ulighed i overbehandling, altså nogle der får lavet en kæmpe operation, som måske ikke skulle have haft det, fordi at de havde nogle psykiske lidelser eller nogle andre komorbiditeter, der gjorde at de faktisk ikke kunne varetage det liv vi udsatte dem for. Jeg havde engang en der fik fjernet struben og hun var bare virkelig psykisk syg altså, hun havde så mange psykoser imens hun var indlagt og det stak helt af ikke, hvor man er sådan lidt hvorfor? Hvorfor laver i sådan en kæmpe livsomvæltende operation på en patient der ikke kan håndtere det og der er ikke et netværk der kan gribe dem og der er ikke en kommune der kan gribe dem”.*

INF3 udtrykker eksplicit, at der kan opstå ulighed i behandlingen af socialt udsatte patienter, især dem der lider af psykisk sårbarhed og sygdom, når de opereres. INF3 understøtter dette ved at påpege, at disse patienter ofte ikke er i stand til at følge de vejledninger og ordinationer, der gives efter operationen, og dermed har de ikke de samme forudsætninger for et vellykket forløb som andre patienter. Hvis patienterne ikke har et netværk, eller hvis kommunen ikke kan hjælpe dem, kan det have store konsekvenser for deres livskvalitet efter operationen.

Ifølge INF3 bør man tage i betragtning om det er hensigtsmæssigt at operere patienter, som lider af sygdomme, der kan begrænse deres muligheder for egenomsorg, når der ikke er nogen til at støtte dem. INF3 henviser til en konkret patient, men påpeger, at denne patient ikke er et enkeltstående tilfælde, og at flere socialt udsatte patienter tabes efter operation, fordi der ikke er et sikkerhedsnet i sundhedsvæsenet. De øvrige tre informanter nikker medgivende og bekræfter deres enighed i dette synspunkt, imens INF3 taler.

INF2 fortæller, at operationer i forbindelse med hoved-halskræft er omfattet af accelererede forløb, hvor patienterne udskrives efter få dages indlæggelse. Der er mange informationer, som patienterne skal modtage og forstå i den korte tid, de er indlagt.

INF2: *“Fordi der er meget de skal lære på kort tid og der er meget de skal rumme. Altså fra at de er gået til lægen med noget de troede var helt uskyldigt og så til lige pludseligt, så er de her, og har været igennem et kræftforløb og så lige pludselig skal lære nogle teknikker eller ja spise anderledes eller hvad det kan være, og så skal de lige pludselig hurtigt hjem og tage vare på alt det selv”.*

Denne fremstilling skildrer, hvordan INF2 formidler, at patienterne skal lære meget på kort tid, hvilket insinuerer, at der kan være forventninger, som ikke alle patienter kan leve op til, og at det

er en betydelig omvæltning for patienterne. De accelererede operationsforløb er desuden organiseret ud fra et stramt program, som stiller krav til patienternes indlæring og forståelse af deres nye livssituation. Eksplicit er det derfor patientens ansvar at lære at efterleve vejledninger og ordinationer under indlæggelsen, så patienten kan varetage egenomsorg derhjemme. Men implicit ligger også et ansvar på de strukturelle rammer i sundhedsvæsenet, fordi patienten pludselig skal hjem hurtigt og tage vare på alt selv.

Udover de krav der stilles til patienterne om at tilpasse sig de strukturelle rammer, bliver der også stillet krav til sygeplejen i de accelererede operationsforløb. Informanterne fremhæver udfordringer i forhold til vejledning og vurdering af patienternes forskellige behov for informationer.

INF2: *“Det er svært at gennemskue nogle gange for nogle patienter spiller sig også bedre end de er altså så har de måske spillet sig gode herinde og så kommer man hjem og så får man helt andet indtryk af hvordan det fungerer i hjemmet”.*

Det at sygeplejerskerne ikke opnår større kendskab til patienterne under indlæggelsen, grundet kort indlæggelsestid, kan have konsekvenser for patienternes evne til at efterleve vejledninger og ordinationer i hjemmet. INF1 italesætter i ovenstående citat, hvordan sygeplejerskerne i sengeafsnittet er udfordrede i at foretage helhedsvurderinger af patienterne, før de skal udskrives til eget hjem, grundet den korte indlæggelsestid ved de accelererede operationsforløb. Det vil sige, at selvom det er vurderet at patienten er i stand til at efterleve vejledninger og ordinationer i hjemmet ved udskrivelsen, oplever rehabiliteringssygeplejerskerne at patienten alligevel ikke er i stand til det, når de er hjemme. Implicit pålægges de strukturelle rammer i sundhedsvæsenet og herunder accelererede operationsforløb ansvar for at patienterne udskrives hurtigt postoperativt.

INF3: *“Fordi der kommer 17 nye (operationspatienter) om eftermiddagen, så der er et flow, så det skal jo være nogle grelle ting folk skal have, hvis de får lov til ekstra indlæggelse”.*

Dette resulterer i øgede krav til patienternes evner til at efterleve vejledninger og ordinationer i eget hjem. Det tidligere citat udtrykker igen et perspektiv på magtforholdet mellem sundhedsvæsenets strukturer og patienterne. Der skal være en meget god grund til ekstra indlæggelse.

Hvis patienterne har behov for tilbud fra kommunerne efter udskrivelse, udtrykker informanterne, at de oplever ulighed i tilbud fra de forskellige kommuner i landet. Det italesættes blandt andet, at

kommunerne ikke har samme økonomiske ressourcer, og at ventetiden på sundhedstilbud er forskellig afhængig af, hvilken kommune patienten bor i, og at patientens behov for hjælp ikke altid kan imødekommes.

INF2: *“Det kan tage frygtelig lang tid i en kommune og gå meget hurtigere igennem i en anden kommune”.*

Informanterne anvender ord som "belastede" og "frygtelig lang tid", når de taler om kommunernes økonomi og ventetiden på sundhedstilbud. Disse ordvalg tolkes som en problematisering af uligheden i støtten til patienterne efter et kirurgisk indgreb, og at ventetiden kan være u hensigtsmæssigt lang. Ansvar et bliver ikke eksplicit angivet, men implicit bliver det pålagt den kommunale og politiske struktur og prioritering.

INF4: *“Men også den der oplevelse af at patienten kan være sværere at hjælpe, når der ligesom ikke er det net i kommunerne eller de tilbud, fordi de er så belastede af økonomi og patienterne er belastede af hele deres fortid deres alting og så oveni har vi nu fjernet halvdelen af deres tunge, så nogle gange kræver de mere end samfundet kan levere”.*

I foregående citat placeres hverken et eksplicit eller et implicit ansvar, hvilket er interessant, da det belyser, hvordan informanterne omtaler den socialt udsatte patient som værende påvirket af deres fortid og omstændigheder. Derudover er der fra sundhedsvæsenets side ikke altid mulighed for at imødekomme de behov, som disse patientgrupper har. Informanterne bruger ord som "kræver" i kontekst til patienten og levering af sundhedsydelser. Betydningen af dette ordvalg tolkes som, at informanterne anser patienterne som havende mange problemstillinger og behov, som samfundet ikke kan imødekomme på grund af manglende økonomiske ressourcer. Informanternes artikulering af sundhedsvæsenet og brugen af ordet "levering" vedrørende sundhedsydelser udtrykker samfundet som en forretning eller organisation, der ikke altid er i stand til at levere ydelser, der er for omkostningsfulde. At bruge ordet "kræve" vedrørende patienternes appel om hjælp kan forstås som at patienterne beordrer eller forlanger ydelser, men det kan også tolkes som, at informanten mener, at for at patienten skal komme sig efter sin operation, vil det kræve eller være nødvendigt, med visse sundhedsydelser, som ikke altid er til rådighed, eller som samfundet ikke tager ansvar for.

Informanterne fremhæver desuden, at kommunerne pludselig nedlægger tilbud på grund af økonomisk mangel. Dette problematiseres, da det medfører en geografisk ulighed i sundhedstilbudene til patienterne efter deres udskrivelse til eget hjem efter et kirurgisk indgreb.

INF3: *“Så nedlægger de nogle tilbud som man ellers forventer står ved magt, så nedlægger de dem simpelthen fordi de har ikke ressourcer til det”.*

I citatet ovenfor bliver ansvaret eksplicit pålagt de organisatoriske strukturer, herunder kommunerne og deres økonomiske prioriteringer.

Rehabiliteringssygeplejerskerne udtrykker, at mange patienter i udkantsdanmark ikke har kontakt eller relation til deres egen læge, hvilket ifølge dem øger forskellene i sundhedstilbuddene. Det er vanskeligt at få besat praktiserende lægers stillinger, hvilket betyder, at patienterne møder en ny læge hver gang de har brug for lægehjælp. Informanterne mener, at dette bidrager til den geografiske og sociale ulighed og gør det sværere for den allerede sårbare patientgruppe at opretholde kontakt med lægen og modtage opfølgning på deres sårbarhed og eventuelle komorbiditeter, hvilket kan påvirke deres generelle sundhed negativt.

INF1: *“På Lolland Falster er der er mange som ikke har kontakt til egen læge, for egen læge findes simpelthen ikke. De kan ikke få bemandet de praktiserende ydre-numre i de udsatte områder, så det vil sige at det er i sundhedscentre, hvor der så kommer skiftende læger, så de har ikke relation til deres læge”.*

INF2: *“Og så er der det der med at kende lægen, har du en god relation? nej for jeg kender ikke vedkommende og så afholder det mange fra at gå til egen læge”.*

Den geografisk ulighed udtrykkes af informanterne på forskellige måder. Der er både den geografiske ulighed i forhold til ovenstående citater som tydeliggør, at der er forskel på hvilken kommune man er bosat og dermed hvilke sundhedstilbud der eksisterer. Implicit pålægges organisatoriske strukturer, at patienterne på for eksempel Lolland Falster, ofte ikke har kontakt til egen læge grundet mangel på bemanding i udkantsdanmark.

Nedenstående analyse beskriver den geografiske ulighed i at være bosat langt væk fra det hospital, man er blevet opereret på.

INF2 anvender metaforen om at: "Det er et lod, man har, når man har bosat sig i vandkantsdanmark." I overført betydning henviser det til den skæbne eller de vilkår, man er underlagt. "Et lod" tolkes som noget tungt eller tyngende (35). Dette vilkår tolkes som en beslutning patienten selv har truffet, og derfor er patienten underlagt dette vilkår og den geografiske ulighed af egen fri vilje. Derved bliver det en common sense, at fordi patienten har valgt at bo langt væk fra hospitalet hvor operationen fandt sted, er der også langt til opfølgende kontroller. Eksplicit udtrykkes det, at ansvaret ligger hos patienten, når vedkommende selv har valgt at bo i vandkantsdanmark og dermed langt væk fra hospitalet. Implicit kan ansvaret også placeres på de organisatoriske strukturer, da det er organisatorisk bestemt på forhånd, hvilket hospital patienten skal opereres på.

INF2: *"Men den geografiske ulighed kan være svært at komme op med altså. De har haft en kræftsygdom der gjorde at de skulle opereres på "Et hospital i Region Hovedstaden" så er kontrollerne også på samme hospital. Det er desværre et lod, når man har bosat sig i vandkantsdanmark".*

Konsekvensen af den geografiske ulighed er ifølge informanterne, at patienter, der bor længere væk fra Hovedstaden, ikke har samme muligheder som de patienter, der bor tæt på hospitalet, når det kommer til at efterleve vejledninger og ordinationer. Dette kan føre til en dårligere forudsætning for at opretholde egenomsorg og dermed øge risikoen for komplikationer hos patienter, der er bosat langt væk fra hovedstaden.

Citaterne på næste side viser, hvordan informanterne formulerer patienternes forudsætninger, for at opretholde egenomsorg og den deraf øgede komplikationsrisiko hos patienter, der bor væk fra Hovedstaden.

MOD: *"Oplever I en dårligere compliance blandt de patienter der bor længere væk?"*

INF1: *"De kommer måske ikke altid lige ind til ekstra kontrol vel?"*

INF2 og INF3: *"Nej".*

INF4: *"Hvis man går sådan og vipper lidt på, åhh kunne der være et eller andet under optakt, så kommer de måske ikke lige, så venter de i hvert fald lige og ser lidt længere tid end".*

INF3: *"De kommer ikke ind før infektionen er der".*

INF1: *"Og kommer måske heller ikke lige ind til patientundervisning".*

Der udtrykkes enighed blandt informanterne om, at geografien og afstanden mellem patienternes bopæl og hospitalet kan afgøre, om patienten har mulighed for at komme til ekstra kontroller eller patientundervisning. Dermed placeres ansvaret eksplicit på de organisatoriske strukturer. De organisatoriske strukturer og rammer i forbindelse med et operativt hoved-halskræftforløb er forudlagt på bestemte hospitaler. Det tolkes ud fra informanternes udtalelser, at disse rammer kan begrænse patienterne i at møde op til anbefalede kontroller mv., hvilket kan have en direkte negativ betydning for patienternes postoperative egenomsorg.

Opsummeret defineres den socialt udsatte patient som en patient, der mangler et solidt netværk, har lav økonomi, lavt uddannelsesniveau og eventuelle psykiske udfordringer. Informanternes udtalelser viser, at disse faktorer fører til, at patienten betragtes som socialt udsat og har en svækket evne til at tage vare på sig selv efter operation. Informanterne erkender uligheder i sundhedssystemet og angiver at der forekommer overbehandling af socialt udsatte patienter, hvis de ikke har de nødvendige forudsætninger for at følge behandlingsforløbet. Dog konstateres der ikke en klar placering af ansvar mellem agenter og processer.

6.1.3 Grammar: Modalitet

Modalitet er en analyse af informanternes grad af tilslutning til et udsagn. Informanterne forbinder sig i forskellig grad til deres udsagn, afhængigt af måden de udtrykker sig på, og hermed viser de graden af affinitet (29). Vi vil analysere informanternes tilgang og erfaringer med socialt udsatte patienters evne til at opretholde postoperativ egenomsorg efter udskrivelse ved at se på deres brug af modaliteter.

I følgende udtalelse fortæller INF1, at det kan være udfordrende at få psykiatriske patienter til at efterleve den anbefalede egenomsorg efter et kirurgisk indgreb for hoved-halskræft.

INF1: *“De psykiatriske patienter kan godt være lidt svære”*

I dette citat udtrykker informanten en mindre grad af affinitet og dermed mindre grad af tilslutning til sit eget udsagn. Dette ses ved, at informanten benytter ordsammensætninger som "kan godt være" og ved at bruge hedges som "lidt", hvor informanten modererer påstandens styrke og dermed

udtrykker lav affinitet. Informanten benytter subjektiv modalitet (29) og taler således om en udfordring eller et problem blandt psykiatriske patienters egenomsorg, men uden at udtrykke overbevisende tilslutning eller en fuldstændig sandhed.

I følgende udtalelse tillægger informanterne udsagnet en høj grad af affinitet ved at gentage og dermed understrege deres holdning om, at patienter med et netværk kommer sig bedre og hurtigere. Udsagnet udtrykkes på denne måde som en fuldstændig sandhed:

INF3: *“Man ser at de kommer sig meget bedre når de har et netværk, altså det gør vi, og kommer sig hurtigere”.*

Samtidig er modaliteten objektiv, idet der ikke angives, hvem udsagnet tilhører, men der anvendes "man" efterfulgt af "vi". Det vil sige, at informanten ikke tager ejerskab på udsagnet. Dermed fremgår det af informanten, at de kommunikative begivenheder fremlægges som sandheder med en objektiv tilgang. Udsagnet underbygges af INF4 med følgende udsagn: "at man har et godt netværk, har rigtig stor betydning". I denne sætning anvendes kategorisk modalitet med brugen af ordet "har". Ifølge informanternes udsagn er det dermed en total sandhed, at der er en sammenhæng mellem et godt netværk og god egenomsorg, samt at netværket er af afgørende betydning for patienternes forudsætninger for at yde god egenomsorg (29).

INF1 beskriver i følgende citat, hvordan en patient med en kendt psykisk sygdom oplever en forværring af hans mentale helbred efter at være blevet opereret.

INF1: *“Hvis der var nogen der har haft øje for hans psykiske sårbarhed før han blev opereret. Altså hvis han var blevet prærehabiliteret og man havde fået lavet en styrket kontakt til hans, ja hvad kan vi sige, psykiske ambulante forløb han havde haft tidligere, så tror jeg han havde klaret det bedre”.*

Informanten anvender i ovenstående citat, ordet "nogen" til at henvise til dem, der burde have haft øje for eller taget ansvar for patientens psykiske sårbarhed inden operationen. Dette indikerer en objektiv tilgang, hvor der ikke tilskrives ansvar til en bestemt person eller gruppe. Informanten henviser til prærehabilitering som en løsning, hvilket antyder organisatoriske mangler i at hjælpe den psykisk sårbare patient, men der er mindre grad af affinitet, da informanten bruger, "tror" før konstateringen, og dermed mindre grad af sikkerhed på udsagnet. Der anvendes også subjektiv modalitet, da informanten bruger udtrykket "så tror jeg han klarede det bedre". Dette er dermed

ikke den definitive sandhed, men er åbent for alternativer. Organisatoriske rammer som en faktor for patienternes muligheder for at efterleve anbefalingerne for god egenomsorg understøttes af INF2's udsagn: "Jamen kommunen begrænser måske nogle gange ting, ja med bevillinger også ikke". Anvendelsen af "måske" antyder dog en lille grad af affinitet til informantens eget udsagn (29).

6.2 Analyse af diskursiv praksis

Til at undersøge anden dimension i analyseprocessen, som er den diskursive praksis, analyseres med udgangspunkt i begrebet: interdiskursivitet (20). Vi har identificeret tre diskurser, som informanterne trækker på i det transskriberede materiale samt i ovenstående tekstanalyse. Fremfundne diskurser fremgår i nedenstående tabel (se tabel 3: Diskurser). Vores interesse er at afdække, om informanternes sprogbrug og brudstykker skaber associationer til bestemte diskurser, og dermed undersøge nettet af diskurser, som udtrykkes igennem tekstanalysen og informanternes udsagn (20).

Tabel 3: Diskurser

Diskurs mod den personcentrerede og holistiske sygepleje
Diskurs mod organisatorisk ulighed
Diskurs mod effektivisering og neoliberal styring

6.2.1 Diskurs mod den personcentrerede og holistiske sygepleje

Blandt vores informanter identificerer vi en sproglig enighed og konsensus om, at sygeplejerskerne i deres rehabiliteringsarbejde forsøger at imødekomme den socialt udsatte patients individuelle postoperative behov. Nedenstående udsagn viser, hvordan de på forskellig vis artikulerer, at de møder patienterne, hvor de er, på patienternes præmisser og hjælper ud fra den enkeltes præferencer. Diskursen mod den personcentrerede og holistiske sygepleje kan eksemplificeres gennem følgende citat:

INF4: *"Det der med at vi tænker meget holistisk, vi tænker hele vejen rundt om patienten og også med at man møder patienten hvor patienten er henne og i forhold til vores rehabiliteringssamtaler, så tager vi også udgangspunkt i det patienten har behov for at tale om. Jeg synes vi kommer hele vejen rundt og kan støtte dem så godt som muligt".*

Når INF4 anvender ordet "holistisk" i mødet med patienten, skabes en virkelighed, hvor patienterne mødes af rehabiliteringssygeplejerskerne som individer, med fokus på det hele menneske. Informanterne beskriver, hvordan de forsøger at støtte den socialt udsatte patient i det postoperative forløb, med udgangspunkt i patientens problemstillinger, hvor det er muligt.

I nedenstående citat sprogliggør INF2, at deres opgave er at individualisere sygeplejen. Informanten artikulerer, at patienterne kan have forskellige frekvenser. Disse frekvenser kan være forskellige, alt efter hvor patienten for eksempel geografisk er bosat. Informanterne forsøger at individualisere kommunikationen, så patientens egenomsorg i postoperative forløb fremmes bedst muligt.

INF2: *"Så det er ligesom at ramme ind på patientens frekvens ikke? Altså frekvens, det er jo meget forskelligt om du sidder langt nede på Lolland som socialt udsat, eller du sidder i et meget fint hjem i Hellerup. Så der vælger vi retorikken så det passer, fordi det skal jo serveres, sådan så de forhåbentlig siger ja tak til et rygestopkursus eller at vi laver en nedtrapning for at komme ned i antallet af øl".*

Udtalelser om at respektere og vise omsorg for patienternes ønsker om støtte eller behov i det postoperative behandlingsforløb går igen i vores fokusgruppeinterview. Informanterne udtrykker, at de forsøger at arbejde holistisk med patienterne og individualisere deres tilgang ud fra de organisatoriske rammer, de er underlagt. Det er patienternes individuelle behov for egenomsorg, der er essentielle, samt anerkendelse af de små fremskridt.

INF3: *"Og så synes jeg også sådan en respekt for deres verden. Så hvis det er at de siger jamen jeg kan ikke, så hjælpe dem med at prøve at finde en vej, få skrevet ting ned i en struktur som de kan forstå".*

INF2: *"Selvom de ikke er stoppet med at ryge for eksempel, så plejer vi at rose dem for at, jamen du har halveret det eller du drikker mindre end du plejer eller du er gået fra guldøl til almindelig øl eller altså ligesom imødekomme at de er på vej og de gør det godt".*

Selvom informanterne udtrykker vigtigheden af at patienten følger ordinationer efter kirurgi, så individualiserer de alligevel, hvad egenomsorg betyder for den enkelte patient. Selvom det er vigtigt, at patienten følger ordinationer og anvisninger fra sundhedsprofessionelle, så anerkender informanterne også små fremskridt i patientens egenomsorg. For eksempel kan det være lige så positivt, hvis en socialt udsat patient halverer sit alkoholforbrug, som hvis patienten stopper med at drikke helt.

Det artikuleres hvordan socialt udsatte patienter har forskellige ressourcer, og forudsætninger og at de derfor er nødt til at centrere sygeplejen og behandlingen individuelt omkring hver enkelt patient.

INF3: *“Og det bliver vi jo nødt til at respektere at folk har forskellige ressourcer og tilgange”.*

INF2: *“Der skal man virkelig bruge tid på at få opbygget en god relation fordi jeg måtte ikke sådan helt til at starte med kigge ind i munden. Det følte han sig ikke særlig fedt ved at gøre men efterhånden så kom vi på endnu mere”.*

Ifølge informanterne er tilgangen til de socialt udsatte patienter i høj grad præget af en intention om at opbygge relationer, skabe tillid og tage hensyn til patientens præferencer, selvom det kan betyde at indordne sig under sundhedsvæsenets organisatoriske strukturer for postoperativ pleje og behandling.

6.2.2 Diskurs mod organisatorisk ulighed

Udover den personcentrerede og holistiske diskurs, fremstiller det transskriberede materiale og tekstanalysen også en konstruktion af ulighed i det danske sundhedsvæsen. I nedenstående afsnit analyseres det, hvordan informanterne sprogligt placerer ansvaret for denne ulighed hos kommunerne og deres tilbud til sundhedsydelser.

Informanterne udtrykker, at de enkelte kommuners økonomi har betydning for, hvilke ydelser de kan tilbyde patienterne i deres eget hjem i det postoperative forløb. Der er en væsentlig geografisk ulighed i sundhedstilbuddene, og det fremhæves, at kommunerne ikke har de samme tilbud om sundhedsydelser, og at der er betydelig forskel i behandlingstiden for de forskellige ydelser. Dette stiller de socialt udsatte patienter forskelligt, afhængigt af hvilken kommune de er tilknyttet og

hvilke behandlingstilbud, de er berettiget til efter udskrivelse. INF2 siger: *"Det kan tage frygtelig lang tid i en kommune og gå meget hurtigere igennem i en anden kommune"*. Samtlige informanter taler om dette som en faktor, der øger uligheden i behandlingen, hvor især de socialt udsatte gøres mere sårbare overfor at kunne yde postoperativ egenomsorg.

Udover ulighed i de kommunale tilbud, påpeger informanterne, at der også er uligheder i de regionale tilbud. Disse ulighederne opstår, når patienterne bor langt væk fra det hospital, hvor de er blevet opereret hvilket stiller større krav til patienten, da det kan være en udfordring at møde op til kontroller og lignende.

INF2: *"Man kan jo sige at bor du i Nakskov og har kontroller herinde. Det kan vi ikke lave om på, men vi kan sørge for, at hvis patienten er berettiget, at de så får kørsel"*.

Informanterne udtrykker ligeledes, at dette øger uligheden i behandlingen og er en faktor ift. den socialt udsatte patients muligheder for at opretholde egenomsorg. Informanterne fremhæver forskellige muligheder for støtte til socialt udsatte og sårbare patienter for at mindske uligheden i behandlingen. Disse muligheder kan omfatte tildeling af en navigator fra Kræftens Bekæmpelse eller en bisidder fra Social Sundhed. En navigator eller en bisidder er frivillige, men kan være en stor støtte for socialt udsatte patienter, hvor det kan være en udfordring at møde op til kontroller.

INF2: *"Man kan jo støtte dem, hvis nu vi siger at de ikke har noget netværk, så har Kræftens Bekæmpelse jo et tilbud med en navigator der kan følge patienten til ambulante besøg. Så har man en bisidder med der lytter og hører hvad der bliver sagt og de kan også tage med patienten hjem og snakke omkring, hvad var det der blev formidlet der. Og vi har et andet tilbud der hedder Social Sundhed som også kan hjælpe, som kan være en relation"*.

INF3: *"Social sundhed kan man også bestille til at de kan komme. Og de følges ad herind fra patientens entredør, så de ikke skal være bekymrede eller have stress over at komme herind, hvis de nu har det svært ved at tage offentlig transport"*.

Informanterne udtrykker at tilbud som Kræftens Bekæmpelse og Social Sundhed har, er med til at understøtte den socialt udsatte patient i det postoperative forløb, i opretholdelsen af postoperativ egenomsorg.

6.2.3 Diskurs mod effektivisering og neoliberal styring

Foruden de to diskurser ovenfor, fremfindes der også, ud fra tekstanalysen og det transskriberede materiale: Diskursen rettet mod sundhedsvæsenets neoliberalistiske styring, samt effektivisering af kirurgiske operationsforløb.

Informanterne beskriver, hvordan sundhedsvæsenet med tiden har fået et stigende fokus på effektivisering og henviser til indførslen af accelererede operationsforløb. Dette medfører øgede krav til patienternes ressourcer og ansvar for egen behandling.

INF3: *“Vi har jo mange accelererede forløb her og indlæggelsesdagene er jo meget meget korte, ja nogle gange kommer de jo faktisk hjem dagen efter de er opererede... Der er jo nogle patienter hvor, nåh de kom hurtigt hjem, vi nåede slet ikke at snakke med dem”.*

INF1: *“Vi er meget præget af de standarder og instrumentelle sygeplejeopgaver vi skal udføre, så det bliver meget kassetænkning, hvor patienterne skal passe ind”.*

Sammen med diskursen rettet mod effektivisering, beskrives også de rammer, som sygeplejerskerne på sengeafdelingen er underlagt. Disse rammer påvirker, hvordan de skal tage hensyn til dagens “patientflow” og hjælpe med at klargøre patienterne til hurtig udskrivelse, hvilket betyder, at der er mindre tid til den individuelle og holistiske sygepleje af den socialt udsatte patient.

INF3: *“Og de skal jo videre ja, fordi der kommer 17 nye operationspatienter om eftermiddagen så jo, der er et flow, så det skal jo være nogle grelle ting folk skal have, hvis de får lov til ekstra indlæggelse”.*

Informanterne italesætter og støtter op om hinandens udsagn om at de organisatoriske rammer i sundhedsvæsenet er målrettet den ressourcestærke patient, hvor både patienter og pårørende har ansvar for egen sundhed, og hvor de socialt udsatte patienter risikerer at blive overset. For eksempel siger INF4: *“Man oplever helt klart, at dem der kan råbe højest, får en bedre behandling, og når man sætter foden ned, får man bedre behandlinger synes jeg.”*

Nedenstående udsagn er eksempler på, hvordan informanterne taler om netværk som en direkte indflydelse på graden af patienternes egenomsorg og trækker dermed mod en diskurs om, at netværk er forbundet med bedre egenomsorg, men også hvordan socialt udsatte uden et netværk er dårligere stillet i det postoperative forløb.

INT: *“Oplever du en systematisk forskel mellem patientgrupper i forhold til at huske tungeøvelser?”.*

INF4: *“Ja og især det er måske der hvor der ikke er en pårørende eller et eller andet til at motivere dem støtte dem i at lave øvelserne”.*

INF3: *“Især dem som måske ikke har nogen pårørende til at støtte i at det er vigtigt at du ikke må drikke tynde væsker for eksempel, fordi det ryger i den gale hals og du fejlsynker. Så kan jeg godt mærke at når vi er ude hos dem der er socialt udsatte, så gør de det alligevel og hvad de sådan har lyst til og måske ikke tænker så meget på konsekvensen af det, fordi de ikke har nogen til at støtte sig”.*

Der kan argumenteres for, at der i informanternes udsagn ses en diskurs, der påpeger, at ansvaret for den postoperative pleje i høj grad påhviler patienterne selv, og at dette stiller krav til deres evner i at yde egenomsorg. Citater fra informanterne viser enighed om, at patienternes netværk spiller en vigtig rolle for deres egenomsorg efter udskrivelse. Netværket kan være en ekstra ressource til at hjælpe med korrekt udførelse af hygiejne, ernæring og generel støtte i det postoperative forløb. Informanterne bekræfter hinanden, som det belyses i følgende citat:

INF1: *“Sociale relationer betyder rigtig meget”.*

INF2: *“Hvor vigtigt det er at have sit bagland i orden, at man har et godt netværk, har rigtig stor betydning”.*

INF4: *“Vi ser virkelig også at det er pårørende der griber ind”.*

Udover at informanterne italesætter, hvordan netværk er en ressource for patienterne og at patienter uden et netværk anses for at være socialt udsatte, er der blandt informanterne også enighed om øvrige faktorer, der har central betydning for det postoperative forløb. Faktorer, som italesættes, er hvis patienterne også lider af en psykisk sygdom:

INF3: *“Og så tænker jeg også altså psykiatriske diagnoser ligesom spænder rigtig meget ben for compliance, ja hvis man er skizofren og mener at tandpasta er det ondeste i verden, så kommer man jo ikke til at have en god mundpleje”.*

Uddannelsesniveau og kulturel forståelse spiller også en central rolle, i informanternes artikulationer. Uddannelsesniveauet har betydning for patienternes evne til at forstå og følge de anbefalinger, der gives efter operationen, mens den kulturelle forståelse kan påvirke patientens opfattelse og accept af behandlingsmuligheder og anbefalinger. Informanterne bekræfter hinanden i disse observationer, som fremgår af følgende citat:

INF1: *“Uddannelsen også i forhold til forståelse for at navigere rundt i systemet...” jamen det er ja altså bedre uddannede og har en partner og sætter sig lidt ind i tingene følger med i samfundsdebatte og sådan nogle ting”.*

Afslutningsvis artikuleres også økonomiske forudsætninger som en faktor, der kan understøtte eller begrænse patienternes evne til at opretholde postoperativ egenomsorg.

INF4: *“Ernæringsdrikke er jo rigtig dyre... mange af dem undviger fordi de simpelthen ikke har råd til at købe proteindrikke og så tyer de måske hellere bare til at drikke øl eller sådan, som ikke giver så meget ernæring”.*

Ifølge ovenstående citater fra informanterne fremgår det, at der er en tydelig diskurs rettet mod patienternes egne ressourcer eller mangel på samme, som har stor og afgørende indflydelse på opretholdelsen af egenomsorg i det postoperative forløb. Ud fra et neoliberalistisk perspektiv retter fokus sig i høj grad mod strategier, hvor formålet er mindre styring og bestemmelse fra staten, men mere selvbestemmelse og autonomi til befolkningen. Tanken er, at befolkningen og individet er selvansvarligt, rationelt og på lige fod, er i stand til at opsøge, indhente og opnå viden ift. sundhed og sygdom og dermed har samme forudsætninger for at handle som de bør. Denne tanke er vores informanter ikke enige i, men beskriver alligevel en diskurs der trækker mod at sundhedsvæsenets organisering baseres på denne tankegang.

INF1: *“Det er som regel socialt udsatte ikke, altså det er dem der er meget alene eller har rigtig mange andre bekymringer, som at få hverdagen til at hænge sammen, som ikke har overskud til at tage sig af det der og bare negligerer en begyndende tumor”.*

INF3: *“Manden på bænken har måske ikke de store forventninger til at alt det, jo bare det skal glide, med den operation vi udsætter ham for”.*

Hensynet til individets muligheder og ressourcer for at opnå, tilegne sig og handle på viden eller information vedrørende egen sundhed og sygdom er ikke inkluderet i den neoliberalistiske tankegang. Når den socialt udsatte patient endvidere har svært ved at forstå eller følge den foreskrevne vejledning og pleje for postoperativ efterbehandling, er økonomisk begrænset eller mangler støtte fra pårørende, vil individet være dårligere stillet med hensyn til at tage vare på egen sundhed og behandling.

6.3 Opsummering af analyse

I ovenstående analyse, ved hjælp af de første to trin i Faircloughs tredimensionelle model, identificeres eksisterende faktorer i den socialt udsatte patients liv, som spiller ind i opretholdelsen af egenomsorg efter udskrivelse. Faktorerne omfatter patientens økonomiske situation, sociale netværk, psykisk sygdom, uddannelsesniveau, samt hvor patienten er bosat geografisk. Informanterne

italesætter at de som rehabiliteringssygeplejersker arbejder med en holistisk tilgang til patienten for at understøtte opretholdelsen af postoperativ egenomsorg, indenfor de rammer, som de arbejder under. Dette udmøntes i diskursen mod den holistiske og personcentrerede pleje. Informanterne udtrykker ligeledes, at der er forskelle i kommunale tilbud til patienter i postoperative forløb i eget hjem, og dette skaber en geografisk ulighed. Alle kommuner har ikke de samme muligheder for at understøtte de socialt udsatte i at opretholde postoperativ egenomsorg. Der er også en geografisk ulighed i hvor patienten er bosat i forhold til, hvilket hospital operationen er udført på. De socialt udsatte kan have udfordringer med at komme ind på hospitalet til ekstra kontroller, patientundervisning osv., og dette kan hæmme opretholdelsen af postoperativ egenomsorg. Dette udmøntes i diskursen om organisatorisk ulighed.

Udover ovenstående eksisterende faktorer i socialt udsatte patienters liv, som sundhedsprofessionelle potentielt har mulighed for at forholde sig til før det kirurgiske indgreb, påpeger informanterne også, at accelererede operationsforløb har indvirkning på patientens evne til at opretholde postoperativ egenomsorg. Dette skyldes den korte indlæggelsestid, som udfordrer sygeplejerskernes mulighed for at foretage en helhedsvurdering af patienten inden udskrivelse. Dette medfører, at socialt udsatte patienter ofte ikke er i stand til at opretholde den vurdering, som er foretaget under indlæggelsen. Altså stilles der krav til, at den socialt udsatte patient selv er ansvarlig for at opretholde egenomsorg i det postoperative forløb, hvilket er i tråd med den effektiviserede neoliberale diskurs.

6.4 Analyse af social praksis

I ovenstående analyse fremkommer tre diskursive forståelser af, hvordan socialt udsatte patienter er i stand til at udføre postoperativ egenomsorg, samt hvilke faktorer der påvirker deres evne til at udføre plejen eller begrænser dem i dette. I dette afsnit vil vi analysere den sociale praksis ved hjælp af den tredje dimension i Faircloughs tredimensionelle model. Diskursive praksisser vil blive analyseret for at opnå perspektiver på den bredere sociale praksis (20).

6.4.1 Ideologi

Der kan ifølge Fairclough eksistere flere ideologier i et tekstmateriale. Ideologierne er indlejret i en tekst som konstruktioner og betydninger af den fremstillede virkelighed, og sådanne konstruktioner søger at interpellere modtageren til at tilknytte sig dem (20).

For at gøre det muligt at undersøge de forskellige former for ideologiske konstruktioner i analysen, analyseres ideologierne ved hjælp af den franske sociolog Pierre Bourdieus teori om felt, habitus og kapitaler (36).

Ifølge Bourdieu konstruerer staten menneskets måde at tænke på, altså at staten har en enorm magt, som udtrykkes gennem en særlig form for symbolsk indflydelse (10). Dermed bidrager staten til produktion og reproduktion af de midler, der tages i brug, når den sociale verden konstrueres. De sociale rammer, som staten indprenter, påvirker befolkningens opfattelse af verden. Den slags opfattelser vil indlejres i og påvirke menneskets habitus. Habitus er indlejret i mennesket og formes konstant, fx i de felter, som mennesket befinder sig i (36). Rehabiliteringssygeplejerskerne beskriver, at deres arbejde er at støtte den socialt udsatte patient i det postoperative forløb i eget hjem, når det er muligt. Det er tydeligt, at deres habitus er påvirket af omsorgstanken, hvor de stræber efter at yde individuel pleje, som tager hensyn til den socialt udsatte patients behov og situation. Dette kommer til udtryk i en holistisk sygeplejeideologi, hvor det fremhæves, at alle patienter er forskellige og har forskellige rationaler og udgangspunkt for sundhed. Der er dog en ideologisk fremstilling af, at der er organisatoriske rammer i konstruktionen af sundhedsvæsenet, som både patienter og sygeplejersker indordner sig under. Det ses i analysen, at rehabiliteringssygeplejerskernes habitus påvirkes af det felt, de begår sig i. De indordner sig de organisatoriske rammer, som de er underlagt i deres arbejde, og dermed udfordres diskursen om den personcentrerede og holistiske sygepleje af diskursen om organisatorisk ulighed samt diskursen om effektivisering og neoliberal styring. Den ideologiske fremstilling af sundhedsvæsenet i ovenstående analyse er derfor et sundhedsvæsen, som er præget af effektiviseringer og neoliberalisme. Rehabiliteringssygeplejerskerne forklarer, at patienternes kapitaler har betydning for deres evne til at opretholde postoperativ egenomsorg i eget hjem. Patienter, der har et socialt netværk, god økonomi, en høj uddannelse og kulturel forståelse, er bedre i stand til at tage vare på sig selv efter en operation som forklaret med Bourdieus teori om kapitaler (36). Når en patient ikke besidder de nævnte kapitaler, betragtes patienten som socialt udsat, og informanterne forklarer, at socialt udsatte personer kan

have svært ved at yde postoperativ egenomsorg i eget hjem. Til trods for dette, foregår udskrivelse indenfor de organisatoriske rammer. Dermed fremstilles en ideologi, om at der stilles krav til, at den socialt udsatte patient skal tage ansvar for postoperativ egenomsorg, for at kunne blive udskrevet. Den socialt udsatte patient skal dermed indordne sig sundhedsvæsenets rammer og derfor også diskursen mod effektivisering og neoliberal styring.

Af de diskurser, som er fremfundet i analysen, er det diskursen mod effektivisering og neoliberal styring samt diskursen mod personcentreret og holistisk sygepleje, som er de mest dominerende diskurser i forhold til vores problemstilling. Det fremgår i diskursen mod organisatorisk ulighed, at socialt udsatte patienter er ekstra udfordrede af at bo langt væk fra det hospital, som de er blevet opereret på, samt kommunernes ulighed i tilbud. Vi finder imidlertid ikke ideologier på baggrund af dette, som er relevante for vores problemstilling. Baseret på den foregående analyse identificeres flere ideologier, som er almindeligt accepterede og medvirkende til at forme den sociale praksis i forhold til vores problemstilling. Disse ideologier inkluderer: 1) Kravet om at den socialt udsatte patient selv skal tage ansvar for postoperativ egenomsorg, 2) Sundhedsvæsenets prægning af effektivisering og neoliberalisme, 3) De organisatoriske rammer, som både socialt udsatte patienter og sygeplejersker indordner sig under i sundhedsvæsenet, og 4) Behovet for sygeplejersker i at foretage individuelle postoperative vurderinger og have et holistisk menneskesyn i deres møde med den socialt udsatte patient for at kunne give den bedst mulige støtte til patienten.

Dette afsnit understreger Bourdieus teori om statens symbolske magt (36), som har en indflydelse på sundhedsvæsenet. Ideologierne, som optræder, viser, at de organisatoriske rammer dominerer, hvilket kan have både tilsigtede og utilsigtede konsekvenser for patienternes evne til at opretholde egenomsorg i det postoperative forløb. Det kan antages, at socialt udsatte patienter er særligt udsatte for negative konsekvenser.

6.4.2 Hegemoni

Hegemonier er kampe om dominans inden for et socialt felt, hvor heterogene forhold skaber muligheder for forandring (20).

Det fremstilles i det ovenstående afsnit, at sygeplejersker og patienter må indordne sig de organisatoriske rammer i sundhedsvæsenet. Dog skabes der et heterogent forhold mellem diskursen om effektivisering og neoliberal styring og diskursen om den personcentrerede og holistiske sygepleje. Dette kommer til udtryk ved, at effektivisering og neoliberal styring umiddelbart er mest dominerende inden for sundhedsvæsenet. Det er fremtrædende, at den socialt udsatte patient og sygeplejerskerne må indordne sig de organisatoriske strukturer, og det kan svække patientens opretholdelse af postoperativ egenomsorg efter udskrivelse, især hvis patienterne er udfordrede på kapitaler og grundet tidlig udskrivelse. Rehabiliteringssygeplejerskerne forsøger at understøtte de socialt udsatte patienters egenomsorg, så vidt det er muligt, inden for de rammer de arbejder under. Effektivisering og neoliberal styring er derfor den mest dominerende diskurs inden for det sociale felt, men sygeplejerskernes holistiske tilgang til den socialt udsatte patient medfører, at diskursen om effektivisering og neoliberal styring udfordres hegemonisk.

7 Diskussion

I det følgende afsnit vil de fremkomne diskurser fra analysen af vores transskriberede fokusgruppeinterview blive diskuteret. Formålet med dette er at belyse flere nuancer af vores diskurser, i relation til vores problemformulering: Hvordan artikulere rehabiliteringssygeplejersker socialt udsatte patienters evne til at opretholde postoperativ egenomsorg efter udskrivelse?

Analysens fund vil diskuteres i forhold til Signild Vallgårdas perspektiv på ulighed i sundhed, da vi ser fordele ved at sprogliggøre, at det ikke nødvendigvis er socialt udsattes adfærd, der er årsag til deres kræftsygdom. Derudover anskues socialt udsattes evner til at opretholde egenomsorg både dikotomisk og som gradient i de operative forløb (1).

Vi finder det relevant at diskutere Sundhedsstyrelsens initiativer mod ulighed i sundhed (37) og supplere med det nyeste regeringsgrundlag fra december 2022 (38). Denne diskussion giver os et indblik i de politiske italesættelser af social ulighed og visioner omkring ulighed i sundhed og disse anses som relevante at diskutere, da vi finder tydelige politiske aftryk i vores fremfundne diskurser.

Yderligere vil vi diskutere specialets diskurser i relation til Kari Martinsens teori om den barmhjertige- og politiske samaritaner (38). Det er relevant at inddrage denne teori, da den giver mulighed for at karikere vores diskurser. Dermed bliver det muligt for os, ved hjælp af sproget, at tydeliggøre, hvilke konsekvenser vores diskurser kan have i samfundet.

Vores diskurser vil ligeledes blive sammenholdt med eksisterende litteratur og undersøgelser på området (3, 39). Formålet er at bidrage til at skabe flere sproglige nuancer vedrørende de udfordringer og problemstillinger der kan identificeres, omkring socialt udsattes patienters forudsætninger for at kunne udøve postoperativ egenomsorg. Litteraturen kan desuden bidrage med at understøtte eller udfordre de diskurser vi har fremfundet gennem denne undersøgelse.

Den teoretiske del af diskussionen afrundes med inddragelse af patientperspektivet vedrørende udskrivelse af socialt udsatte patienter (38). Det vurderes som relevant at diskutere, hvad patienterne udtrykker af forventninger til udskrivelse efter en indlæggelse og sammenholde disse forventninger med vores fund.

Afslutningsvis diskuteres undersøgelsens fund og metode ved hjælp af Lincoln og Gubas parallelperspektiv (40).

7.1 Er ukorrekt sundhedsadfærd årsag til svækket egenomsorgskapacitet?

Til at begynde med vil vi diskutere vores problemstilling og diskurser i relation til Signild Vallgårdas perspektiv på ulighed i sundhed i Danmark (1).

Ifølge Signild Vallgård, professor i folkesundhedsvidenskab, er ulighed i sundhed en udfordring i det danske samfund. Selvom velfærdsstaten har til opgave at sikre lige adgang til sundhedsvæsenets ydelser, ses uligheden tydeligt i Danmark, hvor mennesker med kort uddannelse modtager ringere behandling og oplever større funktionstab og værre sygdomsforløb som følge heraf (1). Vallgård mener, at befolkningen kan opdeles på to måder: dikotomisk og gradient. Formålet med denne opdeling er at tydeliggøre forskellene i befolkningen. Ved den dikotomiske opdeling er der en todelt opdeling, mens den gradientbaserede opdeling betragter forskellene i hele befolkningen. Ved den gradientbaserede opdeling bliver det klart, at sundheden forbedres i takt med stigende

indkomst- og uddannelsesniveauer. Vallgård argumenterer for, at både dikotomisk og gradient-baseret opdeling er relevante, da det er vigtigt at se på ulighed som en gradient, samtidig med at man anerkender, at der er specifikke grupper i Danmark, der står over for særlige sundhedsmæssige udfordringer (1). Ifølge Vallgård er den politiske interesse for ulighed i sundhed utilstrækkelig. Hun mener, at den politiske holdning er, at udfordringen skyldes adfærden i bestemte befolkningsgrupper, men at dette ikke er en tilstrækkelig forklaring på problemet. Hun påpeger, at de fleste sygdomme har flere komplekse årsager, der ikke nødvendigvis har noget at gøre med adfærd. Årsagerne kan omfatte generelle livsbetingelser såsom genetik, opvækstvilkår, forurening, fysisk og psykisk arbejdsmiljø, sundhedsskadelige produkter, sociale relationer og normer samt økonomisk stress (1). En udfordring ved at betragte adfærd som årsagen til ulighed i sundhed er, at mange vil mene, at det dermed er den enkeltes eget ansvar, hvis de bliver syge. Dette vil ikke blot fjerne politikernes ansvar, men også medføre skyld og skam hos den syge (1).

Vores undersøgelse afspejler Vallgårdas perspektiv på ulighed i sundhed. Selvom Vallgård beskriver ulighed i sundhed på et mere generelt niveau, kan hendes perspektiv også anvendes til at tydeliggøre, at det ikke kan reduceres eller simplificeres til at det er sundhedsadfærden, der er årsagen til udfordringerne med at opretholde postoperativ egenomsorg, men derimod de socialt udsattes levevilkår. Vores informanter udtrykker netop, at faktorer som socialt netværk, økonomi, uddannelse og psykisk sygdom spiller en rolle i, at patienter kan have udfordringer med at opretholde postoperativ egenomsorg. Dette øger bevidstheden om, at det ikke nødvendigvis er selvskabt adfærd, der ligger til grund for udfordringerne hos socialt udsatte i samfundet med at opretholde postoperativ egenomsorg. Vallgård mener, at politikernes overbevisning om, at det er selvskabt adfærd, bidrager til at negligere deres ansvar for at hjælpe og støtte de syge i samfundet (1). Det er ikke blevet undersøgt i vores speciale, men det er relevant at reflektere over, om det kan være en medvirkende årsag til, at den mest dominerende diskurs i vores undersøgelse er diskursen om neoliberalisme og effektivisering i sundhedsvæsenet. Ifølge vores analyse er denne diskurs en ideologi og en fælles opfattelse i samfundet. Når det bliver tydeligt, at det er levevilkårene for de socialt udsatte og ikke deres sundhedsadfærd, der er årsagen til udfordringerne med at opretholde postoperativ egenomsorg, kan politikerne ikke på samme måde negligere deres ansvar ved at gøre patienterne ansvarlige for deres egen sygdom, som Vallgård påpeger (1).

Vallgårdas inddeling af befolkningen i dikotomiske og gradient kategorier er også interessant at diskutere i forhold til vores fund i specialet (1). Vores informanter udtrykker, at socialt udsatte patienter er særligt udfordrede i forhold til at opretholde postoperativ egenomsorg. Når man anvender den dikotomiske model og kombinerer den med vores fund i specialet, kan det identificeres, at de socialt udsatte patienter falder ind i den ene kategori, hvor de har begrænset netværk, lav uddannelse, psykisk sygdom og manglende økonomiske ressourcer. Derimod vil den ressourcestærke patient falde ind i den anden kategori og have et stærkt netværk, en mellem-høj uddannelse, ingen psykisk sygdom og økonomiske ressourcer. Ved at bruge den dikotomiske model i forhold til vores fund kan vi identificere de socialt udsatte patienter, der har særlige udfordringer med at opretholde postoperativ egenomsorg.

Vallgård mener, som vi også tidligere har nævnt, at det er en fordel at anvende begge modeller (1). Når vores fund anskues som gradient, kan det observeres, at jo lavere uddannelse, økonomi og socialt netværk en patient har, samt hvis patienten lider af psykisk sygdom, desto mere socialt udsat er patienten og desto større udfordringer har patienten i opretholdelsen af postoperativ egenomsorg. Ved at bruge den gradientbaserede model kan vi skelne mellem forskellige grader af udsathed og forstå, hvordan forskellige faktorer spiller ind på patienternes evne til at opretholde egenomsorg efter operationen. Dette er en fordel for at undgå, at der kun fokuseres på en bestemt gruppe af patienter og i stedet være opmærksom på, at alle patienter kan have individuelle udfordringer med at opretholde postoperativ egenomsorg. Ved at anvende både den dikotomiske og gradientbaserede model kan vi sikre en mere nuanceret forståelse af uligheden i opretholdelsen af egenomsorg og identificere forskellige grader af udfordringer hos patienter.

7.2 Ulighed i sundhed – årsager og indsatser

I nedenstående afsnit fortsættes diskussionen med udgangspunkt i en rapport fra Sundhedsstyrelsen, som omhandler strategier til at mindske ulighed i sundhed i Danmark (37). I rapporten udtrykkes, at der er usikkerhed om, hvilke befolkningsgrupper strategierne skal understøtte, og at strategierne generelt er ukonkrete.

Den sociale praksis ændrer sig afhængigt af den politiske ideologi og dagsorden, der præger samfundet (20). Dette har betydning for, hvilke diskurser der dominerer organiseringen af sundhedsvæsenet samt den udøvende praksis blandt sygeplejerskerne (3). Et eksempel på dette er rapporten "Ulighed i sundhed – Årsager og indsatser" udarbejdet af Sundhedsstyrelsen og Københavns Universitet. Rapporten har til formål at belyse betydningen af specifikke sociale determinanter i forhold til ulighed i sundhed og at identificere indsatser, der kan bidrage til større lighed i sundhed. Denne rapport er en del af flere sundhedspolitiske tiltag, der er iværksat for at forbedre folkesundheden og reducere den sociale ulighed i sundhed (37). Længere middellevetid og nedbringelse af den sociale ulighed i sundhed er mål, som Danmark i særlig grad har været udfordret på at opnå. Den generelle ulighed i sundhed har været markant stigende, og uligheden i dødelighed i Danmark er næsten fordoblet over de sidste 20 år, hvilket er væsentligt mere end for andre vesteuropæiske lande. Desuden er der en politisk interesse i at reducere den sociale ulighed, så borgere i større omfang kan indgå på arbejdsmarkedet og derved bidrage økonomisk til samfundet. Dermed fastholdes eller mindskes udgifterne til sociale ydelser og sundhedsområdet (37). Sundhedsstyrelsen har ved en række initiativer forsøgt at belyse udfordringer med ulighed i sundhed i Danmark, samt udviklet materialer til kommunerne, så de kunne foretage målrettede tværfaglige indsatser. At udarbejde og iværksætte konkrete tiltag og indsatser for at reducere den sociale ulighed i sundhed er ifølge professor Finn Diderichsen, meget udfordrende og komplekst, da det involverer mange forskellige faktorer og afhænger af samspillet mellem dem. Det kan diskuteres, i hvor høj grad disse initiativer og visioner får fodfæste i praksis. Komplexiteten består ifølge Sundhedsstyrelsens rapport blandt andet i, at uligheden foregår på tværs af sektorer og faggrupper samt modarbejdes af politiske visioner og bureaukrati. Samarbejde, politisk og ledelsesmæssig prioritering er et nødvendigt fundament for at nå i mål med indsatser og tiltag for at reducere den sociale ulighed i sundhed (37).

Professor i Social Medicin, Finn Diderichsen, som er hovedforfatteren bag Sundhedsstyrelsens rapport, anbefaler og efterlyser en mere proaktiv tilgang med konkrete tiltag og indsatser for at gøre op med den sociale ulighed. Ifølge Sundhedsstyrelsen råder der stor usikkerhed vedrørende i hvilket omfang de nuværende politiske indsatser bliver udført samt hvilke befolkningsgrupper indsatserne retter sig imod og når ud til (37). Ifølge Finn Diderichsen mangler der en tovholder, som kan kommunikere på tværs af sektorer og faggrænser og formidle relevante tilbud og individuel

støtte (37). Dette udsagn underbygges af vores fund fra analysen, som påpeger, at socialt udsatte patienter, især dem uden et netværk, er afhængige af frivillig hjælp fra støtteorganisationer for at kunne navigere i deres behandlingsforløb. Finn Diderichsen fremhæver især behovet for en tovholder i rehabiliteringsforløb, hvor det aktuelt er nødvendigt, at borgeren både er rask og veluddannet for at kunne koordinere de anbefalede indsatser (37). Disse beskrevne udfordringer og patientkrav underbygges og fremhæves også i vores analyse og i diskursen om effektivisering og neoliberal styring, hvor ansvaret lægges på patienten, og den socialt udsatte patient med begrænsede ressourcer bliver ekstra udsat og sårbar. Sundhedsstyrelsen viser en forståelse for den eksisterende sociale ulighed i sundhed, men deres incitamenter er primært baseret på samfundsøkonomiske gevinster. Kommuner og regioner, som har ansvaret for at omsætte visioner og tiltag i praksis og som har en individorienteret tilgang, kan møde udfordringer med at få disse aspekter til at harmonere med hinanden (37).

I vores analyse identificerer vi, at de samfundsøkonomiske gevinster og den politiske agenda vinder hegemoni over den individorienterede og sygeplejefaglige omsorg. Rapporten fra Sundhedsstyrelsen er udarbejdet tilbage i 2011 (37), hvorfor der kan argumenteres for, at den daværende tilgang til nedbringelse af social ulighed i sundhed og holdningen til socialt udsattes borgeres ansvar for egen sundhed, bærer præg af den dominerende neoliberale styring. Ved regeringsskiftet i december 2022 blev der dannet et nyt regeringsgrundlag (38). I dette regeringsgrundlag italesættes og beskrives en væsentlig mere individorienteret og holistisk tankegang i forhold til, hvordan sundhedsvæsenet og samfundet skal tilgå og møde de danske borgere, herunder med særlig hensyntagen og omsorg for den socialt udsatte borger (38).

I grundlaget fremstilles konstruktionen af, at der er socialt udsatte mennesker i Danmark, som har udfordringer med at navigere i det danske system (38). Diskursen trækker mere over i, at der fremover skal tages hånd om de socialt udsatte og de udfordringer, de oplever i systemet. Dette kommer til udtryk i følgende citat:

”Derfor ønsker regeringen at tage livtag med de svære dilemmaer – også dem, hvor løsninger ikke kan findes med et snuptag – og lægge grundstenene til en ny politik for de allermest udsatte. En politik, hvor de mødes med værdighed og på en måde, hvor vi tager langt bedre hånd om dem, som har allermest behov for det” (38).

Ved at anvende ord som livtag, dilemmaer, udsatte, værdighed og behov, skabes associationer, der

henviser til, at de socialt udsatte i samfundet, skal mødes med værdighed og opfylde deres individuelle behov. Regeringsgrundlaget fremstiller også, at socialt udsatte skal være en del af det danske fællesskab. *"Målet skal være at styrke deres muligheder for et bedre og mere værdigt liv og skabe en vej ind i fællesskabet"* (38). Det er ikke defineret, hvad fællesskabet indebærer. Det kan være arbejdsmarkedsfællesskabet eller fællesskabet i hele Danmark. Men ordet "fællesskab" er synonymt med ord som samhørighed og samfund (41), så fællesskabet tolkes som Danmarks fællesskab og inddragelse af alle.

Ifølge regeringsgrundlaget skal borgerens livskvalitet og medinddragelse prioriteres højt fremadrettet (38). Imidlertid viser vores interview og analyse af det transskriberede materiale, at denne ideologi endnu ikke er blevet integreret i de organisatoriske strukturer i sundhedsvæsenet. Der kan dermed opstå dissonans mellem den politiske vision og ideologi i regeringsgrundlaget og den faktiske praksis inden for de organisatoriske rammer i sundhedsvæsenet. Ifølge vores fund i specialet er sygeplejerskernes praksis fortsat styret af regler og retningslinjer, hvilket medfører bureaukrati og fokus på accelererede operationsforløb. Dette begrænser sygeplejerskernes muligheder for at møde patienterne på en holistisk måde og støtte dem ud fra deres individuelle behov og præferencer.

7.3 Den barmhjertige- og politiske samaritaner

Det tyder på, at regeringen i regeringsgrundlaget forsøger at konstruere vejen for, at socialt udsatte mennesker i fremtiden skal mødes med værdighed. Som følge heraf vurderer vi, at det er relevant at fortsætte diskussionen med Kari Martinsens teori om den politiske og barmhjertige samaritaner (42). Anvendelsen af denne teori er relevant i denne sammenhæng, da den fremhæver et perspektiv på de potentielle konsekvenser for samfundet, når det præges af tanken om den politiske samaritan. Samtidig fremhæver teorien også vigtigheden af tilstedeværelsen af den politiske samaritan (42), hvilket vil blive yderligere uddybet i den kommende diskussion.

Ifølge Martinsen har alle mennesker samme værdighed alene på grund af deres eksistens, og ikke på grund af deres evne til at yde. Det betyder, at alle mennesker har samme værdighed uanset deres udrustning (42). Når dette sammenlignes med Bourdieus kapitalbegreb (10) betyder det, at uanset hvor meget kapital et menneske har, har alle stadig samme værdighed. Ifølge Martinsen er vi i

skabelsestanken afhængige af hinanden og ansvarlige for at tage vare på hinanden. Martinsen beskriver dette som at modtage den anden som en gave, som ikke er knyttet til kvalifikationer eller andet, men som blot skal accepteres. Det er en handling af kærlighed, der udtrykkes gennem at gøre den anden godt uden ønsket om kontrol og magt (42). Baseret på skabelsestanken har Martinsen udviklet kritisk etik, som hun uddyber ved hjælp af teorien om den barmhjertige samaritan og den politiske samaritan.

Den barmhjertige samaritan er en person, som hjælper en anden person i nød uden at forvente noget til gengæld (42). Den barmhjertige samaritan er åben for at se den andens menneskelighed og hjælper med at genskabe livsmuligheder og livsmod. Modsat beskriver Martinsen den politiske samaritan som kynisk, egoistisk og fokuseret på at opnå sin egen interesse. Den politiske samaritan kan føre til et samfund med ulighed og konkurrence, hvor den stærkeste har retten på sin side (42). Forskellen mellem de to samaritanere er vigtig at fremhæve, da den viser, hvordan samfundet kan have forskellige tilgange til at tage vare på samfundets svageste og mest sårbare medlemmer. For at kunne se den anden, som har brug for hjælp, må den barmhjertige samaritan også være en politisk samaritan (42). For at kunne være begge dele i samme person, skal samaritanen både være i stand til at se og hjælpe mennesker i nød, men også være i stand til at forsvare de hjælpeløse i et samfund, som sætter pris på kvalifikationer og nytte. Dermed bliver den barmhjertige samaritan bærende for den politiske samaritan og ikke en erstatning (42).

Diskursen imod effektivisering og neoliberal styring skaber associationer til den politiske samaritaner. Her er det umiddelbare fokus på objekter, som kan måles og vejes. Dette kommer til udtryk ved, at der skal være et flow på afdelingen, hvor patienter skal udskrives, for at der er plads til nye patienter. Under denne diskurs ville Kari Martinsens tanke være, at mennesket anses som en fastsat bytteværdi. De organisatoriske rammer stiller krav til patienten om at tage ansvar for eget behandlingsforløb og herunder opretholdelse af egenomsorg. I det sidste trin i vores analyse beskrives de hegemoniske kampe. Her fremstilles diskursen imod effektivisering og neoliberal styring som den mest dominerende diskurs inden for det sociale felt. For at diskursen kunne bevæge sig imod den barmhjertige samaritaner, skulle der have været et større fokus på menneskelighed i diskursen. Når der ikke er opmærksomhed på menneskeligheden, skaber det ifølge Martinsen regeltyranni og bureaukrati (42). Med den diskurs som den mest dominerende, skabes et samfund med ulighed, hvor den stærkeste får sin ret og med et konstant fokus på fremskridt (42). Dog udfordres diskursen

mod effektivisering og neoliberal styring af diskursen mod den personcentrerede og holistiske sygepleje, som ses i dette speciale som den barmhjertige samaritaner. Dette viser sig ved, at rehabiliteringssygeplejerskerne udtrykker, at deres opgave er at hjælpe og understøtte den socialt udsatte patient med de individuelle udfordringer, som patienten måtte have i opretholdelsen af postoperativ egenomsorg. Der er fokus på menneskelighed, da det er tydeligt, at sygeplejerskerne er drevet af tanken om at give livsmuligheder og livsmot tilbage, uden at forvente at få noget igen. Rehabiliteringssygeplejerskerne udtrykker, at de gør, hvad de kan, med målet om at understøtte den socialt udsatte patient inden for de rammer, de arbejder under. Desuden udtrykkes det også, at det er meget individuelt, hvordan egenomsorg opretholdes. Det kan både vise sig ved at tage hjem efter udskrivelse og indtage øl dagligt, men det kan lige så vel være at efterleve sundhedsprofessionelles ordinationer i eget hjem.

Diskursen mod neoliberalisme og effektivisering er den dominerende diskurs hvor der, ifølge Martinsen som følge heraf skabes et samfund med bureaukrati og regeltyranni (42).

7.4 Diskussion med involvering af det organisatoriske perspektiv

At de organisatoriske rammer kan virke begrænsende for sygeplejerskerne er noget, vi allerede har redegjort for og beskrevet i begyndelsen af specialet. Derfor vil vi i det følgende diskutere vores diskurser i analysen med en artikel, som vi også anvendte i specialets baggrundsafsnit og som også har en kritisk diskursanalytisk tilgang.

Igennem vores analyse fandt vi frem til diskurserne: Den personcentrerede og holistiske sygepleje samt effektivisering og neoliberal styring som værende de mest dominerende. Der udledes forskellige ideologier ud fra de to diskurser, som er modstridende, og en hegemonisk kamp opstår, hvorfra vi tolker, at diskursen mod effektivisering anslås at vinde størst affinitet. Gennem vores litteratursøgning fandt vi en artikel, hvor der var foretaget en kritisk diskursanalyse for at undersøge, hvilken indflydelse de organisatoriske strukturer har i forhold til ulighed af hoved- og halskræftbehandling i Danmark. Formålet med undersøgelsen var at afdække, hvordan institutionelle faktorer kan forværre ulighed i kræftbehandling for patienter med lav socioøkonomisk status, herunder hoved- og halskræftpatienter, som ifølge Mondahl et al. ofte har lav socioøkonomisk status (3).

Undersøgelsen af Mondahl et al. fremhæver to fremtrædende diskurser: en diskurs om effektivisering og en diskurs om deltagelse og beskriver, hvordan en kultur med effektivisering og liberalisering har ført til implementeringen af de såkaldte kræftpakkeforløb. Dette har medført forbedret kvalitet af kræftbehandlingen, hurtigere diagnosticering og behandling af langt flere patienter, sammenlignet med tidligere, hvilket desuden har resulteret i en stigning i overlevelsesraten (3). Mange forskere har imidlertid, ifølge Mondahl et al., argumenteret for at de moderne værdier som effektivitet og effektivitetsmål underminerer visse ældre og de mere bløde værdier i samfundet, men ikke desto mindre anses de for at være nødvendige (3). Denne diskurs om effektivisering understøtter de samme fund, som vi identificerer gennem analysen af vores tekstmateriale. Informanterne i vores fokusgruppeinterviews artikulere ligeledes, hvordan de accepterer og forsøger at indordne sig under de organisatoriske rammer, de er underlagt i deres arbejde. Denne præmis beskrives tilsvarende i undersøgelsen af Mondahl et al., hvor de fastslår, at sundhedsprofessionelle forholder sig til og følger specifikke standarder for kræftbehandling, med det mål at skabe hurtigere og kortere veje til behandling. Et andet væsentligt fund fra vores diskurs om effektivisering og neoliberal styring, som understøttes af citater fra alle fire informanter, er, at patienterne både mundtligt og skriftligt oplyses om de forskrifter og anbefalinger, der er for efterbehandling af et postoperativt kræftforløb. De understreger dog også, at ikke alle patienter har de samme forudsætninger for at kunne efterleve eller forstå disse anbefalinger, men at de organisatoriske rammer pålægger et personligt ansvar hos patienterne. Dette førte os via analysen til diskursen mod sundhedsvæsenets neoliberale styring og til, hvordan autonomi identificeres med ansvar for egen behandling, hvilket også er et fælles mønster sammenholdt med den eksisterende litteratur på området (3). Som angivet ovenfor har vi analyseret en hegemonisk kamp om dominans mellem effektivisering og ønsket om sygepleje baseret på en personcentreret tilgang. I artiklen af Mondahl et al. identificeres endvidere, at værdierne bag hver af deres diskurser trækker i modstridende retninger og placerer sundhedspersonale og patienter i et krydsfelt mellem forskellige krav om deltagelse og et effektivt behandlingsforløb. Deres to diskurser om effektivitet og deltagelse sætter sundhedsprofessionelle i et felt mellem modsatrettede krav, nemlig at sikre hurtige og korte behandlingsforløb samtidig med at de skal sikre, at patienterne deltager. I artiklen har forskerne analyseret tekster, der beskriver specifikke måder, som patienterne forventes at handle efter i deres behandlingsforløb og samtidig beskriver krav til hurtige behandlingsforløb, som sundhedspersonalet er

forpligtet til at følge (3). Disse udfordringer og de relaterede bekymringer gælder generelt for patienter, men i særlig grad for socialt udsatte patienter, som ifølge udsagn fra vores informanter allerede kæmper med at forstå de oplysninger, de modtager om efterbehandling og ikke mindst med at inkorporere det i deres dagligdag efter udskrivelse.

Det kan diskuteres, om de overbevisende og eksisterende diskurser, vi har identificeret i vores speciale samt fra den forelæggende litteratur, er noget, der præger sundhedsvæsenet på et generelt og nationalt plan. Der kan argumenteres for, at de politiske policys, som Mondahl et al. har benyttet i deres diskursanalyse, og vores informanternes artikulation af de organisatoriske rammer i sundhedsvæsenet, illustrerer, hvordan politiske beslutninger og neoliberalistisk styring valideres blandt de sundhedsprofessionelle og i deres artikulation af praksis i sundhedsvæsenet. Det kan diskuteres, om udsagnene, vi finder i vores tekstanalyse, er et symptom på og en konsekvens af årtiers politiske beslutninger. Endvidere kan der argumenteres for at italesættelsen og den sociale konstruktion af socialt udsatte patienter påvirker deres evne til at yde egenomsorg i et postoperativt kræftforløb. Socialt udsatte patienters vilkår fremstår ud fra vores undersøgelse samt litteraturen at være præget af den politiske diskurs, hvor deres efterbehandling påhviler deres egne ressourcer. Vi kan udlede, at vi finder fælles mønstre i diskurserne, som overlapper hinanden i en overbevisende grad, og både tekst materiale fra policys benyttet i artiklen og vores transskriberede materiale underbygger hinanden og manifesterer den samme konstruktion og diskurs (3).

I det ovenstående er de organisatoriske strukturer og diskurser sprogligt blevet nuanceret ud fra policy papers. I det følgende afsnit anvendes forskning, som belyser patientperspektivet og sundhedsprofessionelles perspektiv i udskrivelsen af socialt udsatte patienter (39). Der er blevet interviewet 12 patienter samt i alt 22 læger og sygeplejersker fra både sekundær- og primærsektoren. Artikel inddrager ikke patienter, som udskrives efter kirurgiske indgreb, men vi vurderer alligevel, at artiklens resultater kan diskuteres i forbindelse med dette speciale.

7.5 Diskussion med involvering af patientperspektivet

Denne artikel er særlig relevant, da den belyser flere problemstillinger vedrørende udskrivelsen af socialt udsatte patienter (39), som er værdifulde at inddrage i vores diskussion. Selvom vi ikke har indsamlet data fra patienternes perspektiv, er det vigtigt at anerkende, at det netop er patienterne,

vi ønsker at hjælpe og støtte. Artiklen understreger også, ligesom vores egne fund, at der stilles krav til patienternes evne til at tage ansvar for deres egenomsorg efter udskrivelse (39).

Artiklen undersøger udskrivelsespraksis i forbindelse med overførsel til egen læge eller primærsektor. Formålet med artiklen er at tydeliggøre patienternes rolle i udskrivelsen og de potentielle yderligere risici, som socialt udsatte patienter kan opleve. Artiklen fremhæver at den nuværende praksis for udskrivelse, mellem den primære og sekundære sektor ofte er tilfældig, i den forstand at der mangler standardprocedurer i udskrivelserne efter indlæggelsen (39). Et af resultaterne fra undersøgelsen er, at patienterne forventes at være aktive deltagere i udskrivelsen. Det indebærer blandt andet, at patienterne selv er i stand til at formidle skriftlig og mundtlig kommunikation til primærsektoren, hvilket kan være deres egen læge eller hjemmepleje (39). Denne forventning om patientens aktive deltagelse i udskrivelsen, understøtter specialets diskurs om effektivisering og neoliberalisme. Undersøgelsen antyder, at patienter med lavere socioøkonomisk status, sprogbarrierer, færre familieressourcer eller lav sundhedskompetence kan være i særlig risiko ved udskrivelser (39). Hvorimod patienter med større sundhedskompetencer og sprogfærdigheder er mere tilbøjelige til at navigere sikkert i sundhedssystemet, da de er i en bedre position til at forstå den information, der bliver formidlet (39). Generelt udviste patienterne en meget lav grad af interesse for planlægningen af udskrivelsen og mente, at det var de sundhedsprofessionelles ansvar. Det kan afspejle det faktum, at som brugere af systemet, forventede de, at det var organiseret på en måde, der sikrede effektiv brug og overførsel af information (39).

Patienternes manglende interesse for planlægningen af udskrivelsen og deres opfattelse af, at det er de sundhedsprofessionelles ansvar, kan ses som en reaktion inden for diskursen om effektivisering og neoliberalisme. Dette kan skyldes den måde, sundhedsvæsenet er struktureret på, hvor der lægges større vægt på effektivisering og neoliberalisme frem for personcentreret pleje og individuelle behov. Derfor er det afgørende at reflektere over, hvordan den eksisterende diskurs om effektivisering og neoliberalisme i sundhedsvæsenet kan være i strid med patienternes forventninger og behov. Det kan indikere, at de organisatoriske strukturer ikke er tilstrækkeligt tilpasset til at imødekomme individuelle behov og inddrage patienterne aktivt i deres egen behandling og efterfølgende egenomsorg.

Undersøgelsen identificerede yderligere en række potentielle sikkerhedsproblemer under udskrivelsen fra hospitalet til primær sektor. Patienterne italesatte, at uden tilstrækkelig information og forståelse for deres diagnoser, medicin og egenomsorgsbehov, var de ikke fuldt ud i stand til at forstå og dermed deltage i egen pleje under og efter udskrivelse fra hospitalet (39). Mange af kendetegnene i udskrivelsen af socialt udsatte patienter, kan have betydning for alle patienter. Men da udskrivelsesprocessen syntes at stole væsentligt på patienternes og deres pårørendes selvstændighed, kan patienter med lavere sundhedskompetencer, sprogbarrierer og mangel på sociale ressourcer, være i større risiko for at blive udsat for utilsigtede hændelser (39). Patienter og deres pårørende forventes dermed at påtage sig et betydeligt ansvar i udskrivelsesprocessen samt håndtering af administrative spørgsmål relateret til behandling, såsom udfyldning af recepter og styring af hjemmeplejen (39). Når patienter har sprog- og helbredsmæssige barrierer og/eller mangler støtte fra pårørende, bliver udfordringer med koordination mellem hospitalet og primær sektor mere tydelige og kan bidrage til fejl og udeladelser (39). Diskursen om effektivisering og neoliberalisme, som vi identificerede i vores analyse, ses også at have en betydelig indflydelse fra patientperspektivet (39). De eksisterende organisatoriske strukturer er konstrueret ud fra antagelsen om, at alle patienter eller eventuelle pårørende er i stand til at påtage sig ansvaret for deres egen behandling og opretholdelse af egenomsorg. Artiklen påpeger desuden, at overførslen mellem sektorer ofte afhænger af sundhedsprofessionelles gode vilje (39), hvilket også kan afspejles i diskursen om personcentreret og holistisk sygepleje.

I foregående diskussionsafsnit er der fremhævet centrale pointer, der er essentielle for at støtte op om vores problemformulering. Den teoretiske diskussion, sammen med analyseresultaterne i specialet, viser tydeligt en konstruktion og dominans af diskursen mod neoliberalisme og effektivisering i sundhedsvæsenet, hvilket kan medføre ulighed i behandlingen. Organisatoriske strukturer inden for sundhedsvæsenet ses som værende konstrueret under antagelsen om, at alle patienter er i stand til at påtage sig ansvar for deres egen behandling og egenomsorg, hvilket imidlertid ikke altid er tilfældet for socialt udsatte patienter.

7.6 Diskussion af metode

I det følgende afsnit bedømmes metoden og resultaterne for dette speciale med inddragelse af Lincoln og Gubas parallelperspektiv. For at undersøge et studies troværdighed har Lincoln og Guba opstillet fire kriterier til vurdering af kvalitative studier, disse kriterier er: credibility, dependability, confirmability og transferability (40).

"Credibility" definerer Lincoln og Guba som værende et studies interne validitet. Et af kriterierne under Credibility er, at der kan være konsekvenser af vedvarende kontakt med det fænomen, som undersøges. Konsekvensen kan være, at der kan ske en forvrængning af det fænomen, som undersøges, og især er risikoen, at det mest fremtrædende ved fænomenet identificeres og analyseres på (40). Dette er noget, som vi løbende igennem specialet har været meget opmærksomme på, da vi stort set igennem hele kandidatuddannelsen har arbejdet med ulighed i sundhed og dermed har haft vedvarende kontakt med fænomenet. Vi oplevede gentagne gange i løbet af analysen, at vi analyserede på empiri, som egentlig ikke var relevant for vores problemstilling, men som var fremtrædende for os på grund af vores langvarige engagement. Dermed forsøgte vi ved løbende dialog om vores problemstilling at være opmærksomme på at holde os på sporet og opretholde stringens igennem specialet, for at sikre, at der ikke skete en forvrængning i besvarelsen af problemstillingen, og så vi ikke kun analyserede det mest iøjnefaldende i det transskriberede materiale, men fik alle perspektiver med. Dette øger graden af Credibility ifølge Lincoln og Guba (40).

Et andet kriterium under Credibility er cross-checking af data. Dette kan gøres ved at anvende forskellige kilder og metoder til at undersøge problemstillingen, eller ved at have flere forfattere bag det, som skal undersøges (40). Igennem baggrundsafsnittet har vi anvendt flere forskellige forskningsartikler fra vores systematiske litteratursøgning, samt anden relevant litteratur til at belyse relevansen af vores problemstilling. Det skal fremhæves, at vi har haft en meget bred systematisk litteratursøgning med mange hits, da vi havde udfordringer med at finde relevant forskning i forhold til vores problemstilling. Den brede systematiske litteratursøgning har dog resulteret i intensiv og bred kontakt med det område, vi undersøger, for at kunne identificere det mest fremtrædende på området i den eksisterende forskning. Ulempen er dog, at der er blevet brugt lang tid på at finde artiklerne, og at det ikke har været muligt at undgå, at vi for hurtigt har skimmet artikelloverskrifter og abstracts. Vi kunne også have foretaget systematiske søgninger i fx databasen PsycInfo, hvilket ifølge Lincoln og Guba også ville have øget graden af Credibility. Vi vurderer

derfor, at vores metodiske tilgang til litteratursøgning, har haft negativ indvirkning på undersøgelsens Credibility.

Vi har kun anvendt en empirisk undersøgelsesmetode til at undersøge vores problemstilling, hvilket svækker graden af Credibility i specialet (40). Selvom det vurderes at fokusgruppeinterviewet har været anvendeligt til at besvare vores problemformulering, vurderes det også at der er nogle ulemper ved kun at anvende et fokusgruppeinterview. For at kompensere for disse ulemper, kunne vi have suppleret med individuelle interviews eller med et observationsstudie, hvor vi observerede interaktionen mellem patienterne og rehabiliteringssygeplejerskerne i hjemmet. Dette kunne have underbygget vores nuværende resultater, men det kunne også have givet os et helt andet resultat. At vi er flere forfattere bag specialet, styrker ifølge Lincoln og Guba graden af Credibility, da vi undervejs har haft mulighed for at diskutere vores valg af metode, analysen af det transskriberede materiale og hvilken litteratur, der er relevant at diskutere vores fund med.

Et tredje kriterium under Credibility er, at forfatterne skal være opmærksomme på ikke at have en "negativ indstilling" i analysen af det indsamlede materiale. Det betyder, at forfatterne ikke aktivt og udelukkende må søge efter det negative i materialet (40). Vi var meget opmærksomme på dette under analysen, netop fordi vi havde en forforståelse af, at socialt udsatte patienter havde udfordringer med at opretholde egenomsorg efter kirurgi. Ikke desto mindre var det uundgåeligt at støde på diskursen om effektivisering og neoliberalisme i analysen.

Graden af Credibility vurderes samlet set som høj i dette speciale, da vi har tydeliggjort vores forforståelser og refleksioner omkring vores problemstilling og resultater af analysen. Dette er det mest fundamentale, når et studies interne validitet vurderes (40). Dog svækkes credibility af den brede litteratursøgning og det faktum, at vi kun har anvendt ét fokusgruppeinterview til at undersøge vores problemstilling.

Dependability defineres af Lincoln og Guba som værende et studies reliabilitet (40). Reliabilitet angår et studies pålidelighed, og det vurderes blandt andet om en anden forsker ville opnå det samme resultat med de samme deltagere og settings. Ifølge Lincoln og Guba kræver dette også en høj grad af Credibility. Derfor er strategien at præcis beskrive metoden, så det er gennemsigtigt for læseren, hvordan undersøgelsen er udført (40).

Vi har igennem hele processen forsøgt at arbejde struktureret og stringent i opbygningen af specialet ved at beskrive metode- og analyseafsnittet grundigt, for at skabe gennemsigtighed i alle valg, vi har truffet undervejs. Dette øger ifølge Lincoln og Guba graden af Dependability (40). I begyndelsen af specialeprocessen, undersøgte vi socialt udsatte patienters ”compliance” i stedet for ”egenomsorg”. Vi anvendte også begrebet ”compliance” i selve fokusgruppeinterviewet. Imidlertid oplevede vi igennem udarbejdelsen af analysen, at begrebet ”compliance” blev for snævert sammenlignet med egenomsorg. Derfor ændrede vi det til egenomsorg for at opnå en bredere dækning af emnet. Denne beslutning viste sig at være vellykket, idet det gjorde analysen af vores materiale mere tilgængelig.

Yderligere, i vurderingen af specialets dependability, er vi opmærksomme på, at graden af, hvorvidt en anden forsker ville opnå de samme resultater, svækkes af den omfattende litteratursøgning og den begrænsede deltagergruppe, hvilket også er med til at påvirke graden af Credibility. Derfor vurderes dependability samlet set ikke at være høj. Hvis vi havde suppleret med et større antal deltagere i fokusgruppen, flere fokusgruppeinterviews eller individuelle interviews, ville det have øget graden dependability i specialet.

Confirmability definerer Lincoln og Guba som værende et studies objektivitet (40). Her vurderes det blandt andet, om hele datamaterialet er repræsenteret i analysen, og om der er objektivitet i både data og fortolkninger, således at fundene afspejler deltagernes sproglige udsagn og ikke vores egne perspektiver (40). Fairclough fremhæver også, at de metodiske valg vil have indflydelse på analysen, og dermed kan den altid være forskellig (20).

Vi har igennem analysen forsøgt at præsentere mange citater, så vores transskriberede materiale blev bredt præsenteret. Dette øger graden af confirmability i specialet, da det sikrer, at hele datamaterialet er repræsenteret i analysen, og at vores fund afspejler deltagernes sproglige udsagn og ikke vores egne perspektiver. Det faktum, at vi er flere om at analysere materialet, øger ifølge Lincoln og Guba også confirmability (40), da det øger objektiviteten i analysen. Derudover er der også fremkommet flere nuancer i analysen, end vores forforståelse umiddelbart bar præg af, dette er eksempelvis organisatorisk ulighed i kommunerne, hvilket også er med til at øge objektiviteten. Dermed vurderes graden af confirmability samlet set som høj i specialet.

Det sidste kriterium er Transferability, som Lincoln og Guba definerer som et studies eksterne validitet (40). Transferability omhandler hvorvidt studiet er udviklet i en kontekst, som er sammenlignelig med andre steder, og om studiets resultater kan generaliseres og overføres til andre kontekster. Det indebærer også, at fundene er beskrevet på en måde, så andre har mulighed for at evaluere, om de kan anvendes i deres egen praksis (40).

Vi har igennem analyseafsnittet beskrevet vores fund grundigt, så det er muligt for andre at evaluere, om de kan anvendes i egen praksis. Vi vurderer, at specialet er udviklet i en kontekst, der er sammenlignelig med andre steder i sundhedsvæsenet, og vores fund kan i varierende grad, anvendes på de fleste kirurgiske afdelinger.

Samlet set vurderes specialets troværdighed som høj. Det begrundes med, at vi har været tydelige omkring vores valg af metode og hvorfor netop den metode er relevant i forhold til besvarelse af vores problemstilling. Generelt har vi forsøgt at være så gennemsigtige som muligt i vores valg i opgaven. Dog er der nogle elementer, som svækker troværdigheden i forhold til den interne validitet, nemlig at vi kun har anvendt et fokusgruppeinterview til besvarelse af vores problemstilling og har udarbejdet en meget bred systematisk litteratursøgning med mange hits.

Den socialkonstruktivistiske tilgang, herunder Faircloughs kritisk diskursanalytiske tilgang (20), vurderes at have været anvendelig som metodisk tilgang til besvarelse af vores problemformulering. Den kritisk diskursanalytiske tilgang har givet os mulighed for at udføre en dybdegående sproglig analyse af et fokusgruppeinterview med henblik på at afdække skjulte, men alligevel eksisterende diskurser omkring socialt udsatte patienters evne til at opretholde postoperativ egenomsorg efter kirurgi. Ved at anvende Faircloughs kritisk diskursanalytiske tilgang, har vi opnået en grundig og kontekstualiseret forståelse af de diskurser, der omgiver vores problemformulering. Denne tilgang har yderligere givet os et metodisk fundament, til at udforske og kritisere eksisterende diskurser, samt deres betydning for socialt udsatte patienters evne til at opretholde postoperativ egenomsorg efter kirurgi.

8 Konklusion

Formålet med dette speciale var at opnå indsigt i de diskursive forståelser, der er konstrueret gennem rehabiliteringssygeplejerskers artikulationer vedrørende socialt udsatte hoved-halskræft patienters evne til at opretholde postoperativ egenomsorg i eget hjem.

Gennem vores kritiske diskursanalyse identificerede vi tre diskurser: "Effektivisering og neoliberal styring", "organisatorisk ulighed" og "den personcentrede og holistiske sygepleje". På baggrund af vores analyse kan det konkluderes, at der eksisterer en hegemonisk kamp mellem politiske og ledelsesmæssige mål og visioner om effektivisering og flow af patientforløb, på den ene side og omsorgstanken, hvor fokus er på den individuelle patient, på den anden side. Diskursen mod effektivisering og neoliberal styring, vinder hegemoni over den holistiske og personcentrede sygepleje.

Rehabiliteringssygeplejerskerne artikulerer at socialt udsatte patienter, der udfordres på kapitaler som økonomi, uddannelse, kulturel forståelse og især social kapital, har større udfordringer med at opretholde postoperativ egenomsorg efter udskrivelse. Sygeplejerskerne forsøger med barmhjertighed og omsorgstanken at understøtte patienterne inden for de organisatoriske rammer.

Konklusionen er, at de organisatoriske strukturer og rammer udfordrer socialt udsatte patienter i at opretholde postoperativ egenomsorg efter udskrivelse. Dette kan skyldes en hurtig og effektiv udskrivelse, hvor sygeplejerskerne ikke får mulighed for at vurdere patienterne, før udskrivelsen, på grund af "patient flow". Det kan også skyldes organisatorisk ulighed mellem kommunerne, hvor nogle kommuner tilbyder mere støtte end andre. Sundhedsvæsenets rammer kræver, at den socialt udsatte patient er aktiv i sit eget behandlingsforløb, for at have de bedste forudsætninger, for at opretholde postoperativ egenomsorg efter udskrivelse. Dette resulterer i ulighed i patienternes forudsætninger for at opretholde postoperativ egenomsorg efter udskrivelse, da rehabiliteringssygeplejerskerne udtrykker, at socialt udsatte patienter ikke altid har de nødvendige evner til at opretholde egenomsorg efter operation.

9 Perspektivering

Omsorgstanken og vores informanternes artikulation af den udøvende sygeplejepraksis perspektiveres i det følgende afsnit ud fra den aktuelle sygeplejefaglige begrebsramme Fundamentals of Care (FoC) (43).

Normerne for den udøvende sygepleje påvirkes og ændres i takt med den dominerende diskurs i samfundet. Hierarkisk set fremstår den politiske diskurs, ifølge vores analyse, som værende styrende for sygeplejen i sundhedsvæsenet. Dog er en personcentreret og holistisk sygeplejediskurs også et af vores centrale fund i analysen. Det transskriberede materiale viser gentagne udsagn fra informanterne, hvor de artikulerer, at de forsøger at møde patienterne hvor de er og med en holistisk tilgang inden for de pålagte organisatoriske rammer. I vores analyse synliggøres en kamp om dominans i forhold til, hvad sygeplejen skal rette sig imod, samt en italesættelse af nødvendigheden i at se individet.

Rehabiliteringssygeplejerskernes italesættelse af deres aktuelle udøvende sygepleje i mødet med socialt udsatte patienter i det postoperative behandlingsforløb, trækker mod en omsorgs- og personcentreret diskurs, hvilket har mange lighedstræk med tankegangen i FoC. Der artikuleres et ønske om at være holistisk i sin sygepleje, men det beskrives ligeledes, at dette ikke altid er organisatorisk muligt eller prioriteret, hvilket i øvrigt stemmer overens med den forskning der danner grundlaget for udviklingen af FoC. FoC er udviklet efter overbevisende international dokumentation for mangelfuld sygepleje, især vedrørende patienternes fundamentale behov (43). Flere studier og publicerede rapporter fremhæver, hvordan der er udfordringer med at imødekomme patienternes behov, især inden for kommunikation, værdighed, det relationelle og de psykosociale behov. Studierne underbyggede og bekræftede behovet for en radikal ændring i den ydede sygepleje. Ifølge FoC fremgår den grundlæggende, fundamentale og basale sygepleje med fokus på inddragelse af patienten som essentiel (43). I sundhedsvæsenet synes der at være en tendens til, at den fundamentale sygepleje rettet mod patienternes basale behov nedprioriteres til fordel for specialiseret sygepleje, som fokuserer mere på tekniske og opgavecentrerede aspekter (43).

Flere steder i sundhedsvæsenet er begrebsrammen FoC allerede implementeret og står på den ledelsesmæssige dagsorden. Med FoC-tilgangen går man "back to basics", med udgangspunkt i Virginia Hendersons grundlæggende sygeplejeprincipper og med fokus på personcentreret sygepleje

for at sikre, både fysisk og psykisk velvære. Denne diskurs trækker i samme retning som vi har fremfundet igennem vores analyse, hvor sygeplejerskerne kæmper om og ønsker at fastholdelse den holistiske sygepleje og omsorgstanke. Begrebsrammen er udviklet med det formål at yde holistisk sygepleje og imødekomme patienternes fysiske, psykosociale og relationelle behov (43), hvilket med fordel kan sætte et større fokus på kompleksiteten hos de mindre ressourcestærke og socialt udsatte patienter. Ifølge principperne, der gennemgås for FoC, vil sygeplejersker, ved at benytte denne tilgang opnå tillid og relation til patienterne, hvilket kan medføre information og oplysning om den enkelte patient, der gør det muligt at imødekomme de individuelle behov (43). Relationsopbygning artikuleres af informanterne, som værende begrænset af organisatoriske rammer, men udtrykkes som ønskeligt og en nødvendighed for at få socialt udsatte patienter til at yde egenomsorg i rehabiliteringsforløbet og for at kunne imødekomme den individuelle patient. Formålet med FoC er desuden at gøre op med forudindtagede antagelser om patienter og patientgrupper, hvilket angives at være en udfordring i den nuværende udøvende sygepleje (44). FoC kan dermed bidrage til at udfordre tankegangen, italesættelsen samt den nuværende konstruktion af både den socialt udsatte patient, deres ansvar og evne til at yde egenomsorg samt sygeplejetilgangen, der udøves blandt sygeplejerskerne. Ved en fokuseret sygeplejepraksis ud fra FoC-principperne kan sygeplejersker identificere behovet for hjælp og støtte i forhold til et eventuelt manglende netværk og psykisk sårbarhed samt støtte hertil. Ifølge vores informanter er disse udfordringer afgørende for patientens postoperative behandlingsforløb og evne til at udøve egenomsorg. Vores informanter fortæller, hvordan de forsøger at se det enkelte menneske i deres behandling og pleje og mener, at de udfører et godt sygeplejefagligt og individorienteret arbejde. Samtidig beskriver de dog også, at fx prærehabilitering af patienter er mangelfuldt, og mange sårbare patienter risikerer at blive tabt i efterbehandlingsforløbet, da de organisatoriske rammer ikke er rustet til at yde den ekstra sygepleje, der kan være nødvendig. Hvilket identificerer den hegemoniske kamp diskurserne imellem. Ifølge en artikel vedrørende implementering af FoC understreges det, at dette kræver, at organisationen og ledelsen støtter op med nødvendige ressourcer og at organisationens værdier og kultur understøtter FoC-tilgangen (44). Dette kan grundlæggende overføres til alle sygepleje kontekster, da kulturen og prioriteringen af patienter samt arbejdsopgaver principielt er ledelsesmæssigt bestemt (44). Men i dette tilfælde kræver det et opgør og en rekonstruktion af den nuværende dominerende effektiviseringsdiskurs til større affinitet mod den holistiske og personcentrerede sygepleje diskurs.

Ifølge Vallgård anlægger regeringen et syn på socialt udsatte, hvor der fokuseres på deres adfærd som den centrale årsag til ulighed i sundhed (1). Hvilket perspektiv der anlægges på social ulighed i sundhed, kan være afgørende for patienterne og deres sundhed (1). Afhængig af det anvendte perspektiv og definition, fremgår forskellige årsagsgrunde og forskellig placering af ansvaret. Informanterne giver udtryk for et behov for prærehabilitering med henblik på at identificere de socialt udsatte patienter tidligt i forløbet, så behov og sårbarheder kan defineres og understøttes. Informanterne mener, at prærehabilitering vil kunne bidrage til at øge patienternes evne til at yde postoperativ egenomsorg samt mindske komplikationer. Et forslag er at foretage en dikotomisk- og en gradientvurdering (1) af patienterne i sundhedsvæsenet. Ved at benytte denne tilgang, bliver det muligt, tidligt i forløbet at identificere de socialt udsatte, samtidig med at der også er åbenhed over for, at selv de mere ressourcestærke kan have brug for ekstra støtte.

Litteraturliste

1. Vallgård S. Hvordan mindsker vi uligheden i sundhed? 1. udgave. ed. Kbh: Information; 2019.
2. Mortensen A, Mortensen Nordenhof B. Forbedret hjemmesygepleje til patienter med kræft i hoved og hals Fag & Forskning 2019 [Available from: <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/ff-nr-2019-4/forbedret-hjemmesygepleje-til-patienter-med-kræft-i-hoved-og-hals>].
3. Mondahl J, Thomsen TG, Hellesø R, Frederiksen K. A critical discourse analysis of the influence of organisational structures on inequality in head and neck cancer treatment in Denmark. Scandinavian journal of caring sciences. 2022.
4. Hjort K. Skal man være rask for at være syg? Om konkurrencestatens krav om en kompetent klient. GJALLERHORN Tidsskrift for professionsstudier. 2015(21).
5. Piemeu C, Loignon C, Dionne É, Paré-Plante A-A, Haggerty, Jeannie, Breton M. Expectations and needs of socially vulnerable patients for navigational support of primary health care services. BMC Health Services Research. 2021.
6. Bringsén ÅS, Johanna. Petersson, Pia. Nursing staff's experience of appearance issues in various nursing situation. BMC Nursing. 2021.
7. Høy B. Sundhedsfremmende egenomsorg. In: Martinsen B, Norlyk A, Dreyer P, editors. Patientperspektivet : en kilde til viden. 1. udgave. ed. Kbh: Munksgaard; 2012.
8. Delmar C. Omsorg og ansvar som to sider af samme sag. Tidsskrift for omsorgsforskning. 2018;4(3):322-9.
9. Kaspersen LB, Nørgaard J, Kaspersen LB, Nørgaard J. Ledelseskriser i konkurrencestaten. 1. udgave. ed. Kbh: Hans Reitzel; 2015.
10. Bourdieu P. Af praktiske grunde : omkring teorien om menneskelig handlen. Kbh: Hans Reitzel; 2008.
11. Sundhedsstyrelsen. Pakkeforløb for hoved- og halskræft. 2020.
12. Kræftens Bekæmpelse. Hoved-halskræft 2020 [Available from: <https://www.cancer.dk/hoved-halskræft-halscancer/>].
13. Kehlet H. Accelererede operationsforløb - en faglig og administrativ udfordring. Tidsskriftet - Den norske lægeforening. 2001.
14. Kehlet H, Wilmore DW. Evidence-Based Surgical Care and the Evolution of Fast-Track Surgery. Annals of surgery. 2008;248(2):189-98.
15. Sundhedsstyrelsen. Det accelererede kolonkirurgiske patientforløb - en medicinsk teknologivurdering. 2005.
16. Kjeld S, Brautsch L, Svartá D, Hansen A, Andersen S, Danielsen D. Social ulighed i mødet med sundhedsvæsenet - en systematisk litteraturgennemgang. SDU; 2022.
17. Birkler J. Filosofi & sygepleje : etik og menneskesyn i faglig praksis. 1. udgave. ed. Kbh: Munksgaard Danmark; 2013.
18. Kröner S, Beedholm K. How discourses of social vulnerability can influence nurse-patient interactions: A Foucauldian analysis. Nursing inquiry. 2019.
19. Tanggaard Andersen P, Timm HU, Andersen P, Timm H. Sundhedssociologi : en grundbog. 2. udgave. ed. Kbh: Hans Reitzel; 2021.
20. Fairclough N. Kritisk diskursanalyse : en tekstsamling. 1. udgave. ed. Kbh: Hans Reitzel; 2017.
21. Kristensen Grundtvig H. Folkesundhedsvidenskab og epidemiologi. Kap 9 Litteratursøgning 2. udgave. ed. København: Gads forlag.; 2020.
22. retningslinjer Cfk. Checklister [Available from: <https://cfkr.dk/manualer/checklister/>].
23. Hørmann E. Bachelorprojekter indenfor det sundhedsfaglige område : indblik i videnskabelige metoder. 2. udgave. 1. oplag. ed. Glasdam S, Beedholm K, editors. København. : Nyt Nordisk Forlag; 2015.

24. Birkler J. Videnskabsteori : en grundbog. 2. udgave. ed. Kbh: Munksgaard; 2021.
25. Collin F. Konstruktivisme. 3. opl. ed. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag; 2004.
26. Philips L. Diskursanalyse. 2. udgave. ed. Brinkmann S, Tanggaard L, editors. Kbh: Hans Reitzel; 2015.
27. Winther Jørgensen M, Phillips L. Diskursanalyse som teori og metode. 1. udgave. 10. oplag. ed. Frederiksberg: Samfundslitteratur; 2013.
28. Nexø Andersen S, Koch L. Diskursanalyse. 4. udgave. ed. Vallgård S, Koch L, editors. Kbh: Munksgaard Danmark; 2015.
29. Winther Jørgensen M, Phillips L. Diskursanalyse som teori og metode. 7. oplag. ed. Frederiksberg: Samfundslitteratur; 2010.
30. Fairclough N. Discourse and social change. Cambridge: Polity Press; 1992.
31. Halkier B. Fokusgrupper. 2. udgave. ed. Frederiksberg: Samfundslitteratur; 2008.
32. Polit DF, Beck CT. Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice. 10th , International ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2016.
33. Kvale S, Brinkmann S. Interview : det kvalitative forskningsinterview som håndværk. 3. udgave. ed. Kbh: Hans Reitzel; 2022.
34. Ordbog Dd. Ressource www.Ordnet.dk [Available from: <https://ordnet.dk/ddo/ordbog?query=ressource>.
35. ordbog Dd. Lod: Den danske ordbog; [Available from: <https://ordnet.dk/ddo/ordbog?query=lod>.
36. Bourdieu P, Champagne P, Duval J, Poupeau F, Rivière M-C, Collier P, et al. Forms of capital. Cambridge, UK ;: Polity Press; 2021.
37. Diderichsen F, Andersen I, Manuel C, Anne-Marie N-A, Line Raahauge H, Anna Paldam F, et al. Ulighed i sundhed : årsager og indsatser. Version: 1.0. ed. Kbh2011.
38. Frederiksen M, Ellemann-Jensen J, Rasmussen Lykke L. Ansvar for Danmark - Det politiske grundlag for Danmarks regering. 2022.
39. Groene RO, Orrego C, Suñol R, Barach P, Groene O. "It's like two worlds apart": an analysis of vulnerable patient handover practices at discharge from hospital. BMJ quality & safety. 2012;21(Suppl 1):i67-i75.
40. Lincoln YS, Guba EG. But is it rigorous? Trustworthiness and authenticity in naturalistic evaluation. New directions for program evaluation. 1986;1986(30):73-84.
41. Ordbogen.com. Fællesskab [
42. Martinsen K. Fra Marx til Løgstrup : om etik og sanselighed i sygeplejen. 2. bogklubudgave. 1. oplag. ed. Kbh: Gyldendals Bogklubber; 2010.
43. Grønkjær M, Poulsen I, Damsgaard TL. Fundamentals of care : klinik, uddannelse, ledelse og forskning. 1. udgave ed. Kbh: Munksgaard; 2021.
44. Feo R, Conroy T, Alderman J, Kitson A. Implementing fundamental care in clinical practice. Nursing standard. 2017;31(32):52-62.