

SOCIALT UDSATTE BORGERES OPLEVELSE MED SUNDHEDSVÆSENET



Syddansk Universitet
Institut for Psykologi

Kandidatspeciale

CAROLA B. CUCULIZA – 12-04-1996

EMMA H. DEGN – 05-02-1995

Vejleder: Stephen F. Austin

Normalsider (tegn): 73,1 (175.378)

Abstract

This master's thesis examines the barriers and facilitators in health care, perceived by socially marginalized people in Denmark. The study is mixed methods, with an explorative sequential design. The study is divided into three parts; a scoping review, interviews and the development of a scale. The hope is that the scale will contribute to less inequality in healthcare access, as previous studies have found evidence for correlations between treatment experience and treatment outcome.

Using thematic analysis of the existing literature and four interviews, themes on the barriers and facilitators were identified. The themes form the basis for the development of a scale for measuring the experience of socially marginalized people in the Danish healthcare system.

Themes on *Staff*, *Treatment* and *Framework* were included in the scale development and 33 items were formed from these themes. The items were reviewed by 10 subject matter experts and their input resulted in a shortening of the scale to 23 items. After this the scale was reviewed by two informants from the target population and as a result minor changes were conducted and two items were furthermore deleted. This leaves the BOS-scale (Borgeres Oplevelse med Sundhedsvæsenet) of 21 items, ready for pilot study.

The thesis recommends further development of the scale with pilot studies, statistical analysis and distribution of the final scale for use in research and in healthcare practice.

Indholdsfortegnelse

Introduktion	1
Specialets formål	1
Hvornår er man socialt udsat i Danmark?	1
Hvorfor der mangler en skala til området	2
Tiltag målrettet målgruppen	4
Forskningsspørgsmål	4
Begrebsafklaring	4
Læsevejledning	6
Opbygning	6
Analyse af scoping review og interview	7
Videnskabsteoretisk tilgang	7
Psykologisk disciplin	8
Scoping review metode	10
Scoping review resultater	14
Studiekarakteristika	14
Temaerne	16
Egne refleksioner omkring kodningen af nærværende scoping review	28
Opsummering og videre brug af data: fra scoping review til interviewguide	29
Interviewmetode	32
Interviewguide	32
Rekruttering	35
Informanter	36
Rammer	36
Transskription	37
Tematisk analyse	37
Etiske overvejelser	38
Interviewresultater	40
Temaer	40
Opsummering	53
Skalaudviklingsmetode	57
Overvejelser om metodevalg	57
Indsamling af empiri på området	58
Item-pool og underkategorier	58
Responsformat og læsbarhedsindeks (lixtal)	59

SME-panel og item-pool revidering	59
Vurdering fra udvalgte informanter	60
Validerende items.....	61
Skalaudviklingsresultater.....	61
 Anbefalet videreudvikling af skalaen.....	62
Diskussion	67
 Hvorfor findes der ikke en skala i forvejen?	67
 En helhedsforståelse af sundhed og sygdom.....	68
 Metodisk diskussion.....	70
 Er skalaen brugbar for målgruppen?	72
 Metodekritik af egne undersøgelser	74
 Er ulighed i sundhed et vilkår?.....	76
Konklusion.....	78
Referencer.....	80
Bilag 1: Studie karakteristika	83
Bilag 2: Transskriptionskonventioner	91
Bilag 3: Interview med Camilla, kvinde i 30'erne.....	92
Bilag 4: Interview med "Martin", i 30'erne.....	127
Bilag 5: Interview med "Ole", i 60'erne.....	151
Bilag 6: Interview med Uffe, mand i 60'erne.....	162
Bilag 7: Skalaen.....	177

Introduktion

Specialets formål

Formålet med dette speciale er, ved hjælp af mixed methods forskningsdesign, at undersøge den eksisterende litteratur omhandlende, hvilke fremmede faktorer samt hvilke barrierer socialt udsatte borgere oplever i mødet med sundhedsvæsenet. Bagefter undersøges relevante borgere i den danske målgruppes kontakt med sundhedsvæsenet, og om fundene fra den eksisterende litteratur gør sig gældende for disse. Tilsammen skal denne opnåede viden danne grundlag for udviklingen af en skala, som skal gøre det muligt at kvantificere målgruppens oplevelse med sundhedsvæsenet på anden vis, end det hidtil har været muligt. Skalaen tiltænkes at kunne bidrage fremadrettet til at forbedre målgruppens generelle sundhed og deres sundhedsadfærd, på en måde som reviewet og interviewene ikke ville kunne i sig selv. En skala vil bane vejen for at indhente store mængde data nemt og åbne muligheder for at kunne indhente data over tid til at sammenligne effekten af indsatser på området. Vi har valgt at prioritere et gennearbejdet grundlag for udviklingen af skalaen, frem for at bruge tiden på det tidskrævende arbejde, der ligger i at validere en skala. En fuldstændig skalausvikling vil tidsmæssigt strække sig væsentligt længere end tidsperioden, der er afsat til et speciale. Specialet når derfor ikke at færdiggøre skalaen, men anbefaler hvordan den afsluttende udviklingsproces bør forløbe. Havde vi valgt kun at udføre et scoping review, ville vi måske have nået at udføre indledende validerende undersøgelser af skalaen så som en mindre pilotundersøgelse og statistiske analyser. Vi har prioriteret at udføre et grundigt forarbejde frem for en færdig skala, idet det vurderes væsentligt at inddrage oplevelser på området fra den nuværende danske målgruppe i form af interviews, da skalaen skal målrettes dem.

Hvornår er man socialt udsat i Danmark?

Socialt udsatte borgere er ikke en velafgrænset gruppe (Rådet for Socialt Udsatte, 2019), ej heller er der tale om en dikotomi, hvor man enten er socialt udsat eller ikke (Benjaminsen, Birkelund, Enemark, & Andrade, 2018, s. 6). Ved social udsathed er der tale om varierende grader af eksklusion eller marginalisering (Rådet for Socialt Udsatte, 2017). Det drejer sig eksempelvis om psykisk lidelse, forskellige former for misbrug, hjemløshed, prostitution, vold i nære relationer eller fattigdom, men ikke alle mennesker med ovenstående livsomstændigheder er socialt udsatte. Ifølge Rådet for Socialt Udsatte er det afgørende i afgrænsningen af socialt udsatte:

”I hvor høj grad den pågældende er i stand til at varetage eget liv, har magt over eget liv eller føler sig strukturelt låst fast i en situation eller udstødelsesproces, som vedkommende i virkeligheden ikke ønsker at være i, men ikke formår at træde ud af.” (Rådet for Socialt Udsatte, 2017).

For nogle indtræder den sociale udsathed først i voksenlivet, hvor andre er født ind i vilkår, der gør dem udsatte. Eksempler herpå kan være pludseligt opstået dårligt helbred, som leder til arbejdsløshed og dårlig økonomi, eller det kan være udvikling af afhængighed efter ordineret af medicinske opioider. Det kan også være, at man bliver født i en familie med alkoholmisbrug og vold i hjemmet og ikke er i stand til at bryde mønstret, når man selv vokser op.

Der er altså ikke nogen lige vej ind i social udsathed, men selvom gruppen ikke er velafgrænset, er der nogle fælles faktorer, som gør sig gældende for målgruppen kontra den øvrige del af den danske befolkning. Dette drejer sig eksempelvis om ulighed i sundhed, som vil blive uddybet i nedenstående afsnit.

Hvorfor der mangler en skala til området

Der findes endnu ikke en valideret skala, som måler socialt udsatte borgeres oplevelse af sundhedsvæsnen. En sådan skala mangler på området, fordi den vil kunne bidrage til indsats mod ulighed i sundhedsvæsnen. Der er evidens for, at patientoplevelser korrelerer positivt med både selv vurderet og objektivt vurderet behandlingsudbytte, efterlevelse af anbefalet medicinering og behandling samt præventive helbredsorienteret tiltag (Doyle, et al., 2013) undersøgt bredt inden for forskellige somatiske og psykiske lidelser. Samme evidens er fundet specifikt inden for misbrugsbehandling (Nordfjærn, et al., 2010). Patientoplevelser drejer sig om relationelle aspekter, eksempelvis at personalet opleves som respektfulde og inddrager patienterne i behandlingsbeslutninger, og det drejer sig om funktionelle aspekter så som afsat tid til behandling og samarbejde mellem personalet. Det vil altså sige, at borgernes egne oplevelser med sundhedsbehandling er særdeles relevante at inddrage ved ønsket om at bedre deres generelle sundhed.

Sundheden for socialt udsatte borgere i Danmark halter generelt markant efter den øvrige befolknings sundhed (Rådet for Socialt Udsatte, 2019, s. 25). Socialt udsatte borgere har eksempelvis en større sandsynlighed for at have været udsat for overgreb og/eller vold, samt for at have en langvarig sygdom, og i gennemsnit dør socialt udsatte borgere 19 år før den øvrige

befolkning (Rådet for Socialt Udsatte, 2020, s. 5). Flere udsatte borgere oplever at have et anspændt forhold til sundhedsvæsenet, og tillid synes at være afgørende for forståelsen heraf (Pedersen, 2009). Ofte ses det, at en manglende tillid til sundhedsvæsenet og det øvrige system skyldes tidligere dårlige erfaringer. Sådanne oplevelser starter for socialt udsatte borgere tidligt, hvor unge i målgruppen beskriver at savne at blive lyttet til, ligesom de savner bedre koordinerede indsatser målrettet deres problemer (Rådet for Socialt Udsatte, 2013).

Det danske sundhedssystem er i teorien tilgængeligt for alle i det danske samfund, uanset socioøkonomisk status. På trods af dette er sundheden for socialt udsatte borgere væsentligt dårligere end for den øvrige befolkning. Digitaliseringen af borgeres egne patientoplysninger og indkaldelser mv. kræver, at man har adgang til en elektronisk enhed tilkoblet internettet. Har man ikke adgang hertil, er man udfordret. Desuden har informationen på webportalerne ofte et lixtal, der kræver gode læsekundskaber, sprogforståelse og opmærksomhedsevne (Sodemann, 2019). Faktisk forholder det sig sådan, at megen patientinformation på webportaler har et lixtal på omkring 50, hvilket er så højt, at det svarer til akademiske tekster (Falkenberg, 2014). Både den digitale adgang og høj sprogforståelse er ofte kompetencer, som målgruppen i ringe grad besidder, og dette skubber ofte særligt sårbare ud af det etablerede sundhedssystem, som vi kender det. Det vurderes derfor relevant at udvikle en skala, som har til formål at undersøge målgruppens oplevelser bredt i det danske samfund. På nuværende tidspunkt er den eksisterende danske forskning på området primært af kvalitativ karakter (Pedersen, 2009; Pedersen, 2018), men der findes også studier af mere kvantitativ karakter (Pedersen, et al., 2008; Pedersen et al., 2012; Ahlmark, et al., 2018). Disse har dog fokus på, hvor *ofte* socialt udsatte borgere benytter sig af eksempelvis sundhedsvæsenet, og ikke *hvordan* mødet opleves for den enkelte. Problemet med dette er, at hvor kvalitative undersøgelser kan belyse hvordan enkelte eller et lille udsnit af målgruppen oplever mødet med sundhedsvæsenet, så belyses det ikke hvorvidt disse enkelte oplevelser er generelle for hele målgruppen. Derfor er det vanskeligere at vide, hvor der bør sættes ind med ændringer, der kan forbedre målgruppens oplevelser med sundhedsvæsenet og forhåbentlig deres generelle sundhed på baggrund heraf.

Kvantitativ indsamling af data omkring socialt udsatte borgeres oplevelse med sundhedsvæsenet vurderes at være en oplagt metode til at danne et overblik over fænomenet i Danmark. Til at udvikle en kvantitativ indsamlingsmetode til dette formål vurderes det, at en kvalitativ dataindsamling i form af et review samt interviews at være det bedste grundlag for skalaudviklingen (DeVellis, 2017).

Tiltag målrettet målgruppen

Der har igennem de senere år været øget fokus på at udvikle og iværksætte tiltag målrettet målgruppen. Ønsket med disse tiltag er at forbedre socialt udsatte borgeres kontakt med det etablerede sundhedsvæsen. Eksempler herpå er, at 41 af landets kommuner siden 2007 har oprettet udsatteråd, hvis formål er at forbedre forhold og tiltag for kommunens socialt udsatte borgere (Rådet for Socialt Udsatte, u.d.), ligesom mange kommuner har et opsøgende team, som udfører socialt arbejde på gadeplan for målgruppen. Et andet eksempel ses ved udbredelsen af socialsygeplejersker. Erhvervet startede som et pilotprojekt på Bispebjerg Hospital i 2006 (Mammen, 2018), og aktuelt er der blandt andet socialsygeplejersker på alle sygehuse i Region Hovedstaden og Region Sjælland samt i Århus, Odense, Svendborg, Horsens, Sygehus Lillebælt og Esbjerg og udbredelsen fortsætter (Petersen, 2021). Med finansplanen fra 2020 bliver der desuden afsat et to-cifret millionbeløb til, at kommunerne skal tilbyde svært socialt udsatte borgere gratis tandpleje (Sundhedsstyrelsen, 2020, s. 61-67) grundet den store ulighed i tandsundhed mellem socialt udsatte borgere og den øvrige befolkning.

Der er altså stor fokus på socialt udsatte borgeres sundhed, og samfundet prøver med flere forskellige politiske tiltag at bedre målgruppens sundhed samt adgang til sundhedsvæsenet.

Forskningsspørgsmål

Specialets forskningsspørgsmål er todelt. Forskningsspørgsmålet leder både specialets emneområde og rækkefølgen på undersøgelsesdesignet.

1. Hvilke barrierer og fremmede faktorer oplever socialt udsatte borgere i mødet med sundhedsvæsenet? Hvad siger den eksisterende forskning på området, og hvordan kan dette kombineres med information fra kvalitative interviews med målgruppen?
2. Hvordan kan ovenstående information bidrage til udviklingen af en kvantitativ skala til at undersøge socialt udsatte borgeres oplevelse med sundhedsvæsenet?

Begrebsafklaring

Socialt udsatte borgere

Målgruppen for nærværende speciale er afgrænset til borgere, som har et misbrug af enten alkohol eller stoffer og/eller har en eller flere psykiske lidelser. Har borgeren kun en af foregående, skal dette desuden være i kombination med enten; fængselsdom, hjemløshed eller

somatisk lidelse som følge af misbrug. Denne definition af socialt udsatte borgere støtter sig op ad VIVEs rapport fra 2018. Via registerdata har de identificeret i alt 52.030 mennesker som værende socialt udsatte med den beskrevne form af høj kompleksitet (Benjaminsen, et al., 2018, s. 6-8).

Sundhedsvæsenet

Sundhedsvæsenet dækker i nærværende speciale over egen læge, psykiatri og somatisk sygehus, rehabilitering, misbrugsbehandling samt anden offentlig sundhedsbehandling. Der ved ses et bevidst fravalg af eksempelvis tandsundhed og tandbehandling. Dette fravalg skyldes, at tandbehandling ofte er baseret på egenbetaling, hvilket medfører en potentiel stor økonomisk udgift for målgruppen (Benjaminsen, et al., 2018, s. 33). Derfor er det blevet vurderet, at det ikke skal indgå i udviklingen af skalaen på lige fod med de øvrige behandlingsmuligheder i sundhedsvæsenet.

Behandling

Ordet bruges i nærværende speciale om enhver form for kontakt med sundhedsvæsenet, og dækker således ikke kun over psykologisk eller somatisk behandling.

Læsevejledning

I dette afsnit bliver de valgte metoder og metodiske overvejelser fremlagt. Først præsenteres undersøgelsens opbygning og sammenhængen mellem de tre delelementer i undersøgelsen; review, interview og skalaudvikling. Dernæst præsenteres den valgte analysemetode af reviewet og interviewene, det videnskabsteoretiske grundlag og den psykologiske disciplin, som omfatter specialets emneområde.

Opbygning

Undersøgelsen er mixed methods med et eksplorativt sekventielt design i en instrumentel udviklingsmodel. Vi kombinerer data fra to forskellige kvalitative undersøgelsesmetoder til at udvikle en kvantitativ undersøgelsesmetode (Creswell & Clark, 2007). Hele undersøgelsen består af tre delelementer, som er foregået konsekutivt; scoping review, interviews og skalaudvikling. Dette speciale opbygges sekventielt på samme måde, som undersøgelserne har fundet sted; det vil sige at uddybende metodeafsnit og resultaterne af undersøgelsens delelementer præsenteres løbende i specialet. Opbygningen vurderes at bidrage til forståelsen for undersøgelsens proces, herunder til naturligt at illustrere hvordan resultaterne af én metode har ført til baggrunden for udførelsen af næste metode, for slutteligt at kunne påbegynde en skalaudvikling.

Første del i undersøgelsen er et scoping review, som har til formål at konstruere temaer i den eksisterende litteratur. Review-resultaterne belyser den eksisterende viden på området, ligesom temaerne er udgangspunktet for både udformningen af interviewguide til interviews i specialets efterfølgende delelement og dernæst bidrager til udvikling af skalaen i det sidste delelement.

Anden del i undersøgelsen er fire interviews, som har til formål at undersøge borgere i målgruppens kontakt med sundhedsvæsenet og oplevelsen heraf. Desuden skal interviewene belyse, om de konstruerede temaer fra scoping reviewet også opleves af et mindre udsnit af den danske målgruppe, samt for at søge at afdække eventuelt yderligere relevante temaer. Tematiseringen af disse interviews, sammenholdt og kombineret med review-resultaterne, danner således baggrund for udviklingen af en skala.

Tredje del i undersøgelsen er skalaudviklingen, som har til formål, nemt og hurtigt, at indhente oplysninger fra socialt udsatte borgere om deres oplevelse af sundhedsvæsenet. Målet er her at påbegynde skalaudviklingsprocessen, således at det færdige produkt i nærværende speciale er et udkast til en skala med anbefalinger til den videre udvikling. Skalaudviklingen

er på den måde baseret på kombinationen af dataen fra de to foregående kvalitative undersøgelser, vi har udført.

Analyse af scoping review og interview

Både scoping reviewet og de fire udførte interviews analyseres med en reflektiv tematisk analyse på baggrund af Braun & Clarke (2006) seks faser hertil. De seks faser er 1) bekendtgørelse med datasættet, 2) indledende kodning, 3) søge efter temaer, 4) genvurdere temaer, 5) definere og navngiv temaer og 6) skrive rapport. For scoping reviewet og de fire interviews benyttes der en induktiv analysemetode. Interviewanalysen benytter ydermere en semantisk analysemetode. Dette betyder, der tages udgangspunkt i, hvad dataen eksplicit beretter og ikke en bagvedliggende (latent) mening. De tematiske analyser er baseret på data frem for en teori eller forudbestemte temaer. I den reflektive tilgang påvirker og inddrages forskernes egne kompetencer og forforståelse i analysen, hvilket er en del af metoden (Braun & Clarke, 2020). Det skal derfor siges, at de tematiske analyser udført i nærværende speciale selvklart er påvirket af vores evner og viden, hvorfor en genskabelse af resultaterne med stor sandsynlighed vil divergere fra dette speciales resultater.

Den reflektive tematiske analysetilgang passer desuden godt til specialets videnskabsteoretiske tilgang, som præsenteres nedenfor.

Reliabilitet og validitet

Forskellige former for reliabilitet og validitet inddrages i diskussionsafsnittet. Dette drejer sig om reliabilitet, når man ønsker at udvikle en skala i forhold til pilotundersøgelse (Hansen, et al., 2004) samt validiteten i nærværende speciales interview (Brinkmann & Tanggaard, 2020). Reliabilitet drejer sig om skalaens målenøjagtighed, og diskussionen forholder sig til retestreliabilitet og interraterreliabilitet. Validitet omhandler gyldigheden af de fire udførte interviews, og der diskuteres blandt andet om vores eget kendskab til informanterne påvirker dette.

Videnskabsteoretisk tilgang

Vi har valgt at benytte os af en socialkonstruktivistisk videnskabsteoretisk tilgang til skalaudviklingsprocessen. Den socialkonstruktivistiske verdensopfattelse er, at virkeligheden er socialt konstrueret. Inden for socialkonstruktivisme giver det ikke mening at tale om en subjektiv eller en objektiv virkelighed uafhængigt af hinanden, da en sådan adskillelse vil kræve

at individet kan frigøre sig fra samtlige relationer, hvilket ikke betragtes som værende muligt (Wenneberg, 2000). Af samme årsag giver det ikke mening at tale om én objektiv sandhed, da sandheder er dynamiske og foranderlige på baggrund af subjekter og objekters interaktion med hinanden. Socialkonstruktivismen skal i nærværende speciale forstås fra et epistemologisk perspektiv og ikke fra et ontologisk perspektiv. Vi forstår derfor alt vores datamateriale som værende socialt konstrueret, både i relationen mellem en given hændelse (subjekt/objekt) og informanten (subjekt), og igen mellem informanten og forskeren (subjekt). Baggrunden for den valgte tilgang er, at vi beskæftiger os med individers oplevelser i mødet med andre/noget andet; her er der tale om marginaliserede individer, som lever på kanten af det, som den brede befolkning opfatter som værende samfundet. Vi er interesseret i den diskurs, der findes blandt socialt udsatte med hensyn til deres oplevelse af det danske sundhedsvæsen. Målsætningen for nærværende speciale er således ikke at finde frem til en objektiv sandhed og en konklusion herom, men at afdække den mening, der berettes om fra målgruppen mellem dem selv og sundhedsvæsenet. Denne afdækning finder vi afgørende at undersøge nærmere i forhold til på længere sigt at kunne forbedre målgruppens oplevelse med sundhedsvæsenet.

Psykologisk disciplin

Specialets emneområde befinder sig inden for sundhedspsykologien. Sundhedspsykologi inddrager, og kan inddrages i, alle andre områder af psykologi, herunder klinisk- og socialpsykologi (Taylor, 2018), som også er relevante områder for det emneområde, som specialet beskæftiger sig med. Når vi har valgt at have overvejende fokus på sundhedspsykologien, frem for eksempelvis de to førnævnte psykologiske discipliner, skyldes det, at målet med specialet netop er at bidrage til udviklingen af en skala, som søger at fremme kontakten med sundhedsvæsenet for den valgte målgruppe, og forhåbentlig derved bedre dele af disse menneskers sundhed. World Health Organization's definition for sundhed er "et stadie af komplet fysisk, psykisk og socialt velbefindende, og ikke kun fraværet af sygdom eller svagelighed". Definitionen blev udformet i 1948, og er ikke blevet ændret siden. Denne definition er kernen af sundhedspsykologi (Taylor, 2018, s. 2-13), hvor de fleste ligeledes arbejder ud fra den bio-psyko-sociale model.

Den bio-psyko-sociale model omhandler både sundhed og sygdom, og ser på dette fra et synspunkt, hvor de biologiske, psykologiske og sociale behov påvirker hinanden i forhold til menneskers sundhed og sygdom (Taylor, 2018, s. 2-13). Modellen har desuden særligt fokus på forholdet mellem patient og behandler (Taylor, 2018, s. 2-13) hvilket er med til at gøre

modellen særdeles relevant i nærværende speciale. Det er med andre ord nødvendigt at se holistisk på det hele menneske, når man ønsker at undersøge sundhed, sygdom og generelt sundhedsadfærd. Sundhedsadfærd er adfærd, som individet gør for at vedligeholde eller forbedre sit helbred. Sundhedsvaner er en bestemt sundhedsadfærd, som individet gør ubevidst eller automatisk, eksempelvis at spise morgenmad eller sove 8 timer om natten (Taylor, 2018, s. 38-63). Sundhedsadfærd og -vaner kan være enten positive eller negative. Specialet er interesseret i at identificere barrierer og fremmende faktorer for målgruppen i mødet med sundhedsvæsenet, som vi i skalaudviklingsprocessen kan bruge til på sigt at fremme deres positive sundhedsadfærd. Barrierer for at ændre på en negativ sundhedsvane kan eksempelvis være afhængighed eller tidligere dårlig oplevelse i forsøget på at ændre sin adfærd.

I det følgende afsnit vil første delement af specialet blive præsenteret.

Scoping review metode

Specialets første del består af et systematisk scoping review, som er udført på baggrund af Arksey og O'Malleys teoretiske ramme (Arksey & O'Malley, 2005) for scoping reviews, samt den videre udbygning heraf (Levac, et al., 2010). Reviewet analyseres tematisk og vil herefter lede den efterfølgende udarbejdelse af interviewguiden i anden del af specialet. Metodeafsnittet præsenteres efter de fem trin for et scoping review. Trin tre afsluttes med et grafisk overblik over selekteringsprocessen (Tabel 3, s. 13). Efter metodeafsnittet følger resultatafsnittet, som leder op til specialets anden del; interview.

Trin 1 – identificering af forskningsspørgsmål: Forskningsspørgsmålet for scoping reviewet udgør en del af det samlede forskningsspørgsmål for hele specialet, som blev præsenteret på side 4; Hvilke barrierer og fremmede faktorer oplever socialt udsatte borgere i mødet med sundhedsvæsenet? Både målgruppen og hvad sundhedsvæsenet dækker over, er som tidligere beskrevet meget konkret defineret, hvilket medvirker til en effektiv og klar søgestrategi.

Trin 2 – Identificering af relevante publikationer: Tidlige scopingsøgninger i løbet af januar blev udført for at klarlægge anvendte termer inden for området og derfra udarbejde søgestrengen for reviewet. Det blev besluttet at gennemføre søgninger ud fra den udarbejdede søgestreng i PsycINFO og EMBASE, hvorefter der i yderligere fem, danske forskningsdatabaser blev søgt på anden vis. Forskellen i søgningerne skyldes, at det ikke er muligt at søge på samme systematiske vis i forskningsdatabaserne, som i PsycINFO og i EMBASE. Beslutningen om at inddrage litteratur fra udvalgte forskningsdatabaser beror på ønsket om at indsamle alt relevant forskning på området, herunder dansk forskning som ikke eksisterer i de to øvrige elektroniske databaser. Inddragelsen af ikke-formelt publiceret litteratur er normen inden for scoping reviews (Sucharew & Macaluso, 2019). Den endelige søgning i PsycINFO og EMBASE blev foretaget d. 27.01.2021. Den komplette søgestreng, som blev brugt i de to databaser, fremgår nedenfor af tabel 1.

Population		Interest		Context
Substance abuser Substance abuse Homeless people Homeless person Homelessness Homeless Homeless mentally ill Socially disadvantaged Social disadvantage Alcoholism Alcohol abuse Drug dependence Drug addiction Drug abuse	AND	Treatment barriers Treatment facilitators Treatment motivators Health attitudes Patient satisfaction Patient attitude Patient evaluation Client evaluation Client attitudes Client satisfaction Attitude to health	AND	Health care Health care system Public health care "Substance abuse treatment" "Substance use treatment" Hospital care Public health service Drug dependence treatment

Tabel 1: Søgestreng til PsycINFO og EMABSE

Mellem ordene i hver blok (Population, Interest og Context) blev der søgt med OR, og mellem ordene på tværs af blokkene blev der søgt med AND, eksempelvis Substance abuser OR Homeless AND Treatment barriers OR Treatment facilitators AND Health care.

Søgningerne i de fem forskningsdatabaser fra Aalborg Universitet, Århus Universitet, Syddansk Universitet og Københavns Universitet samt fra VIVE blev foretaget d. 02.02.2021. Her blev der søgt på ordene "socialt udsatte sundhed". I forskningsdatabaserne fra Syddansk Universitet og fra Aalborg Universitet var det muligt at angive ord, som publikationerne *ikke* skulle indeholde, hvorfor ordet "børn" blev tilføjet i den rubrik.

Trin 3 – udvælgelse af publikationer: Som følge af trin 1 og 2 blev i alt 3 inklusionskriterier og seks eksklusionskriterier opstillet. På næste side ses en tabel herfor.

Inklusionskriterier	Eksklusionskriterier
<ul style="list-style-type: none"> - Publikationer på PsycINFO, EM-BASE og forskningsdatabaser fra Aalborg Universitet, Århus Universitet, Syddansk Universitet og Københavns Universitet samt fra VIVE - Studier, som beskriver barrierer, fremmende faktorer, holdninger og/eller oplevelser med sundhedsvæsenet fra: - Socialt udsatte borgere som har psykisk lidelse og/eller misbrug af stoffer eller alkohol. Ved kun en af de foregående skal der desuden være enten; hjemløshed, fængselsdom eller somatisk lidelse som følge af misbrug 	<ul style="list-style-type: none"> - Deltagersamples som helt eller delvist består af børn og unge under 18 år - Publikationer fra sundhedspersonales eller forskeres perspektiv - Behandling eller lignende, som ikke retter sig mod specialets definition af sundhedsvæsenet - Publikationer på andre sprog end dansk, norsk og engelsk - Reviews - Publikationer som ikke er fra: Danmark, Norge, Sverige, Finland, Storbritannien, Tyskland, Frankrig, Holland

Tabel 2: Inklusions- og eksklusionskriterier.

Først blev samtlige publikationer opdelt mellem begge parter i specialeteamet og gennemgået efter lande. Specialets udvalgte landeafgrænsning er valgt ud fra de lande, som Sundhedsstyrelsen normalt sammenligner Danmark med på sundhedsområdet (Sundhedsstyrelsen, 2010, s. 6), og da specialet har i sigte at påbegynde udviklingen af en kvantitativ skala til socialt udsatte borgere i Danmark, synes denne afgrænsning at være relevant.

Herefter gennemgik begge parter i specialeteamet hver samtlige af de resterende publikationer i forhold til relevans for forskningsspørgsmålet og de formulerede inklusions- og eksklusionskriterier. Da vi var færdige hver for sig, mødtes vi og gennemgik uoverensstemmelserne. Denne fremgangsmåde blev valgt for at højne reliabiliteten i scoping reviewet, ligesom Covidence.org blev brugt til at skabe overblik over selekteringsprocessen. Nedenstående flowchart illustrerer antallet af identificerede publikationer fra start til slut, samt hvor mange publikationer der blev ekskluderet på hvilke grundlag.

Artikler identificeret gennem elektronisk søgning i syv databaser (N=1464)	→	Dubletter fjernet (N=54)
↓		
Screening af titel og abstract (N=1410)	→	Ekskluderede artikler på baggrund af land (N=1115) Ekskluderede artikler på øvrige grundlag (N=210)
↓		
Fuldtekst læsning (N=85)	→	Ekskluderede artikler i alt (N=67) Reviews (N= 1) Fuldtekst ikke tilgængelig (N=13) På baggrund af land (N=1) Øvrige (målgruppe, perspektiv o.l.) (N=52)
↓		
Inkluderede artikler (N=18)		

Tabel 3: Flowchart for søgninger i PsycINFO, EMBASE og forskningsdatabaser fra AAU, AU, SDU, KU og VIVE.

Trin 4 – databeskrivelse: Nøgleinformationerne fra de inkluderede 18 artikler blev noteret i en databeskrivelsestabel. Overskrifterne i tabellen er inddelt efter studietitel, forfattere, publikationsdato, land, undersøgelsesramme, deltagerudtagningsmetode, dataindsamlingsmetode og hovedfund. En kort præsentation heraf findes i resultatafsnittet, og den hele tabel fremgår af bilag 1.

Trin 5 – Analyse af resultater: Ved en reflektiv tematisk dataanalyse udført induktivt konstruerede vi underliggende temaer i de 18 inkluderede artikler i scoping reviewet (Braun & Clarke, 2020). En induktiv tilgang blev valgt, da det blev vurderet, at kun et fåtal af artiklerne beskæftiger sig ordret med forskningsspørgsmålet om facilitatorer og barrierer i mødet med sundhedsvæsenet. Det blev derfor besluttet at kode alle sætninger, som omhandler forholdet mellem målgruppen og sundhedsvæsenet. Koderne blev inddelt i hovedtemaer, som løbende blev revideret og udvidet i processen, og efter kodning af samtlige artikler blev temaerne endnu engang revideret og kodninger blev omplaceret til rette underliggende temaer. Da samtlige artikler var kodet, kunne de underliggende temaer placeres under i alt fire hovedtemaer. Hovedtemaerne præsenteres her i rækkefølge efter antallet af underliggende temaer. Hovedtemaet, med flest underliggende temaer listes først og så fremdeles: *Personale*, *Behandling*, *Rammer* og *Borgerens indre*. Hovedtemaerne samt underliggende temaer vil blive præsenteret mere uddybende i nedenstående resultatafsnit.

Der er stor forskel på indholdet og metodevalg i studierne. Eksempelvis har ét studie 841 deltagere (Morris & Gannon, 2008), men studiet bidrager kun med én reference til ét underliggende tema, hvorimod ét studie (Sorsa & Astedt-Kurki, 2013) kun har én deltager, men bidrager med referencer til fire underliggende temaer. Det er ikke antallet af deltagere eller metodevalget af studierne, der er afgørende for hvor meget studierne bidrager til analysen og udviklingen af temaerne. Studiernes data og indhold er vægtet ligeligt i scoping reviewet, på trods af forskelle som ovenstående. Årsagen herfor er, at det netop *er* et scoping review, der søger at afdække al viden på området inden for de opstillede inklusions- og eksklusionskriterier, uagtet metodevalg for studierne.

Scoping review resultater

I dette afsnit findes et kort afsnit omhandlende studiekarakteristika, efterfulgt af en præsentation af de fire konstruerede hovedtemaer.

Studiekarakteristika

De 18 studier blev publiceret imellem år 2002 og 2020, hvor størstedelen (n=14) blev publiceret fra år 2010 og frem til år 2020, hvilket kunne indikere, at forskningsområdet set fra borgerens perspektiv er rimelig nyt. 12 af studierne er kvalitative, tre er kvantitative og tre er mixed methods.

Ét studie inddrager både borgere i nærværende speciales målgruppe samt sundhedspersonale (Callaghan, et al., 2012). I det tilfælde har vi kun inddraget målgruppens perspektiver, ligesom antallet af deltagere i studiekarakteristika kun er opgivet i forhold til målgruppen. For uddybende studiekarakteristika henvises til bilag 1.

Nedenstående tabel præsenterer de 18 inkluderede studier.

Forfattere, årstal og deltagere	Studiets mål og fokus	Metode og analyse	Hovedfund
Andersson et al. 2017. 123 deltagere	Patienttilfredshed ved misbrugsbehandling	15-item spørgeskema Lineær regressionsanalyse. KVANT.	Personalets kompetencer og behandlingsinddragelse er vigtigt for udbytte
Bhui et al. 2006. 10 deltagere	Bredt fokus på deltagernes brug af tilbud til hjemløse	Semistruktureret interviews Tematisk analyse. KVAL.	Særligt fokus på stigma, fordomme og komplekst brug af målrettede tilbud
Bove et al. 2019. 15 deltagere	Folk med alkoholafhængighed og deres oplevelse af omsorg ved indlæggelse	Interviews udført som dialoger. Fænomenologisk analyse. KVAL.	Deltagerne bevæger sig fra at føle sig omsorgsfuldt behandlet til at være alene
Callaghan et al. 2012. 20 deltagere	Evaluerer screeningprogram for blodbårne vira målrettet stofmisbrugere	Semistruktureret interviews + 12-item tilfredshedsspørgeskema. Tematisk og statistisk analyse. MIXED.	Det blodbårne virusprogram udfylder dets funktion og brugertilfredsheden var høj
Granerud & Toft, 2015. 7 deltagere	Mulighed for behandlingspåvirkning i misbrugsbehandling	Semistruktureret interviews Grounded theory analyse. KVAL.	Lav mulighed for behandlingspåvirkning, medfører følelsen af manglende retigheder
Hjelmar & Pedersen, 2015. 710 deltagere	Evaluerer af opsøgende indsats over for socialt udsatte folk	Spørgeskemaevaluering af indsats, udleveret tre gange. KVANT.	Der findes tre designmæssige læringspunkter ved evaluering af indsatser
Kour et al. 2020. 10 deltagere	Behandlingsoplevelser fra immigrerede mænd med misbrug og psykisk lidelse	Semistruktureret interviews Systematisk tekstkondenseringsanalyse. KVAL.	Deltagere beskriver seks kategorier i forhold til behandlingsoplevelser i psykiatri og misbrugsbehandling
Morris & Gannon, 2008. 841 deltagere	Aspekter af behandlingstilfredshed som prædikator for behandlingsudbytte	10-item spørgeskema. KVANT.	Passende behandling, motiverende personale og nok tid, er vigtige i forhold til behandlingstilfredsheden
Neale & Kennedy, 2002. 36 deltagere	Hvad er god praksis i forhold til støtte til hjemløse stofmisbrugere	Semistruktureret interviews Tematisk analyse. KVAL.	Fem brede områder findes: personale, behandlingsmiljø, støtte, behandlingsudførelse og behandlingscentrets mål
Nordfjaern et al. 2010. 13 deltagere	Positive og negative opfattelser af behandling og postbehandling	Semistruktureret interviews Kontekstuel indholdsanalyse. KVAL.	Finder 29 kategorier inden for positive og negative opfattelser af behandling og postbehandling
Notley et al. 2012. 43 deltagere	Barrierer for at opsøge misbrugsbehandling blandt stofmisbrugere	Semistruktureret fokusgruppe interviews og fem individuelle interviews. Tematisk analyse. KVAL.	Barrierer kunne inddeles i systemiske-, sociale og personlige/interpersonelle barrierer

Forfattere, årstal og deltagere	Studiets mål og fokus	Metode og analyse	Hovedfund
Pedersen, et al. 2020. 25 deltagere	Faktorer, som påvirker sundhedsadfærd, blandt andet at op-søge hjælp	Deltagerobservation og semistruktureret interviews. Tematisk analyse. KVAL.	At blive talt <i>med</i> og ikke <i>til</i> , samt forståelse blev værdsat af de socialt udsatte. Opsøgende teams kan hjælpe til at motivere dem
Pedersen, 2018. 17 deltagere	Hvad karakteriserer socialt udsattes møde og kontakt med sundhedsvæsenet	Deltagerobservation og semistruktureret interviews. Tematisk analyse. KVAL.	Fem temaer: livssituation og helbred, møder med sundhedsvæsenet, efterforløb, sundhedskompetence og kulturel sundhedskapital og særlige sundhedstilbud
Pedersen, 2009. 25 deltagere	Socialt udsattes sundhed og sygelighed	Semistruktureret interviews Tematisk analyse. KVAL.	Målgruppens fysiske helbred er signifikant dårligere end den øvrige befolkning
Richert & Johnson, 2012. 27 deltagere	Årsager til selvmedicinering og barrierer til at indgå i misbrugsbehandling	Semistruktureret interviews Tematisk analyse. KVAL.	Stringente kriterier og retningslinjer under behandling gør det vanskeligt at blive godkendt til, samt indgå i, behandling
Sorsa & Åstedt-Kurki, 2013. 1 deltager	Sundhedsadfærd: at søge hjælp samt at indgå engageret i behandling	Fire interviews med en uges mellemrum Fænomnologisk analyse. KVAL.	Indre faktorer påvirker motivation for at søge behandling. Personalets viden herom kan gavne et behandlingsforløb
Tarp et al. 2017. 71 deltagere	Sammenligner tilfredshed mellem to grupper, som har fået forskellige typer af misbrugsbehandling	Case-kontrolstudie. Tilfredshedsspørgeskema med 6 items + 3 items til case-gruppen og semistruktureret interviews. MIXED.	Ingen signifikant forskel mellem gruppernes tilfredshed med behandlingen
Thylstrup, 2011. 186 deltagere	Kvalitetsundersøgelse af spørgeskemaet. Undersøger korrelationer mellem patienters behandlingstilfredshed og afholdenhed fra stoffer	Tilfredshedsspørgeskema med 8 items samt et åbent spørgsmål om hvad behandlingen har omhandlet. MIXED.	Tilfredshed korrelerer med afholdenhed, og misbrugsbehandling kan bedres ved at prioritere interaktionen imellem patientens behov og behandlingstilbud

Tabel 4: Studiekarakteristika for de 18 inkluderede studier.

Temaerne

I alt blev fire hovedtemaer konstrueret, hver især med tilhørende undertemaer. Det betyder, at hovedtemaerne er brede og omfavner flere aspekter inden for hvert område. De to hovedtemaer med flest underliggende temaer er henholdsvis *Personale og Behandling*. *Personale*

beskæftiger sig med borgernes beretninger fokuseret bredt på personalet i sundhedsvæsenet, og *Behandling* omhandler både helbredsrettet og ikke-helbredsrettet behandling i sundhedsvæsenet. Herefter følger hovedtemaet *Rammer*, som beskæftiger sig med de fysiske miljøer og de ressourcer, som opleves at være tilgængelige i sundhedsvæsenet. Det sidste hovedtema er *Borgerens indre*, som omhandler faktorer, der er iboende i borgeren, og som har indvirken på borgerens mulighed for at søge og modtage behandling i sundhedsvæsenet.

På de følgende sider vil de fire hovedtemaer blive gennemgået mere detaljeret.

Første hovedtema: Personale

Dette hovedtema handler om personalerelaterede oplevelser, som stigmatisering fra personalet, oplevede fagkompetencer hos personalet og personalets evner til at samarbejde med hinanden. Under dette hovedtema blev der konstrueret i alt fire underliggende temaer. De underliggende temaer kaldes i nærværende review for 1) *Stigmatisering, tillid og (manglende) forståelse*, 2) *Personalets kompetencer og faglighed*, 3) *Motiverende personale* og 4) *Personalets samarbejde*. De forskellige temaer indgår i de 18 inkluderede artikler i varierende grad. Temaet, som fremgik i flest artikler er *Stigmatisering, tillid og (manglende) forståelse*, hvor samtlige 18 artikler havde referencer dertil. Temaet, som fremgik i færrest artikler er *personalets samarbejde*, hvor kun fem ud af de inkluderede 18 artikler har referencer dertil.

Stigmatisering, tillid og (manglende) forståelse

Dette underliggende tema er bredt, og dækker over de måder, som borgerne kan opleve at blive mødt på i sundhedsvæsenet, og hvordan sundhedspersonalets forstående eller uforstående adfærd opfattes af borgerne og påvirker dem. De oplevelser, der for borgerne bærer præg af stigmatisering og mistro, taler ofte ind i borgernes referenceramme omkring at være forkert, uønsket og besværlig, fordi man er misbruger eller hjemløs.

Eksempler på negative oplevelser i forhold til stigmatisering er blandt andet udtalelser omhandlende at føle sig som andenrangsborgere i misbrugsbehandling, fordi borgerne kan blive bedt om at aflægge urinprøver hyppigt, med kort varsel og under opsyn, hvilket ikke ses som et krav for at indgå i længerevarende behandling hos andre patientgrupper i sundhedsvæsenet (Granerud & Toft, 2015), eller at blive beskyldt for at lyve, således at man føler sig nødsaget til at have kopier liggende af vigtige dokumenter for at kunne bevise, at man har sit på det rene (Bhui, et al., 2006).

Eksempler på at føle forståelse ses blandt andet i *Dårligt liv dårligt helbred* (2009), hvor en af informanterne udtaler følgende:

Altså, de var rigtigt gode. Det synes jeg, de var. Jeg var jo misbruger, og derfor kom jeg jo også over på åben og fra åben over i behandling, fordi jeg var misbruger. Men ja, de havde forståelse for min situation, de havde forståelse for, hvor jeg var på det tidspunkt, og de hjalp mig meget. [...] Jeg har været indlagt to gange før. Også i forbindelse med stoffer. Men det er ligesom først denne her gang, at jeg har mødt forståelse. De to andre gange var jeg indlagt på [X], og der var det meget hårdt. Altså, jeg var jo bare misbruger, så jeg skulle ud hurtigst muligt. Men her [Y] gik de virkelig ind og arbejdede med mig, fordi jeg havde de selvmordstanker, som jeg havde. Og de tog virkelig vare på mig. Så på det punkt var jeg glad for, at jeg kom op på Y. Fordi jeg mødte forståelse”. (Pedersen, 2009).

Ovenstående citat viser både, at vedkommende ikke kan regne med at blive mødt med forståelse under indlæggelse i forbindelse med stoffer, og det eksemplificerer også *hvorfor* personen følte sig forstået ved seneste indlæggelse. Oven i købet ses et element af stigmatisering, som bidrager til manglende forståelse ved de to foregående indlæggelser.

Eksempler hvor borgere ikke føler sig forstået ses i flere studier, hvor borgerne beskriver, at sundhedspersonalet kun har læst borgernes papirer, men ikke sætter sig yderligere ind i hvem de er, hvordan de har det og hvad de oplever som meningsfuldt at få hjælp til (Kour, Lien, Kumar, Biong, & Pettersen, 2020; Pedersen, Haslund-Thomsen, Curtis, & Grønkjær, 2020). Denne mangel på at se borgerne hvor de er, og ikke bare ud fra nogle papirer, bidrager altså til, at borgerne ikke føler, at de bliver set som individer, men årsagen herfor skyldes ikke nødvendigvis stigmatiserende adfærd fra sundhedspersonale.

Der ses ikke et mønster for hvorhenne i sundhedsvæsenet, at borgerne oplever stigmatisering, tillid og/eller forståelse, ligesom det ikke er alle deltagere i hver enkelt undersøgelse, der udelukkende opfatter behandlingen og mødet med sundhedsvæsenet som enten positivt eller negativt. Udtalelserne i de inkluderede studier peger i to retninger: 1) borgerne føler sig forstået og hørt i misbrugsbehandling, når personalet ser dem som hele mennesker og tager udgangspunkt i dem som individer, og *ikke* kun som misbrugere, hjemløse eller psykisk syge, eller 2) borgerne føler sig mistænkeliggjorte og oplever at blive mødt med manglende tillid.

Personalets kompetencer og faglighed

Det underliggende tema dækker over om personalet bliver opfattet som værende kompetent inden for deres fagområde og om de er i stand til at videregive relevant information til borgerne. De studier, som finder en mangel på kompetencer eller faglighed blandt sundhedspersonale, lægger vægt på dårlig informationsgiver i forhold til, hvad borgere i misbrugsbehandling er berettiget til (Granerud & Toft, 2015) og manglende erfaring og generelt viden inden for området (Nordfjærn et al., 2010; Bove, et al., 2019), eller at den såkaldte behandling blot føles som en sludder for en sladder (Pedersen, 2018). Dette kan medføre en magtesløshed for borgerne, hvilket vurderes at være knyttet til, at når de endelig beder om hjælp, men mødes af personale, de anser som værende inkompetente, overlades de til sig selv i fortvivlelse om, at hvis ikke fagpersoner kan hjælpe, hvem kan så?

Motiverende personale

I alt otte studier har referencer til dette underliggende tema. Et studie med specifikt fokus på immigranter med misbrug og psykiske lidelser (Kour, et al., 2020) finder, at den potentielle kulturelle baggrundsforskel mellem borgeren og sundhedspersonale kan vanskeliggøre dialogen og dermed borgerens lyst og umiddelbare evne til at åbne op for personalet, hvorimod sundhedspersonale af en sammenlignelig kulturel baggrund som borgeren kan medføre motivation for at indgå i behandlingen. Selvom kun én artikel finder dette, vurderes det at være et vigtigt fund, da minoritetsgruppen bestående af immigranter med misbrug og psykiske lidelser ikke på samme måde repræsenteres andetsteds i nærværende review. Det vurderes desuden, at sundhedspersonale med samme kulturelle baggrund fordrer, at borgeren føler sig forstået, uden nødvendigvis at behøve at forklare sig, hvilket opfattes motiverende i sig selv.

Personale kan også opfattes som motiverende, når de udviser engagement på borgerens vegne (Nordfjærn, et al., 2010; Kour, et al., 2020), men dette kan for nogen også opfattes som pres, hvilket tyder på, at opmuntring og engagement er en hårfin grænse imellem at være motiverende eller en stressfaktor, som potentielt kan have den modsatte effekt end hvad ønsket er.

I tre artikler nævnes brugen af rollemodeller. Selvom rollemodeller ikke nødvendigvis er en del af personalestaben, indgår det i nærværende review som sådan, fordi rollemodeller bestrider en autoritet på lige fod med sundhedspersonalet. Nogle gange kan rollemodellerne fremstå som havende mere autoritet end det øvrige personale qua deres kendskab til eksempelvis misbrugsmiljøet set indefra. I de tre artikler, hvor rollemodeller nævnes, ses det som værende positivt. Enten som personer, der har gavnet behandlingen (Neale & Kennedy, 2002; Kour, et

al., 2020), eller som et ønske om at rollemodeller blev inddraget (Granerud & Toft, 2015). Ved sidstnævnte studie udtaler en informant, at de, som ikke har prøvet at være 'skæve', ikke ved, hvad det handler om for misbrugerne. Dette tyder på, at brug af rollemodeller ligeledes kan fordrø, at borgeren føler sig forstået, hvilket kan opfattes som værende motiverende.

Det er ikke muligt at fastslå, hvordan personale skal agere for at blive opfattet som værende motiverende ud fra nærværende review, men det fremstår særdeles relevant, idet sundhedspersonalet tilsyneladende balancerer på en knivsæg med overhængende fare for at fremstå som presserende og stressende for borgeren. Rollemodeller synes at være en sikker vej at gå, men det er usikkert hvorfor kun tre ud af 18 studier nævner disse, derfor vurderes det sandsynligt, at opfattelsen af rollemodeller er ligeså forskellig som opfattelsen af, hvornår øvrigt personale er motiverende.

Personalets samarbejde

Dette underliggende tema omhandler hvordan fagpersoner arbejder sammen både internt i samme regi og eksternt mellem regi i sundhedsvæsenet. Fem studier har referencer hertil (Neale & Kennedy, 2002; Nordfjærn, et al., 2010; Callaghan, et al., 2012; Notley, et al., 2012; Pedersen, 2018) hvoraf ét af studierne finder, at deres deltagere har noget positivt at sige om sundhedspersonalets interne samarbejdsevner (Callaghan, et al., 2012), og ét studie har deltagere, som er positive omkring hvordan forskellige regi samarbejder (Neale & Kennedy, 2002). Der findes både problematikker med videredeling af information internt (Nordfjærn, et al., 2010), men også ekstern informationsdeling skaber alvorlige problemer (Notley, et al., 2012), da en deltager beretter om, hvordan skift fra ét misbrugsbehandlingssted til et andet medførte, at han i en periode på nogle uger var uden medicin, idet kommunikationen mellem de to behandlingssteder var mangelfuld. Sådanne huller i behandling kan medføre, at borgerne bliver desperate og må opsøge illegale markeder for at undgå at blive abstinente. Det må vurderes at være problematisk, da socialt udsatte borgere ofte har brug for stabilitet, tryghed og forudsigelig i en ellers kaotisk hverdag, og behandlingshul uden medicin er alt andet end stabilt.

Andet hovedtema: Behandling

Hovedtemaet beskæftiger sig med helbredsrettet og ikke-helbredsrettet behandling i sundhedsvæsenet, og hvordan borgerne opfatter deres behandling som værende relevant og inddragende. Under dette hovedtema blev der konstrueret i alt fire underliggende temaer. Disse temaer kaldes i nærværende review for 1) *Behandlingsrettet støtte*, 2) *Behandlingsinddragelse*, 3) *Modstridende mål og ønsker* og 4) *Ikke-behandlingsrettet støtte*. Flest studier (n=17) har

referencer til *Behandlingsrettet støtte*, og færrest studier (n=9) havde referencer til *Ikke-be-handlingsrettet støtte*.

Behandlingsrettet støtte

Behandlingsrettet støtte er det underliggende tema i hele nærværende scoping review, hvortil flest artikler har referencer. Det understreger vigtigheden af, at når målgruppen er i kontakt med sundhedsvæsenet, så er der ofte fokus på, om den sundhedsbehandling de får, opfattes som værende gavnlige eller ej, men det tydeliggør også, hvor omfangsrigt og til tider meget overordnet temaet er. Dette ses eksempelvis med skala-spørgsmål som ”jeg har modtaget den hjælp, jeg søgte” (Morris, & Gannon, 2008). Ud fra et sådan spørgsmål, er det ikke muligt at konkludere, hvad der gør udfaldet for borgerens svar.

Behandlingsrettet støtte drejer sig både om misbrugsbehandling, almindelig kontakt til egen læge samt sygehusbesøg og -indlæggelser på somatiske og psykiatriske afdelinger. Der findes ikke entydigt billede af i hvilket regi, borgerne modtager bedst behandling. Vurderingerne synes at være lige så forskellige som i ovenstående afsnit omhandlende personale.

Flere studier beskæftiger sig med gruppeterapi i misbrugsbehandling (Nordfjærn, et al., 2010; Thylstrup, 2011; Kour, et al., 2020) og borgernes mening om gavnligheden heraf er varierende, med positive holdninger målrettet fællesskabet og det at møde andre mennesker, som er det samme sted, og negative holdninger fordi borgernes egne individuelle, psykologiske problemer og behov blev tilsidesat til fordel for kollektive problemer, eller fordi sammensætningen af gruppen var u hensigtsmæssig. Denne beskrivelse af *hvorfor* gruppebehandling synes gavnlige eller ej, muliggør at man i behandlingsregi kan inddrage denne viden, når man benytter sig af, eller overvejer, gruppebehandling til målgruppen, hvorimod tidligere overordnet eksempel på, om borgeren har modtaget den behandling, som vedkommende søgte, er sværere at inddrage.

Selvom det er vanskeligt for sundhedsvæsenet at ramme rigtigt i forhold til tilbud af rette behandling til målgruppen, vurderes det at være vigtigt at søge at inddrage patienten i forhold til ønsker og forventninger. Gentagne oplevelser med uoverensstemmelser imellem den behandling, der bliver tilbudt, og de forventninger, som borgeren har, bidrager nemlig til fremtidig lave forventninger og mangel på tiltro til behandling (Bhui, et al., 2006) hvilket relaterer sig til både nedenstående afsnit om behandlingsinddragelse samt modstridende mål og ønsker, samt til sidste afsnit i dette resultat afsnit omhandlende *Borgerens indre*.

Behandlingsinddragelse

Behandlingsinddragelse strækker sig fra at modtage tilstrækkeligt information om egen behandling, til aktivt at være medbestemmende i behandlingen og dets indhold. Også her ses et meget broget billede i studierne fund, men skala-spørgsmålene er mere konkrete, hvilket eksempelvis ses ved spørgsmålet ”jeg er blevet grundigt informeret omkring de beslutninger, der er truffet i min behandling” (Morris & Gannon, 2008).

I forhold til behandlingsinddragelse i misbrugsbehandling ses et billede af, at den overvejende følelse er, at borgerne ikke føler sig inddraget, hvilket bidrager til en følelse af mindreværd og magtesløshed. Et studie (Nordfjærn, et al., 2010) finder, at borgere gentagne gange har bedt om at få nedsat deres dosis af metadon på grund af kraftige bivirkninger, men at dette ikke er blevet imødekommet. Dette tyder på en direkte modvillighed mod udtrapning eller alternative præparater, enten i reglementet for den pågældende misbrugsbehandling eller fra det tilknyttede sundhedspersonale, som må vurderes at bidrage til nedsat funktionsniveau for borgere, der i forvejen ofte er både psykisk og fysisk udfordret qua deres misbrug.

De borgere, som føler sig inddraget, har omvendt en følelse af at blive hørt og forstået, og der ses positivt på de behandlingsmuligheder, hvor tætte pårørende har mulighed for at deltage i samtaler (Nordfjærn, et al., 2010).

Modstridende mål

Modstridende mål og ønsker omhandler borgerens ønskede mål med behandling kontra sundhedspersonalets mål. Flere studier finder, at sundhedspersonale har andre mål, ofte mere omfattende mål, med behandling, end borgerne har. Eksempelvis udtaler en informant, at han ønsker at stoppe sit misbrug af hårde stoffer og ikke begå kriminalitet, men har ikke problem med at drikke moderate mængder af alkohol eller at ryge hash, men misbrugsbehandlingen ønsker ikke at borgerne opretholder et forbrug heraf (Richert & Johnson, 2015). Her er tegn på en uoverensstemmelse mellem borgerens eget mål med at indgå i behandling kontra behandlingens rammer. Borgeren er kun indstillet på at ændre på dele af sit rusmiddelforbrug, da han tidligere har kunnet opretholde både studie og arbejde med et sådant forbrug, men behandlingen kræver at hele rusmiddelforbruget skal behandles. Modsat ses også et eksempel, hvor borgeren forventer mere hjælp af sundhedsvæsenet, end hvad normal procedure er (Pedersen, 2009). En borger henvender sig på skadestuen med sår på benet, og forventer at blive indlagt, men i stedet for bliver hans sår ambulantly behandlet, hvorefter han afsluttes fra skadestuen. I

dette tilfælde er borgeren hjemløs, hvorfor en indlæggelse vil give tag over hovedet, faste rammer og ro for en stund. Det vurderes altså, at der kan være forskel på hvor meget og hvor lidt hjælp man ønsker og forventer, alt efter hvordan ens øvrige livssituation ser ud og dermed hvor mange ressourcer man har at trække på uden for sundhedsvæsenet.

Ikke-behandlingsrettet støtte

Ikke-behandlingsrettet støtte omhandler studier, som undersøger om borgerne får hjælp eller tilbydes noget, der ligger ud over den forventede behandling. Dette kan blandt andet omfatte at få hjælp til at finde en bolig, en ny læge eller et jobcenter eller at deltage i udflugter eller aktiviteter, som ikke er en del af behandling. Sociale aktiviteter kan desuden hjælpe med, at borgernes fokus bliver fjernet fra det, der er svært i hverdagen – eksempelvis invasive tanker om at indtage narkotika (Neale & Kennedy, 2002). *Ikke-behandlingsrettet støtte* kan også være at blive tilbudt rent tøj, hvilket særligt hjemløse sætter pris på (Neale & Kennedy, 2002). En sådan form for støtte kan betragtes som omsorgs- og relationsarbejde (Nordfjærn, et al., 2010) (Pedersen, 2018), hvilket kan være ligeså værdifuldt for borgerne som den egentlige sundhedsbehandling, idet en sådan holistisk tilgang til borgeren kan bidrage positivt til vedkommendes generelle tillid til sundhedsvæsenet eller til den pågældende sundhedsperson, som tilbyder noget ikke-behandlingsrettet støtte.

Tredje hovedtema: Rammer

Rammer indbefatter de fysiske miljøer og de opsatte regler på de lokationer, hvor borgerne modtager behandling, samt de ressourcer, som opleves at være tilgængelige i sundhedsvæsenet, bl.a. i form af mængden af tid, der kan afsættes til behandling. Under dette hovedtema blev i alt tre underliggende temaer konstrueret. Temaerne kaldes her for 1) *Tid og ressourcer tilgængelig*, 2) *Regler og retningslinjer* og 3) *Fysisk miljø*. I alt 14 studier havde referencer til tid og ressourcer tilgængelig, 13 studier havde referencer til regler og retningslinjer og fire studier havde referencer til fysisk miljø.

Regler og retningslinjer

Regler og retningslinjer fylder generelt meget for målgruppen, når de skal benytte sig af det almene, offentlige sundhedsvæsen. Der ses en tendens i nærværende review for, at der er forskel på opfattelsen af regler og retningslinjer i misbrugsbehandling kontra det resterende sundhedsvæsen. Retningslinjer, som udgør en barriere for, at målgruppen kan gøre brug af egen læge omhandler eksempelvis krav om sygesikringskort eller andre identifikationspapirer, samt

potentielt besvær ved, at man skal ringe og bestille tid (Pedersen, 2009; Pedersen, 2018), frem for at møde op i øjeblikket, hvor tiden og overskuddet er til det. Ved indlæggelse på hospitalet er der en fast struktur, hvilket både kan virke overvældende og undertrykkende af borgernes egen frihed (Sorsa & Astedt-Kurki, 2013; Bove, et al., 2019) men omvendt oplever nogle i målgruppen også, at den faste struktur giver ro og tryghed (Pedersen, 2018; Bove, et al., 2019) blandt andet til at kunne koncentrere sig om at arbejde med sig selv i indlæggelsesperioden (Sorsa & Astedt-Kurki, 2013). I misbrugsbehandlingen er den mest udbredte oplevelse, at det er svært at leve op til de regler og retningslinjer, der er opstillet. Blandt andet møder det hyppige krav om urinprøver kritik (Nordfjærn, et al., 2010; Notley, et al., 2012; Richert & Johnson, 2015), men hvor urinprøver tidligere blev nævnt i forbindelse med afsnittet om stigmatisering i nærværende speciale, drejer det sig her om, at urinprøverne kan påvise om borgerne har et misbrug ved siden af eventuelle ordinerede præparater i misbrugsbehandlingen. Et sådant side-misbrug kan nemlig medføre sanktioner i behandlingen, eller direkte behandlingsophør for en periode (Nordfjærn, et al., 2010; Granerud & Toft, 2015; (Richert & Johnson, 2015), hvilket kan have alvorlige konsekvenser for borgernes liv, blandt andet i form af øget kriminalitet og hjemløshed. Af frygt for sanktioner og behandlingsophør udtaler en informant i et af studierne (Granerud & Toft, 2015), at vedkommende fortæller personalet på behandlingscenteret så lidt som muligt, frem for at have en åben og ærlig dialog. Flere studier finder også, at man som borger skal have et massivt, dokumenterbart og invaliderende misbrug, før man kan få en plads i misbrugsbehandling (Pedersen, 2009; Richert & Johnson, 2015). Det betyder, at borgerne risikerer at falde imellem to stole, hvis de har kunnet skjule deres misbrug op til anmodning om misbrugsbehandling. Således kan misbruget eskalere yderligere, inden borgerne kan få hjælp til at ændre på situationen. En spørger derfor retorisk i sit interview, hvad han skal gøre, før behandlingscenteret vil tro på ham og hjælpe ham; blive kriminel eller hvad? (Richert & Johnson, 2015).

Tid og ressourcer

Det underliggende tema omhandlende *Tid og ressourcer* kan opdeles i ventetid imellem kontakttagen til sundhedsvæsenet og hvornår man kan få hjælp, samt den mængde af tid personalet har tilgængelig i mødet med en borger, inklusiv forberedelsestid. Flere studier finder, at ventetiden i sundhedsvæsenet fra man søger hjælp og til man får den, opfattes som værende problematisk lang for borgerne. Informanter beretter om, hvordan der kan gå mere end et år fra, de har kontaktet et misbrugs-behandlingscenter, til de er begyndt i behandlingen (Richert & Johnson, 2015). Én fortæller, hvordan han var bange for, at han skulle nå at dø af sit misbrug

og den dertilhørende livssituation, inden han kunne komme i behandling. Tanken om lang ventetid afholder endda direkte nogen fra at søge misbrugs-behandling (Notley, Maskrey, & Holland, 2012), selvom ventetider ved den omtalte misbrugsbehandling i det pågældende studie ”kun” er mellem en og tre måneder. Det, at tanken om ventetider afholder borgere fra at søge behandling, må betragtes at være ligeså problematisk som de, der søger behandlingen, men ikke kan komme til imens de har troen på en bedre tilværelse.

Selv ventetider på at komme i kontakt med personale i misbrugsbehandling fra kl. 18 om aftenen til klokken 09 næste morgen kan være for lang, når man er i en sårbar position (Notley, et al., 2012), men for lange ventetider ses også ved andre instanser end misbrugsbehandling (Bhui, et al., 2006). Ventetider kan medføre, at borgerne i den mellemliggende periode bruger coping-strategier, som de kender; at indtage narkotika eller alkohol for at undgå ubehag eller et akut problem, indtil personalet er tilgængeligt igen.

Kigger man på personalets tilgængelige tid til hver borger, findes der udfordringer både i misbrugsbehandling og i det resterende sundhedsvæsen. Flere studier finder borgere, som føler, at der er for lidt tid tilgængelig pr. borger i misbrugsbehandlingen (Morris & Gannon, 2008; Nordfjærn, et al., 2010) og at manglen på tid påvirker den generelle tilfredshed med og udbytte af behandlingen negativt. Også i sygehusregi har den sparsomme tid konsekvenser, hvilket eksempelvis ses ved, at en informant får at vide, at han skal tilknyttes klinik for lunge-sygdomme, fordi lægen har fundet en plet på den ene lunge, som sandsynligvis er tuberkulose. Manden må så fortælle, at det kan ikke lade sig gøre, fordi han har fået fjernet den selvsamme lunge et år tidligere (Pedersen, et al., 2020). Flere studier finder dog borgere med forståelse for, at fejl kan ske og information kan være mangelfuld, netop fordi sundhedspersonalet er presset (Callaghan, et al., 2012; Pedersen, 2018), og at viden om denne travlhed kan fordre, at borgerne bliver endnu mere opmærksomme på at opføre sig høfligt og udvise taknemlighed.

Det er naturligt, at tid og information kan forekomme mangelfuld i et sundhedsvæsen under pres, men det vurderes også naturligt, at målgruppen ikke kan forventes at kunne kapere dette. Borgerne er ofte massivt presset i forvejen, både fysisk og mentalt, og nogle lever fra dag til dag og ved ikke, hvor de skal få deres næste måltid mad fra eller finde tag over hovedet. Langt fra alle borgere i specialets målgruppe vurderes derfor at have ressourcer til at bede om hjælp flere gange eller selv opsøge supplerende information, såfremt den overleverede information fra sundhedspersonalet til borgeren er mangelfuld.

Fysisk miljø

Dette underliggende temaer omhandler hvordan det fysiske miljø, hvor borgerne modtager behandling, bliver opfattet. Det drejer sig eksempelvis om, at rammerne har indflydelse på, om man føler sig tryk og komfortabelt til mode (Neale & Kennedy, 2002; Nordfjærn, 2010; Callaghan, et al., 2012; Bove, et al., 2019). Kun fire studier har referencer til dette underliggende tema, hvorfor det øjensynligt ikke fylder så meget – enten for målgruppen, eller for de, som har udført forskningen i de inkluderede studier. Det kan dog siges, at ét studie, hvis deltagerer er indlagt på et hospital, finder, at omgivelserne bidrager til, at deltagerne føler sig alene og overladt til sig selv, i takt med at deres tilstand bedres (Bove, et al., 2019). Dette skyldes, at der er konstant støj og at personalet bevæger sig hurtigt rundt fra a til b mellem stuer og patienter, hvilket opfattes hektisk og stressende. Deltagerne beskriver hvordan de påvirkes af og adapterer dette stressende miljø i en sådan grad, at de selv føler sig stresset. For de tre andre studier, som har referencer til det fysiske miljø ses det, at deltagerne lægger vægt på og foretrækker, at omgivelserne er stabile og trygge, og at der er ro og tid til at kunne trække sig tilbage (Neale & Kennedy, 2002) eller at kunne fokusere på andet end sit misbrug (Nordfjærn, et al., 2010). Det vurderes altså, at et hektisk miljø med travlt personale ikke opfattes som værende trygt, og en årsag herfor kan skyldes, at tid og ro er nødvendigt for målgruppens oplevelse af, at de kan finde sig tilrette i de omgivelser, hvori de modtager behandling.

Fjerde hovedtema: Borgerens indre

Borgerens indre er et hovedtema, som omhandler faktorer, der er iboende i borgeren. Disse faktorer er fundet til at påvirke borgernes sundhedsadfærd og kan dermed i sig selv udgøre en barriere eller være en fremmede faktor for, om borgerne opsøger og indgår i behandling. *Borgerens Indre* er det mindst fremtrædende hovedtema i nærværende scoping review, og det består af to underliggende temaer. Disse kaldes her for 1) *Indre barrierer i eller mod behandling*, og 2) *At søge behandling*. Seks af de inkluderede studier havde referencer til indre barrierer i eller mod behandling og fire studier havde referencer til at søge behandling. Disse underliggende temaer vil ikke blive præsenteret på samme måde som de ved forrige temaer. Årsagen herfor skyldes, at specialets afgrænsning faktisk betyder, at *Borgerens indre* ikke er en del af emneområdet. Nærværende speciales fokusområde og perspektiv blev hurtigt begrænset til mødet imellem borgeren og sundhedsvæsenet, og *ikke* hvad der foregår forud for mødet. Det er dog ikke muligt at adskille til fulde, idet tidligere erfaringer, både i og uden for sundhedsvæsenet, påvirker fremtidige møder med sundhedsvæsenet og hvordan disse møder opfat-

tes. I nedenstående interviewudrag fra Socialt udsattes møde med sundhedsvæsenet (Pedersen, 2018) ses et tydeligt og reflekteret eksempel på, at tidligere erfaringer er vigtige i forhold til mødet med sundhedsvæsenet. Intervieweren spørger informanten om, hvorfor en hjemløs kan føle det som en personlig, ubehagelig irttesættelse at følge proceduremæssige informationer i forhold til ventetid på en skadestue:

Fordi man gentagne gange har oplevet en ubehagelig behandling eller at blive tilsidesat. [...] Altså, hvis du har prøvet... at blive behandlet forkert på gaden. [...] Jeg stod og snakkede med [en hjemløs], som var én af dem, som har prøvet at opleve at blive tisset på, mens han lå og sov, ikke. Og han sagde faktisk noget... han ramte faktisk hovedet på sømmet meget godt. Dét der med, når din personlige værdighed er blevet nedgjort på den måde, så skal der ikke meget af et skævt smil og et stift ansigt til, før du føler, at du bliver set sådan på én gang til, ikke? Og så er det, du giver meget op, personligt. [...] Og bliver tonen bare lidt hård, du ved nok, så sker der en misforståelse. For du føler simpelthen, at den der personlige værdighed du har, den er blevet taget så meget fra dig, så du misforstår tit og ofte en situation eller bliver ked af det og bange, fordi det minder dig om noget. Og det kan jeg godt forstå, hvad han mener med... at man er kommet så langt ned til sidst, og man føler sig så svigtet, så man tror bare ikke på, at der er nogle, der faktisk er der for dig, vel.” (Pedersen, 2018).

Denne unægtelig vanskelige adskillelse mellem tidligere erfaringer og nuværende eller fremtidige oplevelser er årsagen til, at *Borgerens indre* er medtaget som et hovedtema.

Andre eksempler på *Indre barrierer i eller mod behandling* er, at man ikke ønsker at blive set på som psykisk syg (Pedersen, 2018) fordi så er man skør, og dette kan føre til, at man bliver behandlet ussel (Bhui, et al., 2006). En anden indre barriere ses ved forudindtagelsen om, at man alligevel ikke kan få hjælp til sit problem (Thylstrup, 2011; Sorsa & Astedt-Kurki, 2013).

Det vurderes, at hvis sundhedsvæsenet er i stand til at komme nogle af disse indre barrierer i forkøbet, kan det potentielt gavne borgerens oplevelse og deraf udbytte af mødet med sundhedsvæsenet. Eksempelvis kan en hurtig og informeret afklaring af borgerens problemstilling og eventuel relevant viderehenvielse, bidrage til borgerens oplevelse af at føle sig forstået og hjulpet. Det er dog sandsynligt, at aktive misbrugere i forvejen kan have svært ved

at følge anvisningerne fra sundhedspersonalet, og tidligere negative oplevelser vanskeliggøre dette yderligere. I forhold til at søge behandling finder flere studier netop, at borgere udsætter eller undlader at opsøge sundhedsvæsenet, fordi misbruget ikke kan vedligeholdes hvis man eksempelvis indlægges (Pedersen, 2009; Pedersen, 2018). Det skal ikke forstås som en egentlig modvilje mod sundhedsvæsenet eller mod at modtage behandling, men da misbruget er altoverskyggende og dominerer over ønsket om behandling, bliver dét det styrende for borgerens egen sundhedsadfærd.

Selvom nærværende specialets fokusområde som udgangspunkt ikke beskæftiger sig med disse indre faktorer, vurderes det, at de er nødvendige at have in mente for at kunne forbedre og udbyde bedst mulig sundhedsbehandling til målgruppen. Sundhedsvæsenet og dets personale kan ikke sikre sig imod borgeres tidligere dårlige oplevelser eller øvrige indre barrierer for at søge eller modtage behandling, men det kan forhåbentligt stræbe efter at inkorporere den eksisterende viden om, at tidligere dårlige oplevelser kan eksistere. Ved at søge at imødekomme dette via en åben og omsorgsfuld dialog, kan oplevelsen af at føle sig forstået forhåbentlig fremmes.

Egne refleksioner omkring kodningen af nærværende scoping review

Det er vigtigt at understrege, at mange af de underliggende temaer kan være svære at adskille fuldstændig fra hinanden, da det ofte er konteksten, som er afgørende for hvordan en given oplevelse opfattes. Temaerne påvirker hinanden og overlapper og skal forstås som værende organiske. Et eksempel herpå er de to underliggende temaer *Stigmatisering, tillid og (manglende) forståelse* og *Personalets kompetencer og faglighed*, som begge befinder sig under *Personale*. Dette ses blandt andet ved, at en borgers oplevelse af sundhedspersonalets manglende viden om alkoholmisbrug ved en sygehusindlæggelse påvirker en ellers tillidsfuld relation imellem borgeren og sundhedspersonalet (Bove, et al., 2019). Flere af de underliggende temaer kan også vurderes at være et produkt af ressourcerne i sundhedsvæsenet, som er kodet under hovedtemaet *Rammer*. Eksempelvis kan en mangelfuld behandlingsrettet støtte til borgerne skyldes mangel på tid eller penge afsat fra organisatorisk eller politisk regi. Belægget for, at de underliggende temaer er kodet som værende adskilte fra hovedtemaet *Rammer* skyldes netop konteksten, som dataen befinder sig i, og hvordan de beskrevne oplevelser i studierne er blevet opfattet af os. Har vi forstået borgernes oplevelser som værende adskilt fra en potentiel årsag, som skyldes (manglende) ressourcer, så er de ligeledes blevet kodet adskilt derfra og dermed som værende 'noget andet' end et produkt af eksempelvis travlhed i sundhedsvæsenet.

Ud fra et socialkonstruktivistisk synspunkt er det ikke givet, at den svære differentiering imellem temaerne er et problem. Der arbejdes ikke ud fra målet om et endeligt facit i nærværende scoping review, og netop konteksten og forståelsen er afgørende for, hvordan borgernes oplevelser er blevet tolket og derfor kodet.

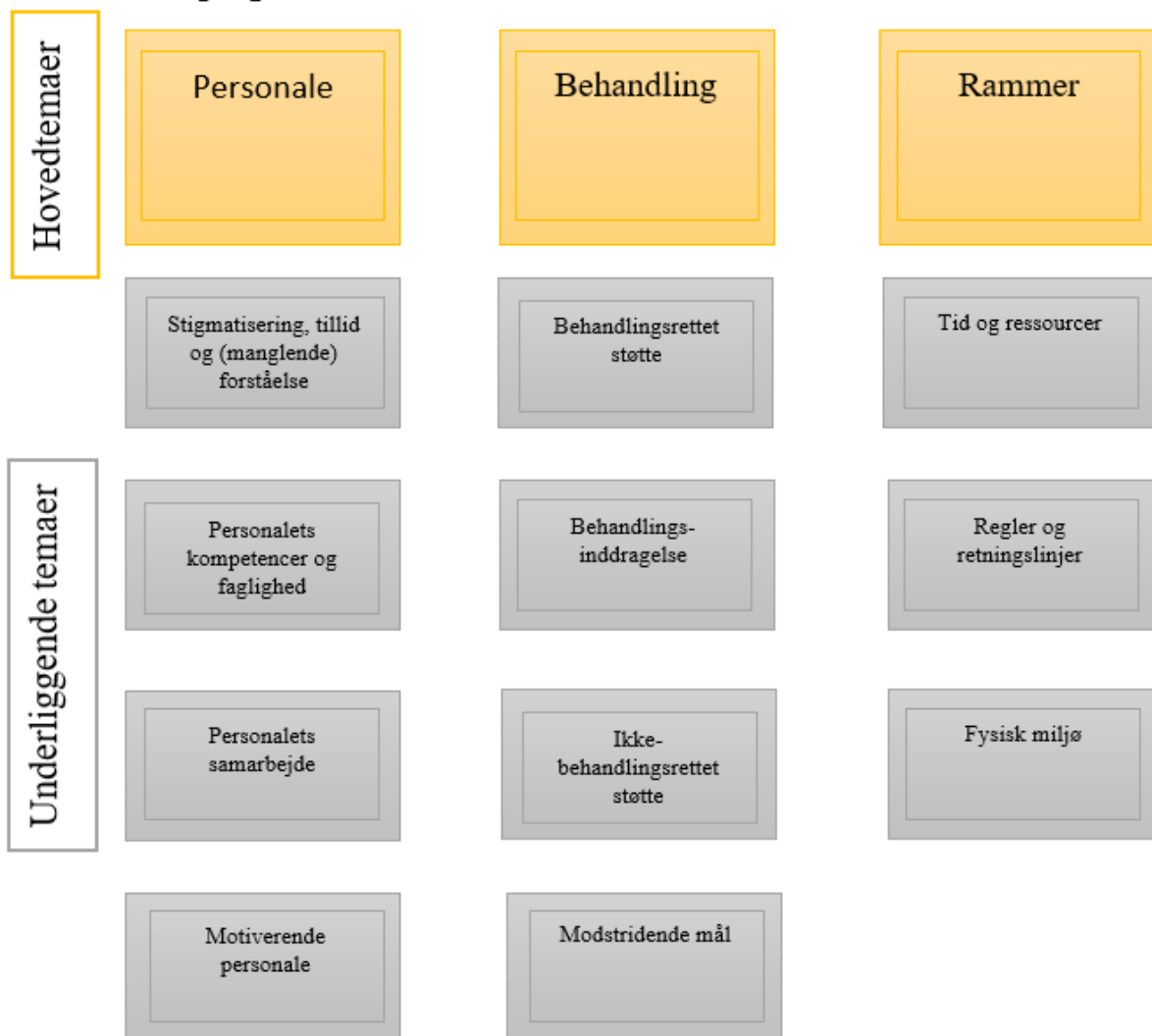
Opsummering og videre brug af data: fra scoping review til interviewguide

Den analyserede data fra scoping reviewet skal lede udarbejdelsen af en interviewguide i specialets anden del; interviews. En beskrivelse af vores overvejelser herom, samt til- og fravalg fremgår af dette afsnit.

Vi har konstrueret fire hovedtemaer med i alt 13 underliggende temaer. Tre af disse hovedtemaer vil informere interviewguiden. På næste side fremføres en illustration over hvorledes de underliggende temaer fordeler sig på disse tre inkluderede hovedtemaer.

Faktorer i socialt udsatte borgeres møde med sundhedsvæsenet

– scoping review



Billede 1: grafisk illustration over fordelingen af de tre konstruerede hovedtemaer samt underliggende temaer.

De inkluderede studier er ikke blevet vægтет i forhold til antal deltagere, anvendt forskningsmetode eller lignende. Vi har derfor ikke kunnet afveje, hvilke temaer vi arbejder videre med i interviewguiden på det grundlag. Til- og fravalg er blevet taget på baggrund af 1) vores formål med at udføre interviews, og 2) essensen af hvad specialet søger at bidrage med på samfundsplan.

Formålet med at udføre interviews som en del af grundlaget for at kunne udvikle en skala er at belyse oplevelser med sundhedsvæsenet fra et udsnit af den danske målgruppe, samt for at undersøge om vores fund fra scoping reviewet også er gældende for dem. Desuden, og måske endnu vigtigere, er formålet at undersøge, om de har oplevelser, som er ud over de fund, vi allerede har gjort os. Netop af den årsag har vi med vores inklusions- og eksklusionskriterier

forsøgt at finde empiri fra sammenlignelige lande. På den måde kan interviewguiden funderes i den mest relevante forskning. Det er et argument der taler for, at samtlige konstruerede temaer bør indgå i interviewguiden.

Essensen af hvad specialet søger at bidrage med på samfundsplan er påbegyndelsen af et anvendeligt måleredskab, der kan bruges i flere henseender. Skal dette kunne lade sig gøre, er det væsentligt at skalaen er valid og måler, hvad den ønsker at måle. Af den grund har vi blandt andet fravalgt litteratur, som undersøger hvad der influerer borgerne før de vælger at søge eller undlader at søge behandling. Vi anerkender, at der også her kan findes betydelige barrierer og fremmede faktorer, men vurderer ikke, at det er en del af den latente variabel, som skalaen skal kunne måle. Vurderingen beror på grundigt kendskab til empirien på området i kombination med egne tidligere erfaringer med udvikling af måleredskab på samme område til målgruppen, hvor psykometriske tests viste, at spørgsmål, der knyttede sig til før mødet med sundhedsvæsenet, korrelerede højt med hinanden, men ikke med spørgsmål, som knyttede sig til det egentlige møde med sundhedsvæsenet. Vi har dog erfaret i løbet af scoping reviewet, at det ikke altid er muligt at adskille, hvad der influerer borgeren forud for et eventuelt møde med sundhedsvæsenet, fra hvad borgerne har af oplevelser med sundhedsvæsenet. Dette skyldes, at tidligere erfaringer påvirker fremtidige møder med sundhedsvæsenet og hvordan disse møder opfattes. Disse tidligere erfaringer kan vurderes at blive en del af borgernes samlede motivation for at indgå i behandling, hvilket ikke er specialets fokusområde. Det betyder, at hovedtemaet *Borgerens indre* ikke vil blive en del af interviewguiden, da temaet netop omhandler barrierer og fremmede faktorer, som ikke nødvendigvis er direkte relateret til mødet med sundhedsvæsenet.

På baggrund af ovenstående vil interviewguiden derfor blive udformet ud fra de tre hovedtemaer *Personale*, *Behandling* og *Rammer*, og de dertilhørende underliggende temaer.

Interviewmetode

Specialets anden del består af fire semi-strukturerede interviews, udført i en varmestue med brugere af varmestuen. Interviewene analyseres herefter tematisk. Dette beskrives nærmere under afsnittet ”kodning”. De personer, der benytter varmestuens tilbud, bliver i varmestuen refereret til som *brugere*. De vil blive refereret til på samme måde i nærværende speciale, mens de brugere, der deltog i interviews, vil blive kaldt informanter eller interviewdeltagere. Formålet med de fire interviews var at drøfte brugernes kontakt med sundhedsvæsenet og oplevelsen heraf. Desuden skal interviewene belyse, om de konstruerede temaer fra scoping reviewet også opleves af et mindre udsnit af den danske målgruppe, samt om der var andre temaer, som var relevante, når udsattes oplevelse med sundhedsvæsenet undersøges. Det er vigtigt at inddrage oplevelser fra den danske målgruppe, når skalaen vi ønsker at udvikle netop skal kunne målrettes disse borgere. Beslutningen om ikke at have flere end fire informanter beror på flere ting, blandt andet Brinkmann & Tanggard (2020) som mener, at det er bedre at gennemføre relativt få interviews, hvor der er tid til grundig analyse, frem for mange interviews uden tid til at gå i dybden med disse. Når man udfører tematisk analyse på interviews i et speciale, anbefaler Clarke, Braun & Hayfield (2015) at udføre imellem seks og 15 interviews. Da specialet er mixed methods og indeholder flere datakilder, vurderes det at give mening at have lidt færre interviews end den anbefalede minimumsgrænse på seks interviews. Slutteligt er en pragmatisk beslutning om antallet af informanter taget grundet den aktuelle COVID-19 epidemi, som vanskeliggjorde adgang til målgruppen.

Interviewguide

Interviewguiden er udformet således, at den starter bredt med først at spørge overordnet ind til informantens nuværende livssituation og dernæst følger spørgsmålet, om informanten vil fortælle lidt om vedkommendes kontakt med sundhedsvæsenet. Interviewguiden blev udformet ud fra de hovedtemaer, som blev konstrueret gennem reviewet; *Personale*, *Behandling* og *Rammer*. Eftersom målet både var at undersøge bestemte temaer og også at finde andre potentielle temaer, var det oplagt at have en semi-struktureret guide. Interviewguiden var opbygget, så der først blev spurgt meget bredt ind til emnet, dernæst bredt ind til hvert tema, hvis ikke disse temaer naturligt blev berørt og så gradvist mere snævre spørgsmål, hvis nødvendigt. Der blev desuden lagt vægt på fra vores egen side at undgå brugen af ordene ”stigmatisering” og ”mistro”, før informanten eventuelt selv nævnte det. Interviewguiden blev piloteret af begge forfattere på personer, som ikke var i målgruppen. Formålet med piloteringen var at afprøve

interviewteknik, teste interviewlængden og afprøve om det var bedst at følge interviewguiden i kronologisk rækkefølge, eller på en mere flydende og naturlig måde. Sidstnævnte metode blev valgt, da dette ville tillade, at informanterne i højere grad selv kunne fortælle hvilke oplevelser de fandt relevante og i mindre grad ville blive påvirket til at komme ind på bestemte emner. Også derfor var det indledende spørgsmål i interviewguiden et meget åbent spørgsmål: “Vil du fortælle mig lidt om din kontakt med sundhedsvæsenet?”.

På de kommende sider ses hele interviewguiden. Spørgsmål markeret med fed illustrerer hvordan hvert tema bliver åbnet bredt op og muliggør, at informanterne kan trække deres besvarelse i en retning, der er relevant for dem. Ikke samtlige spørgsmål er blevet stillet i de forskellige interviews. De mere specifikke spørgsmål er blevet stillet, såfremt informanterne ikke selv berørte det naturligt eller ikke selv italesatte og berettede om andet relevant inden for området. Forud for spørgsmålene er en generel introduktion om formålet med informanternes deltagelse. Denne introduktion fremgår ligeledes på nedenstående side.

Interviewguide

Vi er enige om, at vi har gennemgået og underskrevet en samtykkeerklæring inden interviewet og at vi har gennemgået hvad formålet med din deltagelse er? Interviewet handler om dine oplevelser med sundhedsvæsenet.

Med sundhedsvæsenet mener vi: egen læge, sygehus, psykiatri, anden lægehjælp, rehabilitering, misbrugsbehandling og anden offentlig sundhedsbehandling.

Med behandling mener vi: enhver form for kontakt med sundhedsvæsenet.

Dit navn vil blive anonymiseret og interviewet bliver lydoptaget og transskriberet (hvis du ønsker det, kan du få en kopi af transskriptionen). Interviewet vil nok tage omkring 20-30 min, men det er også helt ok, hvis det tager længere tid.

Først: Kan du fortælle mig kort om din livssituation?

- Boligsituation
- Misbrug

Tema	Interviewspørgsmål
<i>Hjælp og støtte modtaget</i>	
Behandlingsrettet støtte:	<p>Fortæl mig lidt om din kontakt med sundhedsvæsenet? Kan du komme med et eksempel på en oplevelse du har haft med sundhedsbehandling? Hvad skete der? Hvordan oplevede du det?</p>
Behandlingsinddragelse:	<p>Hvad skal der til for, at du føler dig inddraget i din behandling? Har du oplevet dette? Hvordan? Har du oplevet, at du ikke er blevet inddraget? Hvordan? Er det vigtigt for dig, at du, at du er med til at beslutte hvad der skal ske i din behandling?</p>
Modstridende mål	<p>Tænk på en gang, hvor du har opsøgt sundhedsvæsenet; hvad var dit formål eller ønske med at søge hjælp? Har du oplevet at være uenig med behandlere i hvad målet var med den behandling du modtog?</p>
Ikke behandlingsrettet støtte: Støtte ud over behandlingen – service, ekstra hjælp og støtte til noget andet.	<p>Er det noget du har oplevet? Hvordan var det? Hvad skete der? Er det noget, du kunne tænke dig mere af?</p>

Tema	Interviewspørgsmål
<i>Personale</i>	
Stigma, mistro & tillid: IKKE til oplæsning: Undgå ord som stigmatisering og mistro.	<p>Hvordan oplever du at sundhedspersonale behandler dig?</p> <p>Kan du komme med et eksempel?</p> <p>Føler du dig tryk i sundhedssystemet? Hvordan oplever du tilliden mellem sundhedspersonalet og dig? Kan du sige lidt mere om det?</p>
Forståelse og empati	<p>Føler du at sundhedspersonalet har forståelse for din situation?</p> <p>Kan du komme med et eksempel på dette?</p>
Kompetencer	<p>Kan personalet hjælpe dig med dine helbredsproblemer? Hvordan? Hvordan ikke?</p>
Tilgængelighed af personale	<p>Er personalet til at komme i kontakt med? Hvornår er det nemt? Hvordan opleves det? Hvornår er det svært? Hvordan opleves det?</p> <p>Hvordan oplever du ventetiden i sundhedsvæsenet? (ved egen læge, på sygehuset?)</p>
Motiverende personale	<p>Påvirker personalet din motivation til at få hjælp? Hvordan?</p>
<i>Rammer</i>	
Regler og retningslinjer	<p>Der er oftest regler og retningslinjer i sundhedsbehandling, hvad synes du om det?</p> <p>Kan du komme i tanke om en eller flere retningslinjer i sundhedsvæsenet, som har haft indflydelse på din oplevelse med behandling?</p>
Tid og ressourcer tilgængelig	<p>Kunne du ønske dig noget andet end det, sundhedsvæsenet kan tilbyde dig? Hvad og hvorfor/hvorfor ikke? Oplever du, at der er tilstrækkeligt med tid til dine behov i sundhedsbehandling?</p>
Andet	<p>Er der andet du føler at vi skal komme ind på? Overordnet set, så er din oplevelse af sundhedsvæsenet...? Opsummering af hvad der er blevet sagt – er det korrekt forstået?</p>

Interviewguide.

Rekruttering

Vi havde på forhånd tilknytning til varimestuen i form af ansættelse. Rekrutteringen af deltagere blev således foretaget ved, at vi var tilstede i varimestuen og derigennem henvendte os til brugere af varimestuen, som var vurderet til at kunne være i stand til at blive interviewet.

Varmestuen er en gadeplansinstitution med mulighed for social- og sundhedsfaglig støtte, stofindtagelse i stofindtagelsesrum, spisning, ophold og generelt et fristed. Varmestuens målgruppe er svært socialt udsatte og ophold i varmastuen er forudsat af tilstedeværelse af enten psykisk sygdom, misbrug, hjemløshed eller lignende livssituation foruden lovligt ophold i Danmark. Brugere af varmastuen var derfor allerede vurderet til at være en del af den valgte målgruppe til interviewene i kraft af deres brug af varmastuen.

Den på forhåndenværende relation som eksisterede mellem os og informanterne gjorde det nemmere at tilgå og opfordre brugere af varmastuen til at deltage i interviewene. Yderligere tanker om valg af udvælgelsesmetode uddybes nærmere i afsnittet til sidst om etiske overvejelser.

Informanter

Deltagerne var tre mænd og en kvinde (n=4) i aldersgruppen 30-65 år. Tre deltagere var tilknyttet misbrugsbehandling og én deltager havde tidligere været tilknyttet misbrugsbehandling. Én deltager havde været hjemløs inden for det sidste år, mindst én deltager havde fængselsdom bag sig og mindst to havde somatiske følgevirkninger af misbrug.

Deltagerne er pseudonymiseret med andet navn.

Rammer

Interviewene blev foretaget i varmastuens udendørs gårdmiljø blandt andet grundet COVID-19 smitterisiko, hvor der var mulighed for at interviewe med mindre afstand og uden mundbind. Desuden var der udendørs mulighed for mere afstand til andre i varmastuen, således at interviewene kunne foretages mere privat. Brugere af varmastuen befinder sig desuden generelt oftere i det udendørs gårdmiljø, uanset vejr, hvor det modsat indendørs er tilladt at drikke alkohol og ryge cigaretter, hash og bong. Det gav derfor god mening at være der, hvor brugerne alligevel ville være. Grundet interviewenes placering var der undervejs enkelte afbrydelser fra andre brugere. Dette både ved henvendelse til informanten og til os som interviewere, som de jo forud for interviewene var vant til at se som medarbejdere i varmastuen og derfor henvendte sig til med praktiske spørgsmål om varmastuens tilbud.

Interviewene varede mellem 19-45 minutter og blev foretaget over to dage. Alle interviewene blev foretaget om formiddagen. Vi var begge tilstede under alle interviewene, og vi

interviewede to gange hver. Til interviewdeltagerne blev der tilbudt kaffe, the og chokolade-påskeæg. Alle mænd røg under interviewet og én drak øl. Ingen deltagere virkede særligt påvirket af stoffer eller alkohol relativt til deres sædvanlige niveau.

Transskription

Interviewene blev transskriberet efter Kvale og Brinkmanns (2015) konventioner, med fokus på læsevenlighed og meningsanalyse. Denne metode blev valgt, da en semantisk analysemetode blev benyttet og det derfor blot ville være meningsforstyrrende med transskriptionskonventioner målrettet sproglig analyse. Derfor blev der ikke transskriberet fuldstændigt ordret, hvorfor der er færre “øh”, “mm” og lignende samt færre afbrudte sætninger i transskriberingerne, end i de talte interviews. Informanterne refererede ofte til behandlingscenter og andre steder, som “dernede” og lignende. Her er der i transskriberingen indsat det, der henvises til i dobbelt-parenteser (se bilag 2 med transskriptionskonventioner).

Tematisk analyse

For at sikre en grundig udført tematisk analyse, blev Braun & Clarkes (2006) seks faser i reflektiv tematisk analyse anvendt. De seks faser var; 1) bekendtgørelse med datasættet, 2) indledende kodning, 3) søge efter temaer, 4) genvurdere temaer, 5) definere og navngive temaer og 6) skrive rapport. Da specialets overordnede videnskabsteoretiske tilgang er socialkonstruktivistisk, benyttes en induktiv og semantisk analysemetode. Dette betyder, at der blev taget udgangspunkt i hvad informanterne ordret sagde og ikke en latent mening. Den tematiske analyse blev foretaget ud fra den givne data fra informanterne, frem for en teori eller forudbestemte temaer.

Først og fremmest blev vi begge gjort bekendt med alle interviewene ved at være til stede under alle interviewene. Derefter transskriberede vi selv interviewene, hvilket også medvirkede til bekendtgørelse med datasættet.

Anden fase var at kode datasættet. Kodningen var datastyret frem for begrebsstyret (Brinkmann, 2014), selvom dette selvfølgelig blev influeret af den viden, der kommer fra at have foretaget et review og omfattende udforskning af teorien på området. Eftersom vi havde beskæftiget os meget med området og var klar over hvilke udfordringer, der ofte ville være for målgruppens møde med sundhedsvæsenet, ville dette uden tvivl komme til udtryk i analysen af interviewene. For at forsøge at imødekomme dette, blev den indledende kodning foretaget hver for sig og med særlig opmærksomhed på at være datastyret, i håbet om at det ville mindske

den indvirkning vi havde på kodningen. Til kodning af interviewene blev programmet NVIVO brugt. Det foregik således, at vi kodede datasættet manuelt hver for sig i programmet, ved at der blev søgt efter mønstre, som var relevante for undersøgelsen.

Herefter blev kodningerne sammenlignet og forenet til samlede kodninger. Kodningerne blev i samme omgang struktureret sådan, at de blev samlet til hovedtemaer og underliggende temaer, der blev navngivet og defineret (Braun & Clarke, 2006). Derefter blev temaerne gennemgået igen for at se om der var underliggende temaer, som kunne samles eller skilles ad og om der var kodninger, der var fejlplaceret. Navnene på temaerne blev efterfølgende sammenlignet med de temaer, som scoping reviewet fandt. Indeholdt temaerne det samme, men havde små forskelle i ordvalg, blev dette ensartet. Resultaterne fra interviewene var således klar til at blive sammenfattet med review-resultaterne til at forme grundlaget for udviklingen af skalaen.

Ethiske overvejelser

Inden interviewene blev informantinformation og samtykkeerklæring gennemgået mundtligt og skriftligt og deltagerne fik tilbud om at få en kopi med sig (Kvale & Brinkmann, 2015). Ingen deltagere ønskede at benytte sig af dette tilbud. Som en del af den information, der blev givet i forbindelse med samtykket, blev deltagerne informeret om at deres navne og andre personhenførbare oplysninger ville blive ændret og opbevaret fortroligt. Deltagerne blev desuden informeret om mulighed for at kontakte os samt om mulighed for at få en kopi af det transskriberede interview. Grundet målgruppens manglende adgang til og brug af kommunikationsmuligheder, som e-mail og e-boks, vil det være nødvendigt at benytte sådanne mere analoge metoder, men det var ligeledes ikke et ønske fra deltagerne at modtage og opbevare transkriptioner i papirformat.

Inden interviewstart blev informanterne gjort opmærksom på, at det var deres oplevelse, vi var interesseret i, og at der derfor ingen rigtige eller forkerte svar var. Responsiv interviewstil blev benyttet, hvor vi som interviewere var anerkendende, uden kritiske spørgsmål til informanternes oplevelser (Brinkmann, 2014). Vi søgte at stille opfølgende, ikke-dømmende spørgsmål for at afdække informanternes fortællinger bedst muligt. Dette medvirkede desuden til en nedsat risiko for at blive styret af vores tilknytning og kendskab til dem forud for interviewene, da dette ville kunne give os blinde vinkler som interviewere.

Til rekruttering blev en informationsorienteret udvælgelse brugt af flere årsager. Ved at bruge denne rekrutteringsmetode, blev nytteværdien ved den information, som det var muligt

at opnå fra så lille en stikprøveudtagning, maksimeret (Brinkmann, 2014). Vores kendskab til brugerne af varmetuen muliggjorde, at vi kunne udvælge enkelte personer, som tilsammen var repræsentative for den demografi varmetuen besad. For eksempel var den gennemsnitlige alder og kønsfordeling meget repræsentativt for varmetuens brugere. En anden årsag til, at den målrettede selektering blev anvendt var, at målgruppen ofte har komplekse livsudfordringer. Vi forsøgte derfor at adspørge personer, som vi vurderede kunne rumme at indgå i et interview, både i forhold til at kunne holde fokus, at kunne sætte ord på egne oplevelser og at kunne forholde sig i ro. Dette var en fordel i forhold til at undgå at udsætte personer for noget de ikke kunne rumme, men det havde også den ulempe, at de personer i målgruppen, med de potentielt mest komplekse livsudfordringer, ikke blev hørt.

Forskernes tilgang til analysen

Analysen er en kombination af data og vores egen indgangsvinkel, tilgang og forudforståelse af dataen. Dette er påvirket af scoping reviewet og egen erfaring fra at arbejde i en varmetue, hvorfor vi i forvejen kender vores fire informanter.

Interviewresultater

Dette afsnit vil gennemgå de temaer, der blev konstrueret gennem tematisk analyse af de fire interviews, som blev foretaget. Analysen af interviewene resulterede i fire hovedtemaer. Disse er *personale, behandling, rammer og egne ressourcer & compliance*. 11 underliggende temaer fordeler sig herunder. Temaerne vil nedenfor blive uddybet nærmere. For grafisk illustration af fordelingen mellem temaerne og deres underliggende temaer henvises til billede 2 på side 54.

Temaer

Første hovedtema: Personale

Det første hovedtema handlede om hvordan deltagerne oplevede deres personaleinteraktioner, herunder betydningen af tillid og forståelse fra personalet og personalets evner til at kommunikere og motivere i behandlingen. I hovedtemaet der blev konstrueret fire underliggende temaer; 1) *Stigmatisering, tillid & tryghed*, 2) *Forståelse & omsorg*, 3) *Personalets kommunikation & motivation*, og 4) *Personalets samarbejde, kompetencer & faglighed*.

Stigmatisering, tillid & tryghed

Dette underliggende tema omfattede deltagerens oplevelse af at blive mødt anderledes end andre, fordi de var socialt udsatte, men også hvordan tillid til og fra personalet var med til at skabe tryghed i behandlingen og gøre at deltagerne følte sig trygge ved at opsøge behandling igen.

Tre ud af de fire informanter berettede om at have følt sig stigmatiseret i sundhedsvæsenet, men oplevelserne heraf synes at skyldes forskellige ting. Det omhandler blandt andet at blive mødt med manglende forståelse for, hvad det betyder for den enkelte at have et aktivt stofmisbrug og manglende forståelse for sværhedsgraden af at skulle tilsidesætte et sådant misbrug for eksempelvis sundhedsbehandling. En anden oplevelse med stigmatisering handler om følelsen af, at sundhedspersonale ikke har tillid til, at man som borger selv kan administrere medicindosering eller lignende i et behandlingsforløb *fordi* man har et misbrug. Sådanne oplevelser har for Camilla eksempelvis haft betydning for både trygheden ved at bruge sundhedsvæsenet og lysten til at søge hjælp.

“Camilla: Og det får man jo ikke herinde ((varmestuen)), det får vi jo ikke dernede ((behandlingscenteret)). Men det gør, at hvis du går til lægen-, du har lavet et eller

andet, og du går til sygehuset, at... Så, altså... Da jeg lå derude de der fire uger med min-, jeg fik dobbeltsidet lungebetændelse på et tidspunkt. Og jeg fik jo flere sedler om, hvordan de var sikker på at det var fordi, at jeg tog he-, misbrug, altså tog det af nål, at jeg havde fået det. Jeg fik jo også brev, da jeg tog af sted derude fra, hvor der direkte stod, at de vidste, at jeg injicerede, og hvis jeg blev ved med det, så kunne jeg nok godt, ikke forvente, men jeg kunne risikere, at det kom igen og sådan noget. Altså, de var meget sådan stemplende. Det var lige som om, at jeg bare fik sådan et stempel, ikke. Så... I stedet for forståelse, ikke... Så det var sådan lidt...

I: Hvad kunne du have haft brug for fra dem, på en anden måde, hvis det ikke skulle have opfattes som om, at det var stemplende?

Camilla: Jamen... Måske bare en hel almindelig måde-, altså bare en hel almindelig forståelse, som hvis man ikke var... Hvis man ikke var en narkoman.” (se bilag 3, s. 123).

Dette eksempel viser hvordan Camilla føler sig stigmatiseret under en indlæggelse på hospitalet, hvor hun oplevede at få en anden behandling end andre ville få, grundet sit aktive misbrug. Dette var med til at Camillas tillid til sundhedsvæsenet mindskedes og hun føler sig mest tryk de steder, der er målrettet hendes livssituation, som misbrugsbehandling og varme-stuens sundhedstilbud. Disse steder har en større forståelse for hendes livssituation og hun oplever, at hun ikke bliver forskelsbehandlet der.

Martin er tidligere blevet mødt med mistro og stigmatisering, men de seneste møder med sundhedsvæsenet har fuldstændigt ændret hans opfattelse.

“Martin: [...] Selvom man måske kan sige at, det er jo ikke fordi at jeg har nogen, synes jeg, problemer, men alligevel det jeg har, det er der måske mange der ville sige, at det er måske selvforskyldt ikke også. Jeg kunne bare lade være at tage heroin.

I: Mm.

Martin: Men selvom jeg så har gjort det, jamen så kommer de stadigvæk og hjælper mig og er søde og åbne og ja, jo nærmest omgår reglerne, ikke også, og prøver at, altså det med de blodprøver, at det ikke skal være det, som der skal stoppe eller gøre at jeg ikke kan få min medicin og sådan noget, ikke også. [...]” (se bilag 4, s. 141).

Martin har nåleskræk, og dette var et gennemgående tema i hans interview. Det er tydeligt hvordan nåleskrækken har afholdt Martin fra at opsøge behandling. Aktuelt går han dog i misbrugsbehandling; noget, der kun er muligt for Martin, fordi personalet på stedet har udvist forståelse for, at det er vigtigere, at han modtager behandling, end at han kan aflægge en blodprøve. Han fik nemlig lov til at aflægge urinprøve i stedet, hvilket tidligere er blevet afvist som værende en mulighed. Hans udtalelse om, at mange måske ville mene, at han "bare kunne lade være med at tage heroin" viser en høj grad af forståelse fra hans side af, at andre kan have svært ved at sætte sig i hans sted, og at dette heller ikke nødvendigvis er noget han forventer af sundhedspersonale. Han er derfor meget ydmyg i sundhedsbehandling, fordi personalet er villige til at give ham den hjælp han har brug for på trods af hans livssituation.

Uffe talte ikke om at have oplevet stigmatiserende adfærd fra sundhedspersonale, men han oplever det som stigmatiserende at skulle møde op på et misbrugsbehandlingscenter ugentligt på grund af de andre borgere, som kommer på det samme center. For ham opleves det altså stigmatiserende at blive sat i samme kasse som personer, der måske har et mere omfattende misbrug end ham selv eller som han på anden vis ikke kan identificere sig med. Dette medfører, at han foretrækker at komme på behandlingscenteret efter sin medicin, når der ikke er andre brugere af centeret. I forhold til personalet, fortalte Uffe, at de lige nu ikke vil udlevere hans medicin til 14 dage ad gangen frem for til en uge ad gangen, og at dette opleves som manglende tillid til ham.

Forståelse & omsorg

Dette underliggende tema handler om deltagernes oplevelser med at modtage forståelse og omsorg fra personalet i deres behandling i sundhedsvæsenet. Alle deltagerne har oplevet at blive mødt med forståelse og omsorg i sundhedsvæsenet og alle har overvejende positive oplevelser med dette. Martin oplever, at der bliver taget hensyn til behov og ønsker og at der bliver arbejdet for at finde kompromis, så han kan indgå i behandlingen, men han beretter også, at det ikke altid har været sådan for ham. Nu oplever han dog sundhedspersonalet som søde og hjælpsomme og den omsorg de udviser betyder enormt meget for ham.

Uffe mener at personalet decideret udtrykker medlidenhed med, at han skal hente medicin hver uge i stedet for hver anden uge og der arbejdes på at imødekomme hans ønske om at få medicin med hjem til to uger af gangen. Adspurgt, hvordan han oplever sundhedspersonalets forståelse for ham, når han frem til, at han ikke er så besværlig at have i behandling, og at de derfor godt kan forstå ham.

Camilla oplever, at der er forskel på niveauet af forståelse og omsorg, alt efter hvor hun befinder sig i sundhedsvæsenet. Hun oplever, at de steder, som er målrettet personer med misbrug, har større forståelse, mens det er mere blandede oplevelser i det øvrige sundhedsvæsen. Hun oplever ofte, at sundhedspersonalets kendskab til hende, eller manglen på samme, går hånd i hånd med om de har forståelse for hendes situation eller ej.

“Camilla: Det har altså meget at sige i forhold til både tryghed og... At tale frit, og at de kender én og sådan noget. For folk der ser én hver dag, de oplever jo ens liv som fra sidelinjen, ikke. Så derfor, så føler jeg jo også tit, at de ved mere, altså... Ligesom kan sætte sig mere ind i min situation, ikke.” (se bilag 3, s. 108).

Af citatet fremgår det desuden, at forståelse fra personalet er vigtigt for hendes tryghed i sundhedsvæsenet.

Ole oplever, at personalet altid er forstående og omsorgsfulde og kan slet ikke komme i tanke om nogen oplevelser, hvor dette ikke har været tilfældet. Han lægger desuden vægt på at årsagen til, at han ikke kan komme i tanke om en situation, hvor der ikke har været forståelse, er ”fordi så må man jo komme til forståelse, ikke også?” (se bilag 5, s. 155).

Det virker generelt til at deltagerne oplever en høj grad af forståelse fra personalet, hvis faglighed og arbejdsområde er målrettet målgruppen, og at denne forståelse kan gå over til at opleves som medlidenhed. Det vurderes desuden, at en høj grad af forståelse ikke nødvendigvis afspejles i en høj grad af tillid, og at dette kan ses ved to modstridende oplevelser forbundet til samme hændelse.

Personalets kommunikation & motivation

Oplevelser af personalets evner til god kommunikation og til at motivere deltagerne i behandlingen er her samlet til et underliggende tema.

Motiverende personale var kun et relevant tema i forhold til misbrugsbehandling. Martin fortalte, at det var motiverende for ham, at personalet var opsøgende i forhold til at få hjælp til sit misbrug. Camilla mener, at personalet i højere grad burde gribe motivationen, når hun selv oplever den i misbrugsbehandling.

“Camilla: Så kan man vente til næste gang man føler sig stærk nok til det, ikke, og håbe på, at de gider at reagere der. Men... Det er bare ikke altid, at det lige er nemt at få dem til at reagere.” (se bilag 3, s. 114).

Hun beskriver, at hun indgår i misbrugsbehandling, men oplever ingen motivering fra personalet til at trappe ud af sin medicin, og at det ikke længere er et krav, at der er fremgang i behandlingsforløbet, men at stilstand er tilstrækkeligt. Hun ønsker mere kommunikation omkring egne ønsker til behandling og er uforstående over, at hendes behandler ikke har samme tilgang til behandlingen.

Uffe orker ikke de motiverende tiltag, som nye behandlere afprøver når de starter og vil helst bare at behandlingen fortsætter uændret, med undtagelse af at kunne få medicin hjem til længere tid ad gangen. Han synes, at han er for gammel til at trappe ud af sin medicin, og det har ingen interesse efter at have indgået i en nedtrappende misbrugsbehandling i adskillige år.

Kommunikation er et bredt område og foregår overalt i mødet med sundhedsvæsenet. Her skal det forstås som kommunikation mellem borgeren og sundhedspersonalet i henseender, hvor kommunikationen oplevedes som værende centralt. Ole oplever, at der er god kommunikation med sundhedsbehandlere, og han føler sig velinformeret omkring egne helbredsproblemer, behandlingsplan og betydningen heraf. Uffe ønsker mindst mulig kontakt med personalet og oplever, at han ikke har noget at tale med personalet om. Årsagerne herfor er uvisse, da Uffe giver ikke en uddybende forklaring på, hvorfor det forholder sig sådan for ham.

Camilla oplever at kommunikationen med personalet er god, der hvor hun primært modtager behandling. Hun oplever dog besvær med, at personalet i forskellige dele af sundhedsvæsenet ikke altid giver tilstrækkeligt med information om retningslinjer for, hvad de hver især kan hjælpe hende med. Dette gør det svært for hende at finde ud af, hvor hun skal henvende sig med forskellige problematikker. Kommunikationen går for Camilla forud for hendes oplevelse af sundhedspersonalets samarbejde, som beskrives i nedenstående afsnit.

Personalets samarbejde, kompetencer & faglighed

Dette underliggende tema omhandler personalets samarbejde, kompetencer og faglighed, som disse opleves af deltagerne.

Både Camilla og Uffe oplever, at der er dårlig kommunikation mellem misbrugsbehandling og egen læge. Uffe oplever dette på flere måder. Blandt andet i forhold til det interne samarbejde mellem misbrugsbehandlingscenterets personale, hvorom han udtrykker frustration:

“Uffe: Dem der ((personale på behandlingscentret)), de har ikke styr på en bønne. Intet. De ved ikke, den ene hånd ved ikke hvad den anden laver. Det er helt sikkert.” (se bilag 6, s. 174).

Samarbejdet mellem misbrugsbehandling og egen læge har dog også givet Uffe flere irritationsmomenter, da lægen på misbrugsbehandlingscenteret sagde, at Uffe af flere omgange skulle se sin egen læge med henhold på undersøgelse af sin nyre, men egen læge havde ikke fået besked herom.

På samme måde har Camilla oplevet at blive sendt frem og tilbage i systemet. Dette har medført, at hun føler sig som en “tennisbold”, fordi samarbejdet mellem misbrugsbehandling og almen læge er dårligt.

I forhold til faglige kompetencer har Camilla haft en oplevelse med en læge hos sit lægehus, hvor hun mistede tilliden til lægens kompetencer, grundet hans vejledning om lunger og KOL.

“I: Okay... Og hvad tænker du-, hvad gjorde den oplevelse ved dig og din opfattelse-

Camilla: At jeg da ikke har lyst til at gå ned og sidde og snakke om mit KOL med dem igen, altså. Hvis en mand vil sidde og snakke-, en læge, altså en faglært-, udlært læge, man sidder og snakker om KOL om, kan sidde og sige ”så længe du rister din tobak når du ryger hash, så går det ikke ud over dine lunger”. Det kan jeg ikke tage særlig seriøst.” (se bilag 3, s. 109).

Denne oplevelse har altså haft en stor indvirkning på Camillas lyst til at henvende sig til egen læge igen. Hun havde allerede i forvejen større lyst til at få hjælp andre steder end egen læge, og sådan en negativ oplevelse af egen læges kompetencer har yderligere distanceret hende fra at bruge sundhedsvæsenet. Omvendt har Ole en meget stor tillid til sundhedspersonalets kompetencer

“Ole: [...] Det er svært at komme med nogen eksempler på det, fordi det er bare, at tingene de er som de skal være, ikke også? Og hvis jeg har spørgsmål, så får jeg svar på det og hvis der er noget ekstraordinært, der ikke er som det skal være, så får de det undersøgt og får det i orden og sådan nogen ting, ikke også. Så de, det er i hvert fald nogen, som tager ansvar på sig.” (se bilag 5, s. 153).

Ole fortæller at han ikke har nogen negative oplevelser med sundhedspersonalers faglighed og han stoler meget på deres kompetencer i kraft af deres lange uddannelse og erfaring.

“Ole: [...] jeg anser dem jo for at være autoritet, altså en, læger for at være autoritet i kraft af, at han har en anden uddannelse end jeg selv har, ikke også. Og at han skulle vide hvad han taler om. Jeg har ikke den samme uddannelse, så jeg ved ikke det samme om sundhed, som en læge gør.” (se bilag 5, s. 156).

Ud fra ovenstående eksempler vurderes det, at personalets faglighed og uddannelsesbaggrund ses som værende et kvalitetsstempel, men bliver man misinformeret eller bliver der på anden måde sat spørgsmålstegn ved personalets autoritet, kan dette påvirke tiltroen til fremadrettet at få den rette hjælp.

Andet hovedtema: Behandling

Det andet hovedtema handlede om den sundhedsbehandling og støtte, som opleves modtaget. Herunder blev der konstrueret fire underliggende temaer; 1) *Behandlingsrettet støtte*, 2) *Behandlingsinddragelse & (modstridende) mål*, 3) *Hjælp fra andet end sundhedsvæsenet*, og 4) *Ikke behandlingsrettet støtte*.

Behandlingsrettet støtte

Behandlingsrettet støtte handler om oplevelsen af selve den sundhedsbehandling deltagerne modtager. Alle deltagerne oplever generelt at være godt tilfreds med den støtte de modtager.

“Uffe: [...] jeg bliver da altid godt behandlet, altså.

I: Ja.

Uffe: Meget godt behandlet, der er ikke nogen der siger, sådan som folk de siger, fordi, du ved, du er tidligere narkoman, så får du en dårlig behandling ude på sygehuset, nej tværtimod, ik’.

I: Ja.

Uffe: Tværtimod. Det har jeg sgu aldrig rigtig...

I: Hvad tænker du så er god behandling?

Uffe: God behandling? Det er den samme behandling, som alle andre mennesker får.” (se bilag 6, s. 169)

Her fortæller Uffe at selve behandlingen ikke fejler noget og at han oplever at blive behandlet, som alle andre i sit møde med sundhedsvæsenet. Det virker altså ikke til at være den

egentlige pleje eller behandling de modtager, der opleves som problematisk, men i højere grad omkringliggende elementer i behandlingen, som det fremgår af de andre temaer og underliggende temaer.

Behandlingsinddragelse & (modstridende) mål

Dette underliggende tema indbefatter deltagernes oplevelser af at blive inddraget i behandlingsbeslutninger og af at have en anden målsætning med behandlingen end behandlerne.

Ole mente, at han ved uenigheder om behandling, blot måtte komme til forståelse med behandleren og at han generelt gør som lægen beder om. Han føler sig inddraget i behandling, når han bliver lyttet til, hvilket er meget lig Martins opfattelse af at føle sig inddraget i behandling. Han fortæller, at han oplever sig inddraget, når han bliver opsøgt af sundhedspersonale og spurgt ind til sin situation.

Både Camilla og Uffe har oplevet at være uenige med behandlere om målet med behandlingen, men hvor Uffe beskriver en overinvolvering fra behandlere, som fører til uenighed, beskriver Camilla, at personalets underinvolvering fører til uenighed. Uffe oplever at nye behandlere gerne vil en masse nyt, hvor han helst bare gerne vil, at behandlingen fortsætter som den er.

“Uffe: Ja, der har altid været nogen, du ved, som har en eller anden indstilling, når de lige er startet, du ved, så tror de, at de skal redde hele verden. Ik’. Og så finder de jo så hurtigt ud af, at det kan de ikke...” (se bilag 6, s. 169).

Her slår Uffe det bare hen og ignorerer forsøgene på nye tiltag i hans misbrugsbehandling. Han vil helst nøjes med at blive inddraget i behandlingen, så vidt at han kan fortsætte som han plejer og ikke mere end det.

Camilla oplever omvendt, at der er for lidt tiltag til at ændre i behandlingen. Hun føler at behandlerne i misbrugsbehandling i højere grad vedligeholder et misbrugsniveau end, at de behandler hendes misbrug ved at lave planer for udtrapning.

“Camilla: Det synes jeg, der er, for en behandler burde jo være én, der så har det mål at ”min klient skal ud af det” og når min klient så er ude af det og har det godt, så får man nye klienter, og så skal man så sætte sig ind i den klient, og så finde ud af at få dem ud af det. Men det er lige som om dernede ((behandlingscenteret)), at de bare håber-, ej, det er grimt at sige, men at de bare håber på at holde på arbejdspladserne, ikke... Hvis der ikke er nogen klienter, så er der heller

ikke nogen arbejdsplads. [...] Men der er bare nogle ting-, der er jo en grund til, at man går i behandling. Det er fordi, at man ikke er stærk nok til at sige ”nu går jeg i nedtrapning, nu går jeg bare”. Det går man jo i behandling for. Og det er der jeg tror, det tabes lidt for mig, fordi... Hvordan er man i behandling, hvis man bare går ned og får sin medicin?” (se bilag 3, s. 113).

Her fremgår det, at den manglende plan for udtrapning medfører, at Camilla får negative tanker om personalets intentioner med at have hende i behandling, og at det går mere op i kroner og ører for behandlerne, end reelt at hjælpe Camilla ud af og videre fra sit misbrug.

Hjælp fra andet end sundhedsvæsenet

Det viste sig, at dette underliggende tema var en del af temaet *Behandling* da deltagere oplevede at få behandlingsstøtte andre steder end i sundhedsvæsenet.

Camilla ville i højere grad søge hjælp i varmetuen end i sundhedsvæsenet. Dette skyldes, at hun oplever at have en bedre relation med de sundhedsfaglige i varmetuen samt at hun kommer der alligevel og nemt og hurtigt kan få hjælp og støtte.

“Camilla: [...] Og, det første jeg tænker, det er jo ikke ”Ej, jeg skal have fat i min læge” eller ”Jeg skal ringe-”. Det første jeg tænker, det er ”Jeg skal herved ((varmetuen))”.” (se bilag 3, s. 106-107).

Camilla fortæller desuden at hun stoler meget på de sundhedsfaglige i varmetuen, så hvis de siger, at hun skal søge læge eller skadestue med sundhedsproblemer, så følger hun dette råd.

Også Martin og Ole oplever at de kan få hjælp i varmetuen, som er mere tilgængelig for dem end sundhedsvæsenet. De oplever begge, at varmetuen kan hjælpe med mange forskellige ting, både i forhold til kontakt til og at navigere rundt i sundhedsvæsenet, men også i forhold til at få sundhedsbehandling.

Det er interessant at tre ud af fire deltagere i interviewene beskriver, at de ikke har brug for *mere* hjælp fra sundhedsvæsenet, fordi de benytter sig af varmetuens tilbud. Det virker altså til, at deltagerne gerne benytter sig af sundhedshjælp, der er tilgængeligt der, hvor de selv befinder sig, og som tilbydes af personale, som de kender og ser til dagligt.

Ikke behandlingsrettet støtte

Ole savnede, at hjemmeplejepersonalet havde bedre tid til at hjælpe med andre ting end det strengt nødvendige, men oplevede også at han kunne få hjælp andetsteds til ikke sundhedsrelateret støtte. Det samme gjorde sig gældende for Martin, som også oplevede, at han kunne få den hjælp han havde brug for, til andet end sundhedsbehandling fra andre steder.

Ole kom med den betragtning at støtte til andet end sundhedsbehandling var en helhedsorienteret tilgang til sundhed. "Ole: Ja, men så er det jo sundhed, bredt anskuet." (se bilag 5, s. 154). Han så derfor støtte til andet end den direkte sundhedsbehandling, som værende en del af støtten til bedre sundhed generelt. Denne betragtning synes at afspejle Oles generelt reflek-sive tilgang til egen sundhedsadfærd.

Uffe gav udtryk for, at han ikke har brug for støtte til noget som helst, der ikke er behandlingsrettet, og at han derfor ikke gør brug af eksempelvis sociale tilbud i misbrugsbehandlingscenteret.

Det virkede generelt til, at deltagerne ikke følte at der var et stort behov for støtte til ting, som ikke var sundhedsrelateret i sundhedsvæsenet, da de kunne få hjælp til ting som bolig og kommunal kontakt andre steder. Dette er meget svarende til ovenstående afsnit, hvorfor det må vurderes, at informanterne i nærværende interviews har adgang til andre fagpersoner, der enten kan sættes i stedet for sundhedsvæsenet eller complimentere dette.

Tredje hovedtema: Rammer

Dette hovedtema beskæftiger sig med oplevede rammer, som begrænsninger i ressourcer og betingelser for at indgå i behandling i sundhedsvæsenet. Under dette hovedtema blev tre underliggende temaer konstrueret; 1) *Regler & retningslinjer*, 2) *Tid & ressourcer*, og 3) *Miljøpåvirkning fra andre brugere*.

Regler & retningslinjer

Generelt er der enighed om, at der er mange regler og retningslinjer i sundhedsvæsenet, men hvorpå disse anskues er forskellige.

Martin oplever, at der i højere grad bliver taget hensyn til hans ønsker og behov i forhold til de retningslinjer, der er i behandling, end der tidligere er blevet gjort. Hans store nåleskræk har før gjort det svært for ham at få behandling, men dette har ændret sig.

“Martin: [...] jeg fejler ikke noget hvor man skal have taget blodprøver og alle steder hvor jeg, ja hvor de nu gerne ville have haft det, jamen der har de jo så valgt at gå på kompromis og gå uden om fordi, at de har godt kunne se at det var værre, at jeg gik uden at få medicin, du ved, det ville være meget mere usundt for min krop og for mit helbred, end at komme i behandling og så...” (se bilag 4, s. 136).

Dette har fuldstændig genskabt tilliden for ham til at bruge sundhedsvæsenet. Han er derfor kommet i misbrugsbehandling for første gang i fem år. Han oplever også, at dette gør sig gældende for andre i misbrugsbehandling og han ser en stigende tendens til, at det bliver muligt at få medicin med hjem til en uge ad gangen i stedet for at skulle møde op på behandlingscenteret på daglig basis. Han oplever en større fleksibilitet, som gør, at han kan indgå i behandlingen. Han mener stadig, at der er plads til forbedring. Særligt i misbrugsbehandlingen kunne han tænke sig, at det blev muligt at indtage medicinen på flere måder, sådan at den ikke blot opfylder behovet for ikke at blive abstinent, men også giver følelsen af at blive påvirket. Behandlingscenteret tilbyder, at brugerne deraf kan indtage deres medicin intravenøst, men grundet hans nåleskræk er dette ikke relevant for ham. Han oplever at reglerne i misbrugsbehandling medfører at flere mennesker, som aldrig før har taget stoffer intravenøst, vælger at lære dette for at opnå følelsen af at være påvirket af den medicin de får i behandlingen. Dette anser han som værende problematisk.

“Martin: Ja, det er personalet, der har været nødt til at lære dem det. Fordi de gerne har villet lære det, i stedet for at der var en regel om at man måske skulle have været på nålen i et år først, før man kunne komme ind og få fri heroin dernede. Jeg hørte at der var en der hed, ja hvis jeg må sige hans navn, en der hed ((mand)), som der var 22 år, der kom dernede, som der havde et ønske om at få heroin og da han så prøvede pillerne og de ikke virkede, jamen så ville han gerne, altså have det i sprøjte, ikke også. Og han har aldrig nogensinde prøvet at tage et fix før, hvor de så lærer ham at fixe.

I: Okay.

Martin: Og der synes jeg jo at det er lidt latterligt at de ikke kan lave en rygekabine, hvor han så kunne have sat sig ind og røget det. Eller de piller som han nu fik, at de kunne have knust dem og man kunne have sniffet dem og så man blev påvirket af det.” (se bilag 4, s. 143).

Martin oplever det som et pålagt pres til at indtage sin medicin intravenøst. Alternativet er nemlig at have et sidemisbrug for at opnå rusen, de søger.

Camilla oplever det som problematisk at misbrugsbehandling kan bruges til at få ekstra stoffer, og hun beskriver hvordan nogle brugere af misbrugsbehandling ser deres medicin som ”sparrede penge” i deres samlede misbrug, da dette fortsætter ved siden af misbrugsbehandlingen.

Camilla oplever desuden at det er svært at finde rundt i sundhedsvæsenets regler om hvornår man kan få hjælp til hvad i de forskellige regi. Hun synes, at det er besværligt at finde ud af hvornår hun skal gå til egen læge og hvornår hun kan ordne det hos lægen i misbrugsbehandling.

Uffe synes at det irriterende at han ikke kan få medicin med hjem til længere perioder i sin behandling på behandlingscenteret. Ud over dette gider han ikke involvere sig i de regler der er i misbrugsbehandling, selvom han synes, at der kan være lige rigeligt mange regler. Det virker til at han kun interesserer sig for regler, som kan gøre at han skal have mindst muligt med behandlingscenteret at gøre.

Ole følger retningslinjerne og finder dem ikke problematiske, da han mener at disse ikke er til diskussion og det derfor bare er sådan det må være, når man modtager behandling.

Tid & ressourcer

Dette underliggende tema drejer sig om oplevelser af de ressourcer og tid, som er tilgængelig i sundhedsvæsenet.

Ole mener at manglen på ressourcer er det eneste der er problematisk i hans møde med sundhedsvæsenet.

“Ole: Så, det er faktisk det, det er faktisk det eneste problem jeg synes der er med det offentlige sundhedsvæsen. Det er jo, at de kunne godt bruge nogle flere ressourcer, altså i hvert fald af de folk på- de varme hænder, som man siger. [...]“
(se bilag 5, s. 157).

Han ville ønske, at der var flere ressourcer i form af flere varme hænder i fx hjemmeplejen. Han oplever også at det ikke er til at komme i kontakt med hjemmeplejen til fx at melde afbud. Derudover har han også oplevet at hans læge havde så travlt at han havde mistet overblikket over Oles diabetes-forløb.

Camilla oplever, at der er forskel på tilgængelige ressourcer forskellige steder i sundhedsvæsenet. Hun oplever også, at det er svært med ventetid til egen læge og at dette er en af grundene til, at det er nemmere for hende at få hjælp andre steder, hvor hun ikke skal have en bestemt tid eller skal vente i flere dage på at modtage hjælp, efter hun har søgt den.

“I: Og hvad tænker du, der er med til at gøre, at du vil foretrække at tage herved ((varmestuen))?”

Camilla: Men det er jo for det første nok, altså noget af det der med, at man skal til at ringe og lave tid” (se bilag 3, s. 107).

Både Martin og Uffe synes at ventetiden i sundhedsvæsenet er okay. Martin synes sundhedsvæsenets hjælp er okay, men kunne godt ønske, at der i misbrugsbehandling var ressourcer eller incitament til at få rygekabiner, så der var mulighed for at indtage sin medicin ved at ryge det.

Miljøpåvirkning fra andre brugere

Dette underliggende tema fremstiller den påvirkning, som opleves fra andre i behandlingen. Uffe oplever at det har en negativ indvirkning på ham at skulle modtage behandling samme sted som misbrugere. Han opfatter ikke sig selv som misbruger længere og vil bare gerne kunne modtage sin metadon uden at blive mindet om, at han har været misbruger, hvilket sker ved synet at de andre, som modtager behandling samme sted. Camilla oplevede at andre i misbrugsbehandlingen godt kunne brokke sig lige rigeligt meget over behandlingen, men at det ellers ikke gjorde den store forskel hvem hun var i behandling med. De andre deltagere oplever ikke at der er den store indvirkning fra andre, som modtager behandling samme sted.

Fjerde hovedtema: Egne ressourcer & compliance

Dette hovedtema havde ingen underliggende temaer. Temaet dukkede op på trods af, at det ikke var noget der blev spurgt ind til fra interviewernes side. Det omhandler deltagernes oplevelse af facilitatorer og barrierer for behandling, som ikke ligger hos sundhedsvæsenet, men i stedet hos dem selv. Her er der tale om blandt andet at have en høj grad af compliance eller et godt sprogbrug, som værende en facilitator for behandling, som det fremgår af interviewet med Ole.

“Ole: Jo. Jeg gør altså altid hvad de siger, de der. Jeg gør lige nøjagtig hvad de siger, fordi det mener jeg, at jeg bliver nødt til, ikke også. Fordi hvis jeg vil have

hjælp af dem, så er jeg også nødt til at gøre hvad de siger, ikke også. Så det gør jeg, og det...” (se bilag 5, s. 156).

Ole viser gentagne gange at han har en høj grad af compliance i forhold til den behandling han modtager og dette har en stor indvirkning på hans møde med sundhedsvæsenet.

Andre beskriver manglende ressourcer hos dem selv, som værende en barriere for behandling, fx giver Martin udtryk for at han ikke havde overskud til at gå til genoptræning mens han var hjemløs og at en mangel på et socialt netværk gjorde det sværere at tage kontakt til sundhedsvæsenet.

“Martin: [...] når det er at man ikke har kontakt til den smule familie, man har, ikke også. Nu, altså jeg har mistet begge mine forældre til kræft og har ikke haft kontakt til min storesøster i 10 år. Så førhen når jeg så mødte sundhedsvæsenet med alt det skepsis og alle de problemer der kom ud af det og sådan noget, så undlod man jo nok at kontakte sundhedsvæsenet, men det vil jeg overhovedet ikke gøre den dag i dag, fordi jeg har haft så mange positive oplevelser med dem her på det sidste.” (se bilag 4, s. 137).

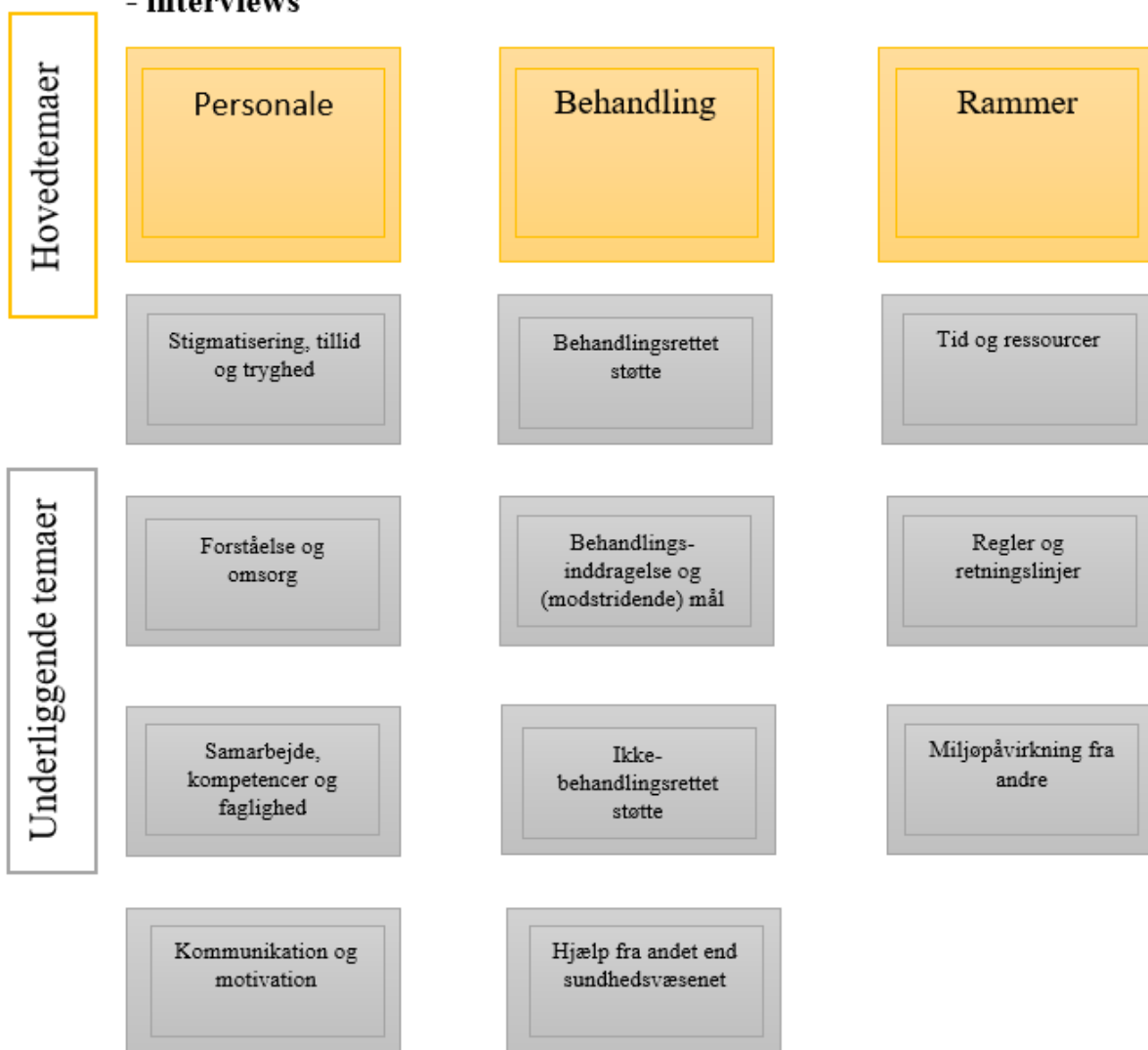
Disse oplevelser er relevante for at forstå nogle af de barrierer og facilitatorer, der kan være i mødet med sundhedsvæsenet, men de er samtidig ikke en del af den variabel, som er mødet med sundhedsvæsenet, idet at dette foregår hos personen selv og ikke i samspil med sundhedsvæsenet.

Opsummering

I alt blev fire hovedtemaer konstrueret i den tematiske analyse, med i alt 11 underliggende temaer. Tre af disse hovedtemaer inddrages i skalaudviklingsprocessen, og nedenfor ses en illustration over fordelingen af disse tre hovedtemaer og deres underliggende temaer.

Faktorer i socialt udsatte borgeres møde med sundhedsvæsenet

- interviews



Billede 2: grafisk illustration over fordelingen af de konstruerede hovedtemaer samt underliggende temaer.

Sammenslutning af temaer fra review og interviews

Temaerne konstrueret i reviewet og i interviewene ligger meget tæt op ad hinanden.⁷ Dette er forventeligt og skyldes, at vi har brugt scoping reviewet til at udforme vores interviewguide. Fordelen er, at vi i interviewene har kunnet have fokus på de mest relevante emner baseret på international data, hvilket medfører, at vi i en begrænset tidsramme med informanterne kommer direkte til sagens kerne. Ulempen er, at vi risikerer at misse information fra informanterne. Afvejningen mellem fordele og ulemper er en pragmatisk beslutning om ønsket om at indhente mest muligt relevant information. For at kunne bruge begge tematiske analyser til udviklingen af en ny skala, bliver de her sammenlignet og sammensat.

Hovedtemaerne

Tre af hovedtemaerne, hedder det samme i både interviewanalysen og reviewanalysen; *Personale*, *Behandling* og *Rammer*. Det fjerde tema i hver analyse mindede lidt om hinanden, men med væsentlige forskelle. I reviewet var det fjerde tema *Borgerens indre*, hvilket dækkede over de faktorer hos borgeren, der forhindrede dem i at søge behandling og de indre faktorer, som havde en indvirkning på behandlingen. Det sidstnævnte var også en del af temaet; *Egne ressourcer og compliance*, i interviewanalysen, men resten differentierede. Dette tema omhandlede i højere grad de ressourcer eller mangel på samme, som borgeren selv besad, og som havde en indvirkning i behandlingen. Herunder graden af compliance, hvilket slet ikke var et tema i reviewanalysen. Begge temaer grænsede i den grad op til målgruppens oplevelse af sundhedsvæsenet, men vurderedes alligevel til at ligge uden for det, der ønskes undersøgt.

Forskellene i de andre tre hovedtemaer, ses bedst ved at dykke ned i de underliggende temaer, som hvert tema havde under sig.

Underliggende temaer

Mange af de underliggende temaer var ens eller meget tæt på at være det. Enkelte forskelle var dog bemærkelsesværdige. Under temaet *Behandling* blev der i interviewanalysen konstrueret et underliggende tema, der ikke var at finde i reviewanalysen. Dette var *Hjælp fra andet end sundhedsvæsenet*, hvor det viste sig relevant at have med, at nogle informanter modtog behandlingsstøtte fra andet end sundhedsvæsenet og også ønskede behandling derfra frem for i det almene sundhedsvæsen.

Kommunikation var en del af *Personale*-temaet i interviewanalysen, men ikke i reviewanalysen. Det kom til udtryk i interviewene, at kommunikation var vigtig i forhold til at finde rundt i sundhedssystemet og modtage den information, der var behov for i behandlingen. At blive ordentligt informeret var i reviewanalysen en del af det underliggende tema *Behandlingsinddragelse*, men det blev i interviewanalysen vurderet til, sammen med personalets motivation, at være et underliggende tema; *Personalets motivation og kommunikation*.

Det underliggende tema *Motiverende personale* indeholder i reviewanalysen også brug af rollemodeller i behandling. Dette blev ikke fundet i interviewene, hvorfor indholdet af det underliggende tema i de to forskellige analyser differentierer fra hinanden.

Under temaet *Rammer* blev *Fysisk miljø* konstrueret som et underliggende tema i reviewanalysen, hvor *Miljøpåvirkning fra andre brugere* blev konstrueret som et underliggende tema i interviewanalysen. Begge temaer relaterer sig til rammerne i de regi i sundhedsvæsenet, hvor borgerne modtager behandling, men temaerne adskiller sig væsentligt fra hinanden. Det

fysiske miljø omhandler helt basale ting, så som hvorvidt omgivelserne er rene eller behandlingsstedet er småt. Hvor *Miljøpåvirkning fra andre brugere*, omhandler hvordan tilstedeværelsen af andre behandlingssøgende påvirker informanterne i interviewene.

Fra analyser til skala

I den samlede brug af analyserne blev der valgt at inddrage alle elementer i temaerne *Personale*, *Behandling* og *Rammer* fra begge analyser. Herved er de små forskelle i de underliggende temaer blevet samlet ved at inkludere det hele til udviklingen af items i skalaudviklingen, på nær undertemaet *Fysisk miljø*. Dette skyldes kombinationen af, at relevansen af det fysiske miljø ikke blev genfundet i de fire udførte interviews, og ved scoping reviewet var det kun fire studier, som havde referencer til undertemaet. Ingen af de fire studier var danske. Det blev derfor vurderet, at det fysiske miljø ikke fremstod som en væsentlig faktor for den danske målgruppe, og da skalaen ønskes udviklet til den danske målgruppe, blev dette vægtet højt. Da temaerne er blevet kombineret, er dataen fra interviewene og fra reviewet forsøgt at blive vægtet ligeligt i den videre brug i skalaudviklingen. Udviklingen af skalaen bliver i det følgende afsnit uddybet.

Skalaudviklingsmetode

Specialets tredje og sidste del er udviklingen af en skala, udført på baggrund af DeVellis' skalaudviklingsproces (DeVellis, 2017, s. 105-151). Formålet med skalaen er, at den fremadrettet kan bruges i indsatsen mod ulighed i sundhed for målgruppen. Der findes endnu ikke en valideret skala, der undersøger socialt udsatte borgeres oplevelse med sundhedsvæsenet, og dette aspekt er afgørende at inddrage, såfremt man ønsker at bedre deres sundhed.

Udviklingsprocessen består af 8 trin, som er: 1) identificere et begreb/en latent variabel samt undersøge relevant evidens og litteratur på området, 2) udarbejde en item-pool, 3) fastlægge skala-format, 4) validere og evaluere items med hjælp fra *subject matter experts* (SME-panel), 5) overveje om validerende items skal inddrages for at undgå respons-bias fra respondenter, 6) pilotundersøgelse, 7) evaluere items med statistiske analyser og 8) optimere skala-længden.

Processens step 1-5 vil blive beskrevet i nedenstående metodeafsnit, hvorefter step 6-8 vil præsenteres i et afsnit med anbefalet videreudvikling af skalaen, da det grundet specialets omfang ikke er muligt at færdiggøre processen.

Ordene "item" og "spørgsmål" bruges synonymt, ligesom "skala" og "spørgeskema" bruges synonymt.

Overvejelser om metodevalg

Socialt udsatte borgere, som skalaen ønsker at henvende sig mod, oplever ofte at være udfordret af en nedsat sundhedskompetence (Pedersen, 2018, s. 93-107).

Sundhedskompetencer dækker over evnen til at tilegne sig og forstå information og viden, for dernæst at kunne benytte sig af denne viden på en måde, som hjælper borgeren til at kunne opretholde eller forbedre eget helbred. Sundhedskompetencen kan være udfordret blandt andet grundet dårlige læsekundskaber eller nedsat koncentrationsevne. Det er vigtigt at have denne viden for øje ved ønsket om at udarbejde en kvantitativ skala til målgruppen, idet udfyldelse af en skala sætter krav til netop borgerens sundhedskompetence og generelle forståelses- og koncentrationsevne mv.

Indsamling af empiri på området

Forud for påbegyndelsen af skalaudviklingsprocessen, har vi udført både et scoping review samt fire interviews med borgere i målgruppen. De udførte tematiske analyser af undersøgelserne har været udgangspunkt for udarbejdelsen af skalaens item pool inddelt i subdomæner samt valg af responsformat. Da både scoping reviewet og de fire udførte interviews er blevet gennemgået i forrige afsnit, vil udførelsen af indsamlingen af empiri på området ikke blive uddybet i nærværende afsnit.

Item-pool og underkategorier

På baggrund af scoping reviewet og vores egne tidligere, metodiske erfaringer med udvikling af en skala til målgruppen, blev den ønskede skalalængde vurderet til at bestå af mellem 14-20 items. Et sådant antal af items vurderes at være overkommeligt for de fleste i målgruppen af besvare, taget deres mentale og fysiske tilstand i betragtning på besvarelestidspunktet. Antallet bør være nok til at dække de tre kategorier, vi ønsker at undersøge, vurderet på baggrund af tilsvarende eller lidt flere end tidligere benyttede skalaer til målgruppen (Callaghan, et al., 2012; Andersson, et al., 2017). I alt blev 33 items formuleret i skalaens item-pool på baggrund af de tematiske analyser fra det forudgående scoping review samt de fire udførte interviews. Ifølge DeVellis (2017) bør en indledende itempool bestræbe sig efter at indeholde ca. halvdelen til fire gange flere items, end hvad den tiltænkte skala skal indeholde. Denne overrepræsentation af items skyldes, at en del vil blive kasseret undervejs i processen. De 33 items fordeles sig under tre kategorier svarende til de tre hovedtemaer, som blev inkluderet i skalaudviklingen, identificeret ved sammenslutningen af scoping reviewet og interviewene. De tre kategorier er således 1) *Personale*, 2) *Behandling* og 3) *Rammer*. 14 items placerer sig under personale, 11 items placerer sig under behandling og de resterende 8 items placerer sig under rammer. Forskellen mellem antal items under hver kategori er repræsentativt for temaernes omfang i scoping reviewet og de fire udførte interviews. Fordelingen af items afspejler altså daten fra de to forudgående, kvalitative undersøgelser, der er blevet udført. Det vil sige at *Personale* har flere items under sig end både *Behandling* og *Rammer*, fordi der blev fundet flest referencer til dette hovedtema end til de øvrige to. De 33 items er blevet formuleret på baggrund af dataen, der udgør de tre konstruerede hovedtemaer ved sammenslutningen af de tematiske analyser, hvor deltagerens udtalelser og besvarelser i både scoping reviewet og interviewene er forsøgt omformuleret til spørgsmål.

Responsformat og læsbarhedsindeks (lixtal)

Skalaen er udarbejdet som en syv-punkts likert-skala med følgende svarmuligheder: meget uenig, uenig, lidt uenig, hverken enig eller uenig, lidt enig, enig og meget enig. I skalaen indgår der både positivt og negativt formuleret items (DeVellis, 2017, s. 118-143). Valget af format beror på, at ønsket med skalaen er at undersøge socialt udsatte borgeres oplevelse af barrierer og fremmede faktorer i mødet med sundhedsvæsenet, men med øje for deres fysiske og mentale tilstand og evner på besvarestidspunktet. For at imødekomme dette vurderes det, at formatet bør muliggøre en så præcis og nuanceret besvarelse som muligt, men samtidig ikke være for komplekst. En fem-punkt likert-skala blev desuden drøftet, da syv svarmuligheder vurderes at medføre en risiko for, at målgruppen kan have svært ved at differentiere og placere egne oplevelser og tanker mellem svarmuligheder som ”lidt enig” og ”enig” eller tilsvarende formuleringer. Denne udfordring er der altså opmærksomhed på, men ønsket om at kunne nuancere målgruppens oplevelser bedst muligt blev vægtet højere. Et binært respons-format blev afvist med begrundelse i, at et sådant format ikke understøtter skalaens formål om at undersøge målgruppens oplevelse på en tilstrækkelig nuanceret måde.

Vi har haft stor fokus på lixtal grundet skalaens målgruppe. Lixtal dækker over hvor nemt nedskrevet tekstmateriale er at læse og forstå. Grænsen for lixtal i skalaens items var 35, svarende til 6. klasses niveau, men samtlige item på nær ét har et lixtal på maksimalt 30, svarende til 5. klasses niveau. Til sammenligning har de fleste aviser iflg. DeVellis (2017) et lixtal svarende til 6. klasses niveau.

SME-panel og item-pool revidering

Som et led i skalaprocessen, blev de 33 items i item-poolen sendt ud til evaluering af udvalgte *subject matter experts* (SME) med arbejdsrelateret kontakt med målgruppen. Formålet hermed var at begrebsvalidere items og revidere i antallet af items, på baggrund af eksperternes evalueringer (DeVellis, 2017). Ekspertpanelet bestod af 10 personer, fordelt mellem forskellige faggrupper: tre ledere i to forskellige varmetuer, en socialrådgiver i en varmetue, en sygeplejerske i en varmetue, en social- og sundhedsassistent i en varmetue, en sygeplejerske i psykiatri, en sygeplejerske i retspsykiatri, en læge på to somatiske sygehusafdelinger og en sygeplejerske på et misbrugsbehandlingscenter. Ekspertene er udvalgt fra et bejleglighedsprincip baseret på hvem vi forventede, der kunne bidrage med information til skalaudviklingsprocessen og samtidig var let tilgængelige.

Yderligere en ansat på et misbrugsbehandlingscenter havde vurderet skalaens item-pool, men besvarelsen var mangelfuld, og der var kommentarer, der tydede på, at vedkommende havde misforstået opgaven, hvorfor denne ekspertbesvarelse ikke blev medtaget.

Ekspertene skulle vurdere hvert item ud fra to parametre: hvor essentielt itemet er, ud fra et pointsystem, hvor 1 = essentielt, 2 = brugbart, men ikke essentielt og 3 = ikke nødvendigt. Ekspertene skulle desuden vurdere, hvorvidt itemet var entydigt eller ej.

SME-panelets evalueringer blev først vurderet på baggrund af den udregnede *content validity ratio* (CVR) værdi (Lawshe, 1975). CVR-værdien udregnes for hvert item ud fra eksperternes vurdering af, hvor essentielt itemet er.

Nedenfor listes de kriterier, som SME-panelets evalueringer blev vurderet ud fra

Eksklusionskriterier

- Hvis to eller flere eksperter vurderede det samme item til at være unødvendigt for skalaen.
- Hvis CVR-værdien for et item var under 0,4.

Inklusionskriterier

- En CVR-værdi for et item over 0,62 (Lawshe, 1975).

Hvis CVR-værdien for et item var mellem 0,4 og 0,62 blev itemet vurderet ud fra eventuelle kommentarer fra eksperterne til det pågældende item og deres vurdering af potentiel tvetydighed.

På baggrund heraf blev 10 items fjernet fra den oprindelige item-pool, således at skalaen efter SME-panelets evalueringer bestod af 23 items.

Vurdering fra udvalgte informanter

To af vores interviewinformanter, kaldt Martin og Ole, blev efter SME-panelets evalueringer spurgt, om de ville udfylde den reviderede skala og knytte nogle kommentarer til oplevelsen heraf. Dette blev gjort for at få et perspektiv på skalaen fra relevante borgere i målgruppen, og det forekom naturligt at adspørge vores tidligere interviewinformanter, idet de allerede havde gjort sig nogle tanker om specialets emneområde og deres egne oplevelser med sundhedsvæsenet. Martin og Ole er, som tidligere beskrevet, repræsentanter for to forskellige aldersgrupper, men derudover repræsenterer de også to forskellige grupper af uddannelsesniveau og egne kompetencer. Ole har med egne ord lidt uddannelse bag sig, og har tidligere haft fast arbejde i lang tid, hvilket har bidraget til, at hans læsekundskaber er gode. Martin har med

egne ord aldrig interesseret sig for det boglige og har ikke en længere ansættelse bag sig, og hans læsekundskaber er mindre gode, hvilket påvirker hans forståelsesevne af det skrevne ord.

På baggrund af Martin og Oles feedback blev formuleringen af et item ændret og et items blev helt fjernet fra skalaen. Desuden blev ”somatisk sygehus” i begrebsafklaringen ændret til ”sygehus”.

Validerende items

Vi har i skalaen fravalgt at inddrage validerende items af to årsager. Målgruppen er i forvejen ofte udfordret på både sprogforståelse og koncentrationsevne, så items med et udelukkende formål om at undgå responsbias synes at gøre mere skade end gavn. Desuden bruges validerende items ofte i spørgeskemaer, hvor emneområdet er forbundet med stigmatisering. Årsagen herfor er, at der på samfundsplan kan være ”en rigtig” og ”en forkert” holdning at have til de enkelte spørgsmål. Eksempelvis hvis man undersøger aggressivitet med et item som ”Jeg synes, at det er okay at slå en anden person, hvis vedkommende provokerer mig”. Dette vurderes ikke at gøre sig gældende for nærværende skala, trods det kan virke følsomt at skulle besvare spørgsmål omhandlende ens oplevelse af mødet med sundhedsvæsenet.

Skalaudviklingsresultater

Efter ovenstående metodiske processer, består skalaen nu af 21 items fordelt under de tre teamer 1) *Behandling*, 2) *Personale* og 3) *Rammer*. Skalaens format er en syv-punkt likertskala med svarmulighederne: meget uenig, uenig, lidt uenig, hverken enig eller uenig, lidt enig, enig og meget enig. Ved scoring af skalaen skal items opdeles ud fra de tre hovedtemaer, således det vil være muligt at se om en besvarelse eksempelvis bærer præg af problematikker i forhold til *Behandling* og ikke i forhold til *Personale* og *Rammer*. Skalaens titel er *Borgeres Oplevelse med Sundhedsvæsenet (BOS)*, målrettet borgere med kompleks social udsathed. På den kommende side findes et billede, der illustrerer fordelingen af de 21 items. Den endelige skala efter feedback fra Ole og Martin kan findes i bilag 7.

Behandling	Personale	Rammer
Jeg er enig med min behandler om formålet med den hjælp, jeg får	Jeg føler, at behandlere viser forståelse for mig	Det er vigtigt, at jeg har noget til fælles med de andre, som går i behandling samme sted som mig
Min behandler lytter ikke nok til mine behov	Jeg føler mig tryk ved at bruge sundhedsvæsenet	Det er nemt for mig at leve op til de krav, der sættes til mig i behandling
Jeg er med til at beslutte, hvad der skal ske i min behandling	Jeg føler, at behandlere har tillid til mig	Jeg oplever, at behandlere har nok tid til at hjælpe mig med mine behov
Jeg er tilfreds med den hjælp, jeg kan få i sundhedsvæsenet	Jeg føler, at jeg får en dårlig behandling på grund af behandleres syn på mig	Det er nemt at komme i kontakt med min behandler
Det er muligt for mig at få en behandling, som gør, at jeg får det bedre	Jeg føler, at behandlere ser skævt til mig	Jeg synes, at der er for lang ventetid, fra jeg søger hjælp til jeg får den
Jeg beder om hjælp andre steder, før jeg beder om hjælp ved sundhedsvæsenet	Behandlere er gode til at tale med mig om de ting, der er vigtige for mig	
	Min behandler er god til at hjælpe mig med at holde fast i min behandling	
	Jeg har svært ved at forstå, hvad behandlere mener med det, de siger til mig	
	Jeg synes, at mine behandlere er gode til deres arbejde	
	Jeg føler, at behandlere har svært ved at tale sammen på tværs af sundhedsvæsenet	

Billede 3: grafisk illustration over fordelingen de 21 items.

Anbefalet videreudvikling af skalaen

Grundet det tidsmæssige omfang har det ikke været muligt for os at nå de tre sidste steps i DeVellis' skalaudviklingsproces. Dette var vi indforstået med inden specialets påbegyndelse. Derfor indeholder dette afsnit anbefalinger i forhold til hvordan skalaen bør videreudvikles.

Pilotundersøgelse

Det næste step i udviklingsprocessen bør være en pilotundersøgelse, hvor tilstrækkeligt med borgere i målgruppen får udleveret spørgeskemaet med de 21 items, som findes i bilag 7. Der findes ikke et eksakt antal i forhold til, hvornår man har fået nok respondenter, men ifølge DeVellis (2017) kan lidt færre end 300 borgere i målgruppen ved en skala på ca. 20 items være tilstrækkeligt. Det problematiske ved at inddrage for få respondenter er blandt andet, at der er risiko for, at resultaterne af de statistiske analyser man udfører i næste step er tilfældige. Desuden risikerer man ved for få respondenter, at de af forskellige årsager ikke repræsenterer den ønskede målgruppe. I forhold til netop udviklingen af denne skala, er det dog relevant at have in mente, at målgruppen kan være vanskelig at tilgå til en sådan pilotundersøgelse, og at der desuden er relativt få mennesker i målgruppen i Danmark. Som nævnt i introduktionen vurderedes det, at der i 2018 var 52.030 personer i Danmark i målgruppen. For at sætte det i perspektiv kan det nævnes, at der ca. er 300.000 voksne borgere med depression (Sundhedsstyrelsen, 2007), så havde skalaen været målrettet dem, ville målgruppen være væsentlig større. Der kan altså argumenteres for, at pilotundersøgelsen muligvis kan være repræsentativ med færre respondenter end de knap 300, som DeVellis anbefaler.

Udføre statistiske analyser

På baggrund af den udførte pilotundersøgelse, bør der foretages en række statistiske analyser. Dette bør gøres for at evaluere de items, der indgik i pilotundersøgelsen, samt for at få reduceret skalaen yderligere ned til det ønskede antal items. Der findes forskellige statistiske analyser til formålet, man kan benytte sig af, men forud herfor skal items med omvendt scoring vendes om. Eksempelvis vil svarmuligheden ”meget uenig” i nærværende skala blive scoret som 1, og ”meget enig” vil blive scoret som 7. Det betyder, at en besvarelse med ”meget uenig” på et negativt formuleret item skal vendes, så den i den statistiske analyse vil blive scoret som 7, for at den er sammenlignelig med de positivt formulerede items.

Herefter kan man påbegynde de statistiske analyser. Da skalausviklingsprocessen er baseret på DeVellis’ (2017), er det også hans foreslåede analyser, som vi for nærværende skala anbefaler. Det vil sige, at man bør udføre inter-skala korrelationer, udregne intern reliabilitet og item-total korrelationer. Derudover kan man udføre forskellige former for faktor-analyser. De statistiske analyser bør laves af flere omgange, som der bliver lavet ændringer blandt items, eksempelvis når et item fjernes fra skalaen eller hvis items bliver omplaceret til andre underkategorier.

Som følge af de statistiske analyser er det muligt at udvælge skalaens endelige items.

Optimere skalalængden

Baseret på den indhentede viden i det udførte scoping review omkring andre brugte skalaer til målgruppen, samt egne tidligere erfaringer og feedback fra borgere i målgruppen, vurderes den optimale skalalængde for nærværende skala at være mellem 14-20 items. Ved det antal bør de fleste i målgruppen være i stand til at holde fokus.

Øvrige anbefalinger baseret på feedback fra målgruppen

Skala-formatet er som tidligere beskrevet valgt til en syv-punkts likert-skala. Adspurgte mente både Martin og Ole, at likert-formatet er den bedste tilgang for den mest nuancerede besvarelse, og at syv valgmuligheder synes at være rimeligt. Martin forklarede dog, at der ikke var stor forskel på hans forståelse for svarmulighederne ”meget (u)enig” og ”(u)enig”, og at det derfor var svært at differentiere sin besvarelse mellem de to. Skulle formatet på skalaen ændres til en fem-punkts likertskala er anbefalingen derfor, at man ved en sådan fremgangsmåde kasserede de to yderbesvarelser, altså ”meget (u)enig”. Hyppigst ville en fem-punkts likertskala ikke indeholde muligheden ”lidt (u)enig”, men både Martin og Ole fandt denne svarmulighed meningsfuld, og også mere meningsfuld end ”meget (u)enig”.

Skalaen er indtil videre opsat i et simpelt, tabel-layout, og vi har udleveret den i papirformat til Ole og Martin. Især Martin synes at have svært ved at holde styr på hvilken række i tabellen, der hørte til hvilket spørgsmål, samt hvilke kolonner, der hørte til hvilke svarmuligheder. Et forslag til at afhjælpe sådanne vanskeligheder er, at skalaens layout kan ændres til nedenstående eksempel eller tilsvarende.

Vi er opmærksomme på, at feedback fra to informanterne i målgruppen ikke er mange, hvorfor den videre skalaudviklingsproces med fordel kan inddrage feedback fra flere i målgruppen.

	Meget uenig	Uenig	Lidt uenig	Hverken enig eller uenig	Lidt enig	Enig	Meget enig
Spørgsmål							
Jeg er for det meste enig med min behandler om formålet med den hjælp, jeg får.							

Min behandler lytter ikke nok til mine behov							
--	--	--	--	--	--	--	--

Jeg er med til at beslutte, hvad der skal ske i min behandling.							
Spørgsmål	Meget uenig	Uenig	Lidt uenig	Hverken enig eller uenig	Lidt enig	Enig	Meget enig

Billede 4: forslag til layout for skalaen. Kolonne med svarmuligheder, tre items med mellemrum, kolonne med svarmuligheder og så fremdeles.

Layoutets forslag er selvfølgelig med forbehold for, at det er sandsynligt, at man i mange regi vil udlevere skalaen elektronisk, og at dette tænkes at medføre både muligheder og begrænsninger for opsætningen.

Skalavalidering

Efter ovenstående steps er gennemført, kan skalaen distribueres i større omfang til målgruppen med henhold på at validere den endelige version.

Udlevering og besvarelse af skalaen

Skalaen er udviklet med brede formuleringer om ”behandler” og ”behandling”, således at den kan bruges bredt i sundhedsvæsenet. Hensigten er dog, at borgeren kan få skalaen udleveret efter eksempelvis sygehusindlæggelse, relevante besøg eller forløb ved egen læge eller behandling ved misbrugsbehandlingscenter. Man kan derfor med fordel overveje, om de to ord kan udskiftes med mere præcise betegnelser, alt efter hvorhenne skalaen udleveres, således at ”behandler” udskiftes med ”egen læge” eksempelvis. Dette for at hjælpe borgeren til at holde fokus på, hvilken behandling eller hvilket behandlingsforløb besvarelsen er møntet på.

I forhold til udlevering af skalaen har vi med en målgruppe at gøre, som man ikke kan antage at have adgang til en personlig, elektronisk enhed, email, e-boks, nem-ID eller en fast

adresse. Det er altså vigtigt, at spørgeskemaet udfyldes på stedet, hvor behandlingen er, og ikke tilsendes til dem efterfølgende. Det er også vigtigt at have for øje, at målgruppens grad af selvstændighed og sprogforståelse er meget varierende. Martin fortalte, at det for ham var vigtigt at have nogen ved sin side, hvis han skulle udfylde spørgeskemaet, så han var sikker på, at han forstod spørgsmålene rigtigt og derfor gav en sandfærdig besvarelse. Ole oplevede ikke dette behov. Begge gav de udtryk for, at skalaen var relevant, og især hvis man kunne have en dialog om besvarelsen enten undervejs eller efterfølgende. Det vurderes, at hvis skalaen i praksis kan bruges som blandt andet et redskab til dialog om behandling, vil det medføre, at borgerne føler sig mere inddraget og lyttet til, end hvis det bare bruges til indsamling af kvantitativ data uden opfølgning.

Både Martin og Ole kunne se relevansen i at få udleveret spørgeskemaet undervejs eller efter specifikke møder med sundhedsvæsenet. Skala vurderes altså relevant af borgere i målgruppen, og den vil kunne bidrage både til effektiv indsamling af data på området, samt som et redskab til dialog med den enkelte borger, som forhåbentlig kan bidrage positivt til den enkeltes behandlingsforløb og oplevelsen heraf.

Diskussion

Diskussionen er bredt funderet i eksisterende forskning på området, specialets metodiske undersøgelser og analyser heraf samt vores eget kendskab til og erfaring med målgruppen fra længerevarende ansættelsesforhold på en varmestue. Slutteligt vil det diskuteres om en ringere adgang til sundhed blot er et vilkår ved at være socialt udsat.

Hvorfor findes der ikke en skala i forvejen?

Specialet startede først med en interesse for emnet og så med en undren: hvilke årsager kan der være til, at ingen har lavet en skala, som måler det samme før? Dette spørgsmål er svært at svare på, men vi vil forsøge at nærme os en besvarelse gennem en diskussion af de elementer, der kan spille en rolle herved.

Et element er, at målgruppen er vanskelig at komme i kontakt med og derfor også er svært at lave forskning med. Det kan være udfordrende at etablere kontakt med målgruppen, hvis man ikke allerede har en indgangsvinkel. Som nævnt tidligere er det kun omkring 50.000 borgere i Danmark, som tælles med i den målgruppe, der undersøges i specialet. Ikke nok med at målgruppen er lille, så lever næsten alle i målgruppen på kanten af samfundet. Det kræver godkendt adgang at tilgå dem på enten varmestuer eller herberger, da disse steder er kendetegnet ved at være et fristed for målgruppens borgere, og derfor ikke et sted, hvor alle har ret til at opholde sig. Får man adgang dertil, er det heller ikke givet, at borgerne er interesseret i at deltage i en skalaudviklingsproces. Dette gør, at det er svært at belyse målgruppens oplevelser og den generelle ulighed i sundhed, som flere kvantitative studier har fundet før os. Når det er svært at bedrive forskning på området, er det også svært for sundhedsvæsenet at tilrette og tilpasse sig efter målgruppen.

Et andet element af hvorfor der ikke findes en skala endnu, er potentielle problematikker ved reliabiliteten af en skala udviklet til målgruppen (Hansen, et al., 2004). Eksempelvis kan respondenter i målgruppen være påvirket af enten alkohol eller stoffer på deltagelsestidspunktet i en skalaudviklingsproces. Det kan sandsynligvis medføre, at det vil være vanskeligt at finde en høj retest-reliabilitet for skalaen. Det kan diskuteres om dette reelt er problematisk for nærværende skala. En høj retest-reliabilitet skal gerne kunne findes i skalaer, som eksempelvis måler stabile personlighedstræk, men nærværende skala ønsker ikke at måle en stabil oplevelse med sundhedsvæsenet. Dette ville ikke give mening i forhold til, hvad skalaen tiltænkes at kunne bruges til, snarere tværtimod. Det vil være ønskværdigt at se en positiv udvikling i besvarelsen fra en borger, da dette ville kunne siges at indikere en bedring i sundhedsvæsenets

tilgang til borgeren – om ikke andet en bedring i borgerens egen oplevelse heraf. En anden reel problematik i forhold til kvalitetssikring af skalaudviklingsprocessen kan tænkes at være inter-rater-reliabilitet. Vi har ved tidligere spørgeskemaudvikling til målgruppen erfaret, at denne sandsynligvis også kan være lav. Dette skyldes, at behovet for hjælp undervejs i pilotundersøgelsen er meget varierende fra borger til borger, og det kan være uetisk at holde sig til en stringent, metodisk tilgang, hvis det viser sig, at nogle har brug for mere hjælp end planlagt. Dette ville ses som en fejlkilde, idet besvarelsene i pilotundersøgelsen dermed kan påvirkes af vedkommende, der distribuerer skalaen til målgruppen.

Der er altså nogle helt åbenlyse vanskeligheder ved at bedrive forskning med netop specialets målgruppe, og måske derfor har man indtil nu blot benyttet sig af etablerede patienttilfredshedsundersøgelser.

Eksisterende patienttilfredshedsundersøgelser

Der findes i forvejen patienttilfredshedsundersøgelser, og eksempelvis benyttes et landsdækkende spørgeskema på landets hospitaler til formålet – Den Landsdækkende Undersøgelse af Patienttilfredshed (LUP). Hvorfor er et sådant spørgeskema ikke tilstrækkeligt så? For det første har vi ikke indsigt i, hvordan LUP er udviklet. Spørgeskemaet har eksisteret siden 2000 og er løbende blevet udvidet efter ønsker fra interessenter (Sevaldsen, u.d.) Hvis LUP er udviklet på baggrund af borgernes vurdering af, hvad der er vigtigt, så har disse vurderinger næppe været fra selvsamme målgruppe, som nærværende skala ønsker at henvende sig til. Det har betydning for både hvor relevante spørgsmålene er for målgruppen, samt for validiteten af, om skalaen reelt måler, hvad den påstår at måle. Derfor forelægger der en sandsynlighed for, at den ikke uden videre kan bruges til at belyse målgruppens oplevelser med sundhedsvæsenet. LUP indeholder desuden hele 47 items, hvilket er svarende til mere end det dobbelte af antallet af items, som nærværende skala ønsker at indeholde, netop grundet målgruppen den henvender sig til. Desuden er lixtallet for flere items meget højt og over 9. klasses niveau, hvilket for målgruppen ofte ikke er realistisk at forstå. LUP vurderes derfor ikke til at være valid i forhold til ønsket med nærværende speciale om at undersøge målgruppens oplevelser med sundhedsvæsenet og hvilke barrierer og fremmede faktorer, der har indflydelse herpå.

En helhedsforståelse af sundhed og sygdom

Den bio-psyko-sociale model, som kan siges at være en holistisk tilgang til menneskets sundhed, er særligt relevant for forståelsen af specialets målgruppe. Denne holistiske tilgang

til menneskets sundhed og sygdom italesættes i øvrigt af en af informanterne i de fire udførte interviews. Her kalder han hjælp fra sundhedspersonale, som går ud over sundhedsbehandlingen, for; "sundhed, bredt anskuet." (se bilag 7 s. 154). Dette underbygger, hvordan det komplekse samspil mellem biologi, psykologi og sociale forhold alt sammen er relevant i tilgangen til målgruppen, når man ønsker at undersøge deres oplevelser med sundhedsvæsenet. De har ofte komplekse problemer og en livssituation, der ligger langt fra den øvrige befolkning, hvilket kan være svært at rumme i det etablerede sundhedssystem.

Alt dette kommer til udtryk ved målgruppens generelle sundhedskompetencer, sundhedsadfærd og sundhedsvaner. Grundet digitaliseringen af alt fra patientinformation, indkaldelser til undersøgelser og svar på prøver, kommer målgruppen ofte i en vanskelig situation allerede her i deres kontakt med sundhedsvæsenet, da deres digitale muligheder og kompetencer ikke nødvendigvis er tilstrækkelige. Ud fra den bio-psyko-sociale model er vi nødt til at forstå, at målgruppens fysiske helbred påvirkes og spiller sammen med deres psykiske og sociale ressourcer. Derfor vurderes det som en selvfølgelighed, at hvis de er socialt og psykologisk presset forud for mødet med sundhedsvæsenet, og samtidig bliver mødt af en digital barriere, kan dette yderligere påvirke deres sundhedsadfærd negativt.

Som følge af specialets analyser af datamateriale er det klargjort, at målgruppen ikke nødvendigvis søger sundhedshjælp i situationer, som for andre kan virke intuitivt, men hvorfor det forholder sig sådan, kan være sværere at svare på. Dette kan for nogle skyldes, at et aktivt misbrug synes at veje tungere end muligheden for at modtage behandling for en given tilstand. Ud fra den analyserede data og egen forhåndsviden og forståelse af målgruppen, vurderes det, at der sandsynligvis kan være tale om et samspil mellem målgruppens generelle sundhedsadfærd og tidligere erfaringer fra situationer, hvor de har haft behov for hjælp. Kombinationen af eksempelvis at have et aktivt og dominerende misbrug sammen med tidligere oplevelser med stigmatiserende adfærd fra personale i sundhedsvæsenet udgør tilsammen en barriere for at søge behandling fremadrettet. Hvis dette er tilfældet, bør specialet så ikke inddrage dette aspekt af målgruppens egne ressourcer og tidligere erfaringer i skalaudviklingen? Det kunne måske tænkes at være ideelt at have så mange relevante vinkler med i en skala som muligt, men dette er et aktivt fravalg og illustrerer desuden en generel vanskelighed ved målgruppen. Trods et ønske om at kunne inddrive mest mulig information om målgruppens oplevelser med sundhedsvæsenet via spørgeskemaet, er vi nødt til at indsnævre mængden af spørgsmål. Dette skyldes, at deres sundhedskompetence kan være udfordret, samt at en forbedret sundhedsadfærd ikke nødvendigvis er højt på listen over målgruppens egne ønsker.

Vores egne tidligere erfaringer med at udvikle en skala til målgruppen viste desuden ved psykometriske tests, at spørgsmål målrettet borgerens egen generelle sundhedsadfærd, ikke korrelerede med spørgsmål målrettet nuværende møde med sundhedsvæsenet. Vi fik sågar ved daværende pilotundersøgelse feedback fra en borger i målgruppen, som påpegede, at spørgsmålene synes at være uden sammenhæng. Dette understreger, at selvom tidligere erfaringer med alt sandsynlighed spiller ind og påvirker fremtidig sundhedsadfærd ved målgruppen, så synes sammenhængen herimellem ikke nødvendigvis at være åbenlys og meningsfuld for målgruppen. Indeholder den ønskede skala spørgsmål, som synes at være meningsløse for målgruppen, vurderes det mindre sandsynligt, at spørgeskemaet og dets items kan medføre en ændring i deres sundhedsadfærd.

Metodisk diskussion

Det er iøjnefaldende, når man foretager en undersøgelse af forskningen og litteraturen om socialt udsattes sundhed, at langt det meste forskning er kvalitativt. Kun 7 af de 18 studier medtaget i dette speciales review benytter kvantitative metoder. Til sammenligning benytter 14 af de 18 studier kvalitative metoder. En af årsagerne til dette kan være, at det er svært at få nok deltagere fra målgruppen til at kvantificere sine fund. En anden årsag kan være at målgruppen kan have brug for megen støtte undervejs i en undersøgelse, og at det derfor er tidskrævende at foretage nok forskning til kvantitative metoder.

Forskningsmetoderne tidligere brugt på området er primært kvalitative metoder som interviews, deltagerobservation og fokusgrupper og kvantitative metoder til at opnå statistisk viden om helbredsoplysninger, sundhedsadfærd og sundhedsvaner. Statistisk viden om målgruppens sundhed er vigtig for at få information om målgruppens behov for, og adgang til, sundhedsbehandling. Men dette siger ikke meget om deres oplevelse med den behandling, de modtager. Her kommer kvalitative undersøgelser ind, som forsøger at dække dette område, primært gennem interviews. Dette har indtil nu været arbejdsfordelingen mellem kvantitativ forskning og kvalitativ forskning på området.

En skala tilpasset til målgruppen

I udviklingen af skalaen, er det nødvendigt at tilpasse skalaen til målgruppen i meget høj grad. Dette kan være udfordrende og det er vigtigt at være særlig opmærksom på de begrænsninger, der er i tilpasningsarbejdet. Vigtigheden af denne tilpasning gør også, at det ikke er

gennemførligt blot at adaptere en hvilken som helst tilfredshedsundersøgelse til målgruppen, men at en god og brugbar skala skal formes med målgruppen in mente fra start til slut.

Længden af skalaen er for eksempel et sted, hvor det er muligt at tilpasse skalaen til målgruppen. En for lang skala vil være for svær for mange socialt udsatte. Ud fra et sådant perspektiv vil det være bedst, at skalaen er så kort som mulig, for at nå den laveste fællesnævner i forhold til målgruppen. Omvendt er der også grænser for, hvor kort skalaen kan være. For at skalaen giver mening, skal den også være dækkende for det, som ønskes undersøgt. Der skal altså være en balance mellem ønsket om, at skalaen er brugbar og måler det, som skal måles tilstrækkeligt, og at skalaen kan bruges af målgruppen, også de i målgruppen, der har svært ved at koncentrere sig i længere tid ad gangen.

Ud over længden på skalaen, er det muligt at formulere selve spørgsmålene på en let forståelig måde. Skalaer burde som regel være letlæselige, men for denne skala er dette særligt gældende. Selv når der bliver taget mest muligt hensyn til læsevner, er der stadig en risiko for, at en del af målgruppen ikke ville være i stand til at svare grundet forståelsesvanskeligheder. Det er problematisk, at dem som har de største udfordringer med kommunikation, læsning og koncentration, er den sværest del af målgruppen at inddrage i udviklingen af skalaen, da disse personer formodes at være dem, der har de største udfordringer i sundhedsvæsenet.

På trods af hensyn i skalaudviklingen kan det derfor tyde på, at nogle i målgruppen kan have brug for støtte undervejs i besvarelsen og ikke blot ville kunne besvare selvstændigt. Hvis der er behov for at støtte deltagere i besvarelsen, hvorfor så overhovedet benytte en kvantitativ metode? Hvorfor ikke bare bruge en kvalitativ metode til at opnå det samme svar? For det første ville en skala i praksis give incitament til, at sundhedspersonale spørger ind til borgerens oplevelse, og dette ville sætte målgruppens oplevelse på dagsorden. Det kan være en nemmere måde for personalet at spørge ind til en socialt udsat borgers oplevelse, hvis man har en skala at støtte sig op ad. Derudover er det ikke sikkert, at borgeren overhovedet har behov for støtte til besvarelsen. At benytte en sådan skala i praksis ville selvfølgelig kræve, at der sættes tid af til ikke kun udfyldelsen af skalaen, men også en gennemgang af besvarelsen, gerne sammen med borgeren, således at det ikke blot er en besvarelse for besvarelsens skyld, men at den bruges til at forbedre behandlingen.

I forskningsøjemed tjener en skala det formål, at uanset om der er behov for lidt ekstra støtte til besvarelse af skalaen for målgruppen end ved andre målgrupper, så vil det unægtelig være hurtigere at få store mængder af svar gennem en skala, end ved fx tilsvarende mange

interviews. Man kan sige, at det i starten er et større arbejde at udvikle en skala end blot at gå ud og foretage interviews, men når man skal ud og have fat i fx 100 eller 1.000 besvarelser, så er det indledende arbejde tjent godt ind. En skala giver desuden mulighed for at undersøge, om der er tendenser i målgruppens oplevelser i sundhedsvæsenet. Således vil der forelægge dokumentation for eventuelle problematiske områder i sundhedsvæsenet set fra borgerens perspektiv, og forbedringer her vil forhåbentlig lede til en bedre oplevelse, som vil kunne påvirke borgerens sundhedsadfærd positivt.

Er skalaen brugbar for målgruppen?

En skala om socialt udsattes oplevelse af sundhedsvæsenet skal ikke blot være brugbar for forskere og behandlere, men også for målgruppen. Det er vigtigt, at de kan se en mening med at udfylde et spørgeskema og at dette kan have en god indvirkning på dem. Både fra artikler i scoping-reviewet, fra de udførte interviews og fra feedback fra Ole og Martin ses en tendens til, at det opfattes relevant og givende, når målgruppen oplever at blive spurgt ind til egne oplevelser og tilstand i behandlingen. Virker denne interesse fra personalet omvendt for kunstig eller overfladisk, kan det medvirke til, at de føler sig overset eller alene, og at de ikke bliver adspurgt for deres egen skyld. Ønsker man at forbedre målgruppens generelle sundhedsadfærd, bør skalaen altså tilstræbe sig på at kunne indhente tilstrækkeligt med relevant viden, med så få spørgsmål som muligt, og gerne med efterfølgende samtale med borgeren omkring svarene.

Hvordan skal skalaen bruges i praksis?

En skala som BOS kan bruges på tre forskellige måder. For det første kan skalaen bruges til at indhente store mængder af information fra en bred befolkning nemt og hurtigt. For det andet kan skalaen bruges før og efter en implementering af en intervention til at vurdere effekten af interventionen. Derudover kan skalaen bruges på et individuelt niveau til at starte en samtale med en borger fx i behandling om dennes oplevelser.

Hvor man ved andre målgrupper ville kunne sende et spørgeskema i e-boks eller få deltagerne til at svare online på anden vis, skal dette ikke ses som værende en mulighed ved denne målgruppe. Det kan derfor være nødvendigt at tænke kreativt, når skalaen ville skulle uddeles til besvarelse.

Her er det selvfølgelig en mulighed at uddele skalaen analogt, som papirark, men ved mange besvarelser kan dette ende med at være uoverskueligt at håndtere. Alternativt kunne

man bruge en elektronisk tablet, som kan uddeles til deltagere til besvarelsen, fx i forbindelse med behandling i sundhedsvæsenet. På den måde ville dataopbevaring og besvarelsesprocessen være mere overskuelig. I udformningen af skalaens udtryk på en sådan elektronisk platform, vil det dog være vigtigt at tilpasse det, så målgruppen ikke finder det tekniske uoverskueligt. Bliver skalaen distribueret på denne måde, vil det betyde, at besvarelsen skal ske på stedet, hvor behandlingen finder sted, og det vil således også være muligt for personale at være til stede undervejs, både som støtte til besvarelse til dem, der har behov for hjælp, samt til en efterfølgende drøftelse af besvarelsen. En ulempe ved denne form for distribuering af skalaen er, at det selvfølgelig vil kræve ressourcer i form af personaletimer til noget, der på nuværende tidspunkt ikke er en del af sundhedsvæsenets omkostninger. Det vil derfor være en afvejning, om målet helliger midlet, og om det i dette tilfælde vurderes mere gavnligt, at målgruppen støttes og høres, kontra ikke at bruge de nødvendige ressourcer til dette.

Når vi med skalaen ønsker, at den skal kunne bruges bredt i sundhedsvæsenet, kræver det også, at vi tager stilling til, hvordan sundhedspersonalet i så fald kan selektere og uddele skalaen til den rette målgruppe. Det er ofte simpelt, hvis skalaen uddeles i forbindelse med misbrugsbehandling, men det kan være sværere i almen sygehusregi og ved egen læge. Det vil dog ofte være muligt for sundhedspersonale at tilgå borgernes journaler forud for besøg, hvilket kan give en indikator for vedkommendes livssituation. Dette kan være nuværende eller tidligere tilknytning til misbrugsbehandling, manglende bopælsadresse eller journalnotater om lunge- eller leversygdom. Socialt udsatte borgere med høj kompleksitet, som skalaen er målrettet til, har desuden tendens til at være mere genkendelige end socialt udsatte borgere med lav kompleksitet, idet deres tilværelse blandt andet kan være præget af hjemløshed, fejlernæring og et aktivt misbrug, som sætter sine synlige spor. Vi forestiller os, at skalaen vil kunne benyttes særligt i sygehusregi, der har en relativ hyppig kontakt med målgruppen qua deres livsomstændigheder og generelle livsførelse. Dette er eksempelvis hjerte-lungemedicinsk afdeling som følge af rygning af både cigaretter, hash og/eller stærkere narkotika samt medicinsk klinik eller ambulatorium for mave-tarm sygdomme grundet stort indtag af alkohol. Det kan også være i psykiatrien. Vælger man kun at distribuere skalaen i eksempelvis disse afdelinger i sygehusregi samt i misbrugsbehandling, vil man med al sandsynlighed misse nogle af borgerne i målgruppen. Da det alligevel ikke vurderes at være realistisk at nå samtlige borgere i målgruppen, som benytter sig af sundhedsvæsenet, er det sandsynligvis nemmere for personalet og mindre ressourcekrævende at distribuere skalaen i de hyppigst brugte områder kontra samtlige områder i sundhedsvæsenet.

Metodekritik af egne undersøgelser

Er det problematisk, at skalaen ikke færdiggøres?

Forskningsspørgsmålet og den valgte metode til at besvare spørgsmålet er uden tvivl en omfattende vej at gå, set i relation til specialets omfang og tid til rådighed. I forhold til skalaudviklingsprocessen har det betydet, at den ikke har kunnet gennemføres i løbet af specialeprocessen. Dette har vi hele tiden været bevidste om undervejs, og denne bevidsthed vurderes at have været en styrke gennem hele processen. Det har medført, at vi har lagt en tidsplan og målrettet fulgt den, således at der har været afsat tid til alle specialets metodiske undersøgelser. Specialet har, ud over sin grundighed, efterstræbt at være gennemsigtig i samtlige metodiske processer og analyser. Håbet er derfor, at det grundige forarbejde og igangsættelsen af skalaudviklingen vil give andre relevante forskere mod på at fortsætte, hvor vi slipper, således at skalaen kan se dagens lys og afprøves i praksis. Det vurderes derfor ikke som problematisk, at skalaudviklingen ikke færdiggøres i nærværende speciale.

Vi kender vores informanter

Som tidligere nævnt, er dette en målgruppe, der kan være svær at komme i kontakt med og vores indgangsvinkel til målgruppen er, at vi arbejder i varmetuen, hvor interviewene blev foretaget og derfor i forvejen kender de borgere, som bruger varmetuens tilbud. Denne forbindelse kan både ses som en fordel og en ulempe i dette speciale. Det er en fordel, at vi relativt nemt har kunnet tilgå målgruppen og derved kunne foretage de undersøgelser, vi har ønsket inden for den tidsramme, vi har arbejdet inden for. Uden forbindelsen er det ikke sikkert, at dette speciale ville blive skrevet, især da vi i så fald nok ikke ville have fået øjnene op for området. Vi havde inden specialets start en del viden om området og målgruppen og dette har selvfølgelig været en hjælp i processen. Det kan dog også have været med til, at vores erfaringer har farvet den retning specialet har taget og påvirket vores filtrering af data til at passe ind med vores erfaring og viden fra tidligere.

Specialets emne har i høj grad taget form ud fra samtaler med varmetuens brugere, hvor vi ofte har hørt om deres oplevelser med sundhedsvæsenet. Det kan være problematisk, at vores erfaring og dataindsamling kommer fra mennesker i målgruppen, der alle frekventerer de samme steder, da de derfor kan befinde sig i det samme misbrugsmiljø, som ikke nødvendigvis er repræsentativt for den valgte målgruppe. Omvendt lever alle deltagerne op til definitionen

for målgruppen og er samtidig udvalgt med særlig fokus på deres repræsentation af de forskelligheder, der er inden for brugergruppen i varrestuen.

Ved at vi kender deltagerne i forvejen, kunne vi bedre selektere i hvem der deltog i interviewene. Dette gav en høj stikprøve-validitet, da deltagerne med stor sikkerhed kan siges at repræsentere målgruppen. Omvendt er den økologiske validitet ikke nødvendigvis høj, da deltagerne kan have en tendens til at ændre adfærd i den unaturlige setting, som interviewet er. Her er det svært at vide, hvilken effekt det har haft, at vi kender deltagerne i forvejen. Det kan tænkes, at deltagerne oplever interviewet mere som en naturlig samtale, og at den økologiske validitet derfor er højnet ved, at vi kender dem. Det kan omvendt også tænkes, at de i højere grad ønsker at svare som de tror, vi gerne vil have, fordi de vil hjælpe de ansatte, de har en relation til. Samlet kan man sige, at den eksterne validitet af interviewene nok er høj, og at resultaterne derfor i høj grad kan generaliseres til målgruppen, men det kan godt tænkes, at den økologiske validitet kunne være højere.

I forhold til interviewdelen er der i dette speciale foretaget relativt få interviews. På den ene side er fire interviews absolut minimummet for at give brugbare resultater og der kan derfor argumenteres for at skalaen udvikles på et for tyndt grundlag. På den anden side så er den meget målrettede rekruttering og det faktum at interviewdelen ikke står alene, men står sammen med litteraturgennemgangen, med til at styrke valget af så få interviews. Den målrettede rekruttering er ikke en garanti for at interviewene kan være repræsentative for hele målgruppen. Dette var vi opmærksomme på i udvælgelsesprocessen, og det kan eksempelvis betyde, at de sværest socialt udsatte borgers oplevelser fortsat ikke er belyst. Såfremt specialets ramme havde været af en mere omfattende og længerevarende karakter, havde vi dog valgt at have flere interviews flere forskellige steder i Danmark og forsøgt at gennemføre interviews med mere socialt udfordrede borgere, end det her var muligt. Ideelt i alle de forskellige regioner, da disse alle tilbyder forskellig sundhedsstøtte til socialt udsatte. Derudover havde vi ideelt set også gennemført pilotstudier af skalaen og derigennem fundet frem til den endelige skala og valideret den. Som rammerne nu engang var, og med den igangværende pandemis effekt på samfundet, var disse idealer ikke mulige at opnå.

Er ”socialt udsatte” overhovedet forsvarlig sprogbrug om målgruppen?

Undervejs i specialeprocessen blev vi ret hurtigt opmærksomme på en sandsynlig problematik i forhold til sprogbrug omkring målgruppen. Dette udmøntede sig i, at en af vores informanter ikke identificerer sig selv som værende socialt udsat, og dette italesatte han langt

forud for interviewene i en setting, hvor vi blot informerede om, hvad vi skulle til at skrive speciale om. Hvad gør det ved hele målgruppen, at vi på samfundsplan har vedtaget at kalde en befolkningsgruppe for ”socialt udsatte”? En målgruppe, som i forvejen er marginaliseret og har tendens til at føle sig ved siden af den øvrige befolkning. Er betegnelsen med til at stigmatisere dem, og stammer den i grunden fra et samfund, der fralægger sig sit ansvar overfor en målgruppe, som ikke kan rummes i det etablerede system?

For nogle kan det måske opleves som om, at det at være socialt udsat bliver en del af deres identitet. De kan føle sig stemplet som værende nogen, der skal tages hensyn til eller nogen som tildeles en særlig, potentiel uønsket, opmærksomhed. Betegnelsen bruges af forskere, socialministeriet, kommuner og regioner, hvilket betyder, at alle dele af samfundet placerer målgruppen i en kasse, de ikke nødvendigvis kan identificere sig med. Vi ønsker at tilgå borgerne i målgruppen på en respektfuld, værdig og etisk forsvarlig måde, men vi bidrager måske til stigmatisering ved at bruge betegnelsen ”socialt udsatte”. Da ingen anden betegnelse dækker over målgruppen, har vi på trods af risikoen for stigmatisering, følt os nødsaget til at benytte os af denne alligevel. Forud for interviewene informerede vi vores informanter om formålet med deres deltagelse, som værende at undersøge ”socialt udsatte borgeres oplevelse med sundhedsvæsenet”. Dette er den etisk forsvarlige måde at gennemføre interviews på i forhold til metode og informeret samtykke med videre, men ikke nødvendigvis et respektfuld ordvalg at benytte. Det er et helt emne for sig, som vi ikke har dykket ned i, men det er sandsynligvis ikke ubetydeligt, når man ønsker at bedrive forskning med og omkring målgruppen.

Er ulighed i sundhed et vilkår?

Er det overhovedet muligt at forbedre målgruppens generelle sundhed og sundhedsadfærd, eller er det en tabt sag? Statens Institut for Folkesundhed har i samarbejde med Rådet for Socialt Udsatte lavet omfattende undersøgelser i 2007, 2012 og 2017 for at kortlægge sundhed og sygelighed blandt socialt udsatte borgere i Danmark. I samme periode er der kommet flere politiske tiltag målrettet målgruppens sundhed, som nævnt indledningsvist til specialet. Fra besvarelserne i 2007 til 2017 ses der en positiv ændring i respondenternes sundhedsvaner. Eksempelvis er andelen af udsatte borgere, der ryger cigaretter dagligt, faldet fra 87,1 % i 2007 til 74% i 2017. Andelen af udsatte borgere, som har røget hash inden for den seneste måned er faldet fra 44% af respondenterne i 2007 til 37% af respondenterne i 2017. Besvarelserne er svære at sammenligne en til en, men det tyder på, at flere sundhedsvaner er forbedret over den 10-årige periode mellem undersøgelserne, og dette giver håb for, at yderligere relevante tiltag

kan bidrage til denne positive ændring. Ud fra specialets data fremgår det, at en andel af målgruppen finder det enten trygt eller direkte afgørende, at man kender det sundhedspersonale, der er tilgængeligt. Det kan også medvirke til trygheden, at personalet er målrettet målgruppen, da personalet i så fald kan stille ”de rigtige spørgsmål” og er mindre tilbøjelige til at fremstå stigmatiserende. For nogen kan en opsøgende adfærd fra sundhedspersonale ydermere kan være afgørende for ens fremtidige helbreds-situation. På baggrund af dette er vi overbeviste om, at sundhedsadfærden og den generelle sundhedstilstand for målgruppen *kan* bedres, og vi vurderer, at opsøgende personale, hvor målgruppen er, kan være relevant at inddrage i højere grad end på nuværende tidspunkt.

Vi har undersøgt en række varmestuer i forhold til, hvilke tilbud de har, og det er meget få, der tilbyder decideret sundhedsbehandling. En af de fire informanter i specialets interview beskriver, hvordan netop sundhedspersonalet i den varmestue, hun benytter, ofte er af afgørende karakter for, at hun både modtager sundhedsbehandling og opsøger mere omfattende behandling, end varmestuen kan dække. Hvis flere varmestuer, herberger, væresteder med videre, tilbød sundhedsbehandling, kunne dette muligvis bygge bro til det etablerede sundhedsvæsen og bidrage til, at målgruppens adgang dertil ville blive lettere. En anden måde at imødekomme ønsket om bekendt sundhedspersonale kan også være, at borgere i misbrugsbehandling kan få lov til at bruge behandlingscenterets læge som egen læge, frem for at have to forskellige læger. To af vores informanter italesatte, at de ikke oplever stigmatisering ved behandlingscenteret, og en af dem udtrykker forvirring over hvornår hun skal tilgå egen læge frem for lægen ved behandlingscenteret eller omvendt. Dette skaber frustrationer hos borgere, som i forvejen kæmper med komplekse livsomstændigheder, og det vurderes, at nogle af disse frustrationer kunne afhjælpes ved blot at have én læge at skulle henvende sig til.

Overordnet vurderes det altså, at der er mulighed for at forbedre målgruppens sundhed og sundhedsadfærd, men det kræver en indsats, som går ud over de rammer, der normalt ses i sundhedsvæsenet. Mange har ikke tilstrækkelig ressourcer til at opsøge behandling, så derfor må behandlingen opsøge dem. Det kan ikke forventes, at de er i stand til at indgå i traditionelle behandlingsforløb, så behandlingen må forsøges tilpasset. Målgruppen passer ikke ned i de etablerede kasser, og det kan ikke forventes, at det er *dem*, som skal tilpasse sig, når deres sociale, psykiske og biologiske ressourcer ofte er svækkede som følge af komplekse livsvilkår.

Konklusion

Specialet er udformet som et mixed methods forskningsdesign med et eksplorativt sekventielt design i en instrumentel udviklingsmodel. Her har vi ved kombinationen af et scoping review og fire udførte interviews udviklet en skala. Gennem tematisk analyse af den eksisterende litteratur på området og af fire interviews med målgruppen, er barrierer og fremmende faktorer oplevet af socialt udsatte borgere i mødet med sundhedsvæsenet identificeret. Disse resultater har tilsammen dannet grundlaget for udviklingen af skalaen, som skal måle socialt udsattes oplevelse af disse barrierer og facilitatorer. Vores tilgang har påvirket analysen og resultaterne heraf, hvilket er en del af metode, både ift. den refleksive tematiske analyse og vores videnskabsteoretiske tilgang.

Der foreligger i forvejen evidens for, at patientoplevelser korrelerer positivt med både selv vurderet og objektivt vurderet behandlingsudbytte. Ønsket med skalaen er, at den kan bruges bredt i sundhedsvæsenet til at inddrive viden på området, og at denne viden kan bedre sundhedsvæsenets tilgang til målgruppen, således at målgruppen i sidste ende får lettere ved at benytte sig af sundhedsvæsenet og dermed opnår en forbedret sundhed.

De tre overordnede temaer til udviklingen af skalaen er *Personale*, *Behandling* og *Rammer*. Hovedtemaet *Personale* omhandler oplevelsen af stigmatisering, tillid, tryghed, forståelse og omsorg i relationen med sundhedspersonale. Derudover omfatter hovedtemaet oplevelsen af personalets kompetencer, samarbejdsevner, faglighed, kommunikation og evne til at motivere. Hovedtemaet *Behandling* dækker over oplevelsen af behandlingsrettet og ikke behandlingsrettet støtte, behandlingsinddragelse, modstridende mål i behandlingen og hjælp fra andet end sundhedsvæsenet. Det sidste hovedtema *Rammer* omfatter oplevelsen af regler, retningslinjer, miljøpåvirkning fra andre, og tid og ressourcer tilgængelig.

Disse temaer opleves som enten facilitatorer eller barrierer for at modtage og indgå i behandling i sundhedsvæsenet. På baggrund af de tre identificerede hovedtemaer blev 33 items formuleret til skalaen. Disse items blev vurderet af et ekspertpanel bestående af 10 eksperter på området. Ud fra panelets vurderinger blev skalaen forkortet til 23 items. De 23 items blev gennemgået med to informanter, hvorefter enkelte ændringer blev foretaget og to yderligere items blev slettet. Dette efterlader en skala på 21 items, som nu er klar til at blive piloteret.

Når man bedriver forskning med specialets og skalaens målgruppe, er der nogle vanskeligheder, man skal tage højde for. Dette drejer sig blandt andet om, at man skal forvente, at borgerne har en nedsat sundhedskompetence, som har indvirken på hele forskningsprocessen,

da eksempelvis læsekundskaber og generel sprogforståelse kan være udfordret. Man skal også forholde sig til etikken i at belaste dem med undersøgelser, når de i forvejen har en kompliceret livssituation, til et forskningsformål uden direkte gavn for deres nuværende behandling. Modsat ville de i fremtiden ved deltagelse i en praksisorienteret brug af skalaen, kunne få direkte udbytte af deres deltagelse. Desuden vil man som forsker ofte være nødsaget til at tilgå dem på steder, der anses som værende fristeder for dem, hvorved man vil indtrænge sig på deres hverdag.

Uligheden i sundhed blandt socialt udsatte borgere kontra den øvrige befolkning bør ikke ses som et vilkår og en tabt kamp. Den politiske tilgang gennem de senere år har søgt at bedre deres situation, og omfattende undersøgelser har vist, at socialt udsatte borgeres sundhed har set en lille bedring fra 2007 til 2017. Om end vejen er lang for lighed i sundhed, så vurderes det, at man med fordel kan sætte ind med øget fokus på nærværende og opsøgende personale, hvor målgruppen befinder sig, da tillid og tryghed kan bygge bro til mere specialiseret hjælp i det etablerede sundhedsvæsen og dermed bedre målgruppens sundhed yderligere.

Referencer

- Ahlmark, N., Sørensen, I., Davidsen, M., & Ekholm, O. (2018). *SUSY Udsat 2017. Sundhedsprofil for socialt udsatte i Danmark og udviklingen siden 2007*. Statens Institut for Folkesundhed.
- Andersson, H. W., Otterholt, E., & Grawe, R. W. (2017). Patient satisfaction with treatment and outcomes in residential addiction institutions. *NAT Nordisk alkohol & narkotikatidskrift*, 34(5), s. 375-384.
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, s. 19-32.
- Benjaminsen, L., Birkelund, J. F., Enemark, M. H., & Andrade, S. B. (2018). *Socialt udsatte borgeres brug af velfærdssystemet - Samfundsøkonomiske aspekter*. VIVE.
- Bhui, K., Shanahan, L., & Harding, G. (2006). Homelessness and Mental Illness: A Literature Review and a Qualitative Study of Perceptions of the Adequacy of Care. *International Journal of Social Psychiatry*, 52(2), s. 152-165.
- Bove, H. M., isby, M., & Norlyk, A. (2019). Scheduled care - as a way of caring: A phenomenological study of being cared for when suffering from alcohol use disorders. *Journal of Clinical Nursing*, 28(7-8), s. 1174-1182.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, s. 77-101.
- Braun, V., & Clarke, V. (August 2020). One size fits all? What counts as quality practice in (reflexive) thematic analysis. *Qualitative Research in Psychology*.
- Brinkmann, S. (2014). Forskningsdesign i interviewundersøgelser. I S. Brinkmann, *Det kvalitative interview* (s. 67-110). Gyldendal.
- Brinkmann, S., & Tanggaard, L. (2020). *Kvalitative metoder: En grundbog* (Årg. 3. udg.). Han Reitzels Forlag.
- Callaghan, P., Phillips, P., Khalil, E., & Carter, T. (2012). Meeting the physical health-care needs of people with substance misuse problems: Evaluation of nurse-led blood-borne virus programme. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21(3), s. 248-258.
- Clarke, V., Braun, V., & Hayfield, N. (2015). Thematic Analysis. I J. A. Smith, *Qualitative Psychology: A Practical Guide to Research Methods* (s. 222-248). SAGE Publications.
- Creswell, J. W., & Clark, V. L. (2007). Choosing a mixed methods design. I J. W. Creswell, & V. L. Clark, *Designing and conducting mixed methods research* (s. 58-88). SAGE Publications.
- DeVellis, R. F. (2017). *Scale Development: Theory and Applications* (Årg. 4. udgave). SAGE Publications.
- Doyle, C., Lennox, L., & Bell, D. (Januar 2013). A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open*.
- Falkenberg, L. (2014). *Min vej. Nyt koncept for kommunikation med patienter med psykisk sygdom - og deres pårørende*. Psykiatrien i Region Syddanmark.

- Granerud, A., & Toft, H. (2015). Opioid Dependency rehabilitation with the opioid maintenance treatment programme - A qualitative study from the clients' perspective. *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy*, 10.
- Hansen, C. R., Ivanouw, J., Karpatschhof, B., & Mortensen, E. L. (2004). Introduktion til psykometriske begreber – vejledning vedrørende krav til konstruktion af erhvervstest. Dansk Psykolog Forening.
- Kour, P., Lien, L., Kumar, B., Biong, S., & Pettersen, H. (2020). Treatment Experiences with Norwegian Health Care among Immigrant Men Living with Co-Occurring Substance Use- and Mental Health Disorders. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 14.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Interview: Det kvalitative forskningsinterview som håndværk* (Årg. 3. udgave). Hans Reitzels Forlag.
- Lawshe, C. H. (1975). A Quantitative Approach To Content Validity. *Personnel Psychology*, s. 563-575.
- Levac, D., Colquhoun, H., & O'Brien, K. K. (2010). Scoping studies: Advancing the methodology. *Implementation Science*, s. 69.
- Mammen, D. (2018). Ulighed i sundhed rammer de socialt udsatte. *Sygeplejersken*, 22-25.
- Morris, Z. S., & Gannon, M. (2008). Drug misuse treatment services in Scotland: Predicting outcomes. *International Journal for Quality in Health Care*, 20(4), s. 271-276.
- Neale, J., & Kennedy, C. (2002). Good practice towards homeless drug users: research evidence from Scotland. *Health & Social Care in the Community*, 10(3), s. 196-205.
- Nordfjærn, T., Rundmo, T., & Hole, R. (Juni 2010). Treatment and recovery as perceived by patients with. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, s. 46-64.
- Notley, C., Maskrey, V., & Holland, R. (2012). The needs of problematic drug misusers not in structured treatment - a qualitative study of perceived treatment barriers and recommendations for services. *Drugs: Education, Prevention & Policy*, 19(1), s. 40-48.
- Pedersen, A., Haslund-Thomsen, H., Curtis, T., & Grønkjær, M. (2020). Talk to me, not at me: an ethnographic study on health-related help-seeking behaviour among socially marginalized danish men. *Qualitative Health Research*, 30(4), s. 598-609.
- Pedersen, P. V. (2009). *Dårligt liv- dårligt helbred. Socialt udsattes oplevelse af eget liv og sundhed*. Rådet for Socialt Udsatte.
- Pedersen, P. V. (2018). *Socialt udsattes møde med sundhedsvæsenet*. SDU, Statens Institut for Folkesundhed. Statens Institut for Folkesundhed, SDU.
- Pedersen, P. V., Christensen, A. I., Hesse, U., & Curtis, T. (2008). *SUSY UDSAT. Sundhedsprofil for socialt udsatte i Danmark 2007*. Rådet for Socialt Udsatte.
- Pedersen, P. V., Holst, M., Davidsen, M., & Juel, K. (2012). *SUSY Udsat 2012. Sundhedsprofil for socialt udsatte i Danmark 2012 og udviklingen siden 2007*. Rådet for Socialt Udsatte.
- Petersen, N. V. (7. Februar 2021). Efter gode resultater på OUH: Socialsygeplejersker ansættes i hele regionen. Hentet fra <https://fyens.dk/artikel/efter-gode-resultater-p%C3%A5-ouh-socialsygeplejersker-ans%C3%A6ttes-i-hele-regionen>

- Richert, T., & Johnson, B. (2015). Long-term self-treatment with methadone or buprenorphine as a response to barriers to opioid substitution treatment: The case of Sweden. *Harm Reduction Journal*, 12.
- Rådet for Socialt Udsatte. (2013). *Man føler sig som en tennisbold, der bliver kastet frem og tilbage i systemet: Samtaler med socialt udsatte unge om deres møde med systemet*. Rådet for Socialt Udsatte.
- Rådet for Socialt Udsatte. (2017). *Socialpolitisk grundlag*. Rådet for Udsatte.
- Rådet for Socialt Udsatte. (2019). *Socialt Udsattes Situation - Årsrapport 2019*. Rådet For Socialt Udsatte.
- Rådet for Socialt Udsatte. (2020). *Udsathed giver dårligt helbred*. Rådet For Socialt Udsatte.
- Rådet for Socialt Udsatte. (u.d.). *Lokale Udsatteråd*. Hentet fra Rådet for Socialt Udsattes websted: <https://www.udsatte.dk/lokale-udsatterad/>
- Sevaldsen, J. (u.d.). *Center for Patientinddragelse - Hvad er LUP?* Hentet fra Region Hovedstadens websted: <https://www.regionh.dk/patientinddragelse/LUP/Om-lup/Sider/hvad-er-lup.aspx>
- Sodemann, M. (2019). Professor: Sundhedsvæsenet drukner i middelklassens små problemer. *Mandag Morgen*. Hentet fra <https://www.mm.dk/artikel/professor-sundhedsvaesenet-drukner-i-middelklassens-smaa-problemer>
- Sorsa, M. A., & Astedt-Kurki, P. (2013). Lived experiences in help-seeking from the perspective of a mother with dual diagnosis. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 8.
- Sucharew, H., & Macaluso, M. (12. Juni 2019). Methods for Research Evidence Synthesis: The Scoping Review Approach. *Journal of Hospital Medicine*, s. 416-418.
- Sundhedsstyrelsen. (2007). *Referenceprogram for unipolar depression hos voksne*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen. (2010). *Det danske sundhedsvæsen i internationalt perspektiv*. Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen. (2020). Den kommunale tandpleje. Vejledning om omfanget af og kravene til den kommunale tandpleje. Hentet fra <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2020/Kommunal-tandpleje/Vejledning-om-den-kommunale-tandpleje.ashx?la=da&hash=24E50A1378404A18F0B3C64B010AA234F6C904B7>
- Taylor, S. E. (2018). *Health Psychology* (Årg. 10. udgave). McGraw-Hill Education.
- Thylstrup, B. (2011). Numbers and narratives. Relations between patient satisfaction, retention, outcome and program factors in outpatient substance abuse treatment. *NAT Nordisk alkohol & Narkotikatidskrift*, 28(5-6), s. 471-486.
- Wenneberg, S. B. (2000). Socialkonstruktivisme. Positioner, problemer og perspektiver. Samfundslitteratur.

Bilag 1: Studie karakteristika

Studie	<i>Forfattere</i>	Pedersen, P. V.
Dårligt liv – dårligt helbred Socialt udsattes oplevelse af eget liv og sundhed	<i>Publikationsdato</i>	02-2009
	<i>Land</i>	Danmark
	<i>Study setting</i>	7 forskellige væresteder, herberger og andre sociale institutioner i København, Aalborg og Sakskøbing.
	<i>Deltagerudtagnings-metode</i>	Deltagere fundet via større spørgeskemaundersøgelse på væresteder, herberger og andre sociale institutioner. 72 % af deltagerne var mænd (n=25).
	<i>Dataindsamlings-metode</i>	Interview, semistruktureret, ud fra 6 temaer.
<i>Hovedfund</i>	Finder at 8 temaer, som fremgik af spørgeskemaundersøgelse også var prævalente i interviews.	

Studie	<i>Forfattere</i>	Morris, Z. S. & Gannon, M.
Drug misuse treatment services in Scotland: predicting outcomes	<i>Publikationsdato</i>	20-05-2008
	<i>Land</i>	UK
	<i>Study setting</i>	3 forskellige settings; behandling i fængsel, døgnbehandling og ambulans behandling.
	<i>Deltagerudtagnings-metode</i>	Data blev indhentet via et nationalt kohorte studie, hvorigennem deltagere blev udtaget fra 33 behandlingssteder. 69% var mænd (n=841).
	<i>Dataindsamlings-metode</i>	Treatment Perceptions Questionnaire (10 item skala, i 5 punkt likert-format, som måler kvalitet af afhængighedsbehandling). Målingen blev foretaget ved opfølgende interview efter behandling.
<i>Hovedfund</i>	Oplevelse af passende behandling, motiverende personale og nok tid til problemer, er vigtige elementer i behandlingstilfredsheden.	

Studie	<i>Forfattere</i>	Neale, J. & Kennedy, C.
Good practice towards homeless	<i>Publikationsdato</i>	5. February 2002
	<i>Land</i>	UK
	<i>Study setting</i>	3 misbrugscentre & 3 hjemløsetilbud.

drug users: research evidence from Scotland	<i>Deltagerudtagnings-metode</i>	Deltagere blev udtaget fra misbrugscentre & hjemløsetilbud. 50% var mænd (n=36).
	<i>Dataindsamlings-metode</i>	Interview, semistruktureret, omfattende 6 temaer.
<i>Hovedfund</i>	5 områder var vigtige for behandling: personale, behandlingsmiljø, støtte, behandlingsudførelse og behandlingscentrets mål.	

Studie	<i>Forfattere</i>	Bhui, K., Shanahan, L. & Harding, G.
Homelessness and mental illness: A literature review and a qualitative study of perceptions of the adequacy of care	<i>Publikationsdato</i>	2006
	<i>Land</i>	UK
	<i>Study setting</i>	Hjemløse-tjenester.
	<i>Deltagerudtagnings-metode</i>	Deltagere blev udtaget via hjemløse-tjenester. 60% var mænd (n=10).
	<i>Dataindsamlings-metode</i>	Interview, semistruktureret, ud fra samtaler med fagpersonale. 1-2 timer pr. interview.
<i>Hovedfund</i>	Hjemløse har stærke holdninger til behandling. Særligt i forhold til stigmatisering og fordomme, og utilstrækkelighed og kompleksiteten af behandlingen.	

Studie	<i>Forfattere</i>	Hjelmar, U. & Pedersen, P. V.
Kompleks evaluering – tre metodiske læringspunkter fra en case	<i>Publikationsdato</i>	2015
	<i>Land</i>	Danmark
	<i>Study setting</i>	Social og sundhedsindsats i 4 kommuner; Brøndby, Holstebro, Hvidovre & Næstved.
	<i>Deltagerudtagnings-metode</i>	Deltagere udtaget, som del af sundheds og social indsats. Kønsfordeling ikke angivet (n=710).
	<i>Dataindsamlings-metode</i>	Spørgeskema-evalueringer af indsats, udleveret før, under og efter indsats.
<i>Hovedfund</i>	Behovet for et kompleksitetsreducerende evalueringdesign, behovet for validerede måleinstrumenter og værdien af en kritisk dimension i denne type af evaluering	

Studie	<i>Forfattere</i>	Minna A. Sorsa & Päivi Åstedt-Kurki.
	<i>Publikationsdato</i>	20. Aug 2013

Lived experiences in help-seeking from the perspective of a mother with a dual diagnosis	<i>Land</i>	Finland
	<i>Study setting</i>	Psykiatri & misbrugsbehandlingscentre.
	<i>Deltagerudtagnings-metode</i>	Kvindelig deltager fundet gennem behandlingstilbud (n=1).
	<i>Dataindsamlings-metode</i>	4 interviews, med 1 uges mellemrum henover 1 måned. 80-120 min. pr. interview.
<i>Hovedfund</i>	Indre faktorer har betydning for motivation for at søge behandling hos deltager.	

Studie	<i>Forfattere</i>	Richert, T. & Johnson, B.
Long-term self-treatment with methadone or buprenorphine as a response to barriers to opioid substitution treatment: the case of Sweden	<i>Publikationsdato</i>	2012
	<i>Land</i>	Sverige
	<i>Study setting</i>	Steder relateret til misbrugsmiljøet.
	<i>Deltagerudtagnings-metode</i>	Deltagere fundet gennem strukturerede interviews og udvalgt på baggrund af misbrug som selvmedicinering. 74% var mænd (n=27).
	<i>Dataindsamlings-metode</i>	Interviews, semistruktureret, emnebaseret. 30-90 min. pr. interview.
<i>Hovedfund</i>	En stringent opioidbehandling kan presse misbrugere til at selvmedicinere, mens nemmere tilgang til behandling kan øge behandlingssøgere.	

Studie	<i>Forfattere</i>	Callaghan, P., Phillips, P., Khalil, E. & Carter, T.
Meeting the physical health-care needs of people with substance misuse problems: Evaluation of a nurse-led blood-borne virus programme	<i>Publikationsdato</i>	2012
	<i>Land</i>	UK
	<i>Study setting</i>	Blodbåret virusprogramme.
	<i>Deltagerudtagnings-metode</i>	Deltagere udtaget tilfældigt gennem programmet. 80% var mænd (n=20).
	<i>Dataindsamlings-metode</i>	Interviews, semistruktureret, ud fra åbne spørgsmål. 45-60 min. pr. interview + tilfredshedsspørgeskema.
<i>Hovedfund</i>	Det blodbårne virusprogram udfylder dens funktion og brugertilfredsheden var høj.	

Studie	<i>Forfattere</i>	Thylstrup, B
Numbers and narratives. Relations between patient satisfaction, retention, outcome and program factors in outpatient substance abuse treatment	<i>Publikationsdato</i>	30.10.2011
	<i>Land</i>	Danmark
	<i>Study setting</i>	8 misbrugscentre i Danmark.
	<i>Deltagerudtagnings-metode</i>	Deltagere udtaget gennem misbrugscentre. 70% var mænd (n=186).
	<i>Dataindsamlings-metode</i>	Client Satisfaction Questionnaire-8 (CSQ-8). Spørgeskema med en 4-punkt likert-skala samt et deskriptivt, åbent spørgsmål omkring hvad behandlingen har omhandlet.
<i>Hovedfund</i>	CSQ-8 er et brugbart værktøj til at måle patientengagement og behandlingseffekt i misbrugsbehandling.	

Studie	<i>Forfattere</i>	Pedersen, A., Haslund-Thomsen, H., Tine Curtis, T. & Grønkjær, M.
Talk to Me, Not at Me: An Ethnographic Study on Health-Related Help-Seeking Behavior Among Socially Marginalized Danish Men	<i>Publikationsdato</i>	2020
	<i>Land</i>	Danmark
	<i>Study setting</i>	Deltageres eget hjem & parker.
	<i>Deltagerudtagnings-metode</i>	Deltagere udtaget fra parker, hvor socialt udsatte opholder sig. 100% var mænd (n=25).
	<i>Dataindsamlings-metode</i>	Deltagerobservation & interviews, semustruktureret, med fokus på hovedemner. Ca. 1 time pr. Interview.
<i>Hovedfund</i>	Komplekse social- og sundhedsproblemer forhindrer behandlingssøgning. At blive talt <i>med</i> og ikke <i>til</i> , samt forståelse og accept af deres livssituation blev værdsat af de socialt udsatte.	

Studie	<i>Forfattere</i>	Granerud, A. & Toft, H.
Opioid dependency rehabilitation with the opioid maintenance treatment programme-A qualitative study	<i>Publikationsdato</i>	2015 september
	<i>Land</i>	Norge
	<i>Study setting</i>	Gennem skype og NGO
	<i>Deltagerudtagnings-metode</i>	Åben rekruttering af deltagere, med tilknytning til opioidbehandling, gennem facebook og velgørenhedsorganisation. 43 % var mænd (n=7).
	<i>Dataindsamlings-metode</i>	Interviews, semistruktureret.

from the clients' perspective	<i>metode</i>	
<i>Hovedfund</i>	Hovedkategori identificeret; "Et bedre liv – hvis du følger reglerne", samt 4 kategorier og 11 sub-kategorier identificeret.	

Studie	<i>Forfattere</i>	Andersson, H. W., Otterholt, E. & Grawe, R. W.
Patient satisfaction with treatments and outcomes in residential addiction institutions	<i>Publikationsdato</i>	2017 oktober
	<i>Land</i>	Norge
	<i>Study setting</i>	To døgnbehandlingstilbud for borgere med stof- eller alkoholafhængighed.
	<i>Deltagerudtagnings-metode</i>	Deltagere udtaget gennem misbrugsbehandling. 65% var mænd (n=123)
	<i>Dataindsamlings-metode</i>	15-item tilfredshedsspørgeskema, ikke navngivet.
<i>Hovedfund</i>	Finder korrelation mellem selvrapporeret behandlingstilfredshed og selvrapporeret behandlingsudbytte. Særligt vigtigt for behandlingsudbytte er tillid til personalets kompetencer samt mulighed for at påvirke egen behandlingsplan.	

Studie	<i>Forfattere</i>	Tarp, K., Mejldal, A. & Nielsen, A. S.
Patient satisfaction with videoconferencing-based treatment for alcohol use disorders	<i>Publikationsdato</i>	2017 juni
	<i>Land</i>	Danmark
	<i>Study setting</i>	Behandlingscenter
	<i>Deltagerudtagnings-metode</i>	Case-kontrol studie med to grupper af deltagere (n=32 og n=39). Uspecifik kønsfordeling, men flest mænd i begge grupper.
	<i>Dataindsamlings-metode</i>	Satisfaction Questionnaire med 6 spørgsmål + 3 spørgsmål til case-gruppen, & case-gruppen indgik i semistruktureret interviews.
<i>Hovedfund</i>	Finder ingen signifikant forskel imellem de to gruppers tilfredshed med behandling.	

Studie	<i>Forfattere</i>	Bove, H. M., Lisby, M. & Norlyk, A.
---------------	-------------------	-------------------------------------

Scheduled care-As a way of caring: A phenomenological study of being cared for when suffering from alcohol use disorders	<i>Publikationsdato</i>	2019 april
	<i>Land</i>	Danmark
	<i>Study setting</i>	Indlagte patienter med længerevarende stort alkoholforbrug på et hospital.
	<i>Deltagerudtagnings-metode</i>	Deltagere identificeret og udtaget af én af studiets forskere. Kønsfordeling ikke angivet (n=15)
	<i>Dataindsamlings-metode</i>	Interviews, semistruktureret.
<i>Hovedfund</i>	Strukturen for at føle sig taget af kan inddeles i to stadier: 1) et stadie, hvor den planlagte omsorg opfattes omsorgsfuldt, og 2) et stadie hvor den planlagte omsorg ikke opfattes omsorgsfuld.	

Studie	<i>Forfattere</i>	Pedersen, P. V.
Socialt udsattes møde med sundhedsvæsnets	<i>Publikationsdato</i>	2018
	<i>Land</i>	Danmark
	<i>Study setting</i>	Lokaler på herberg og i sygeplejeklinik, på en sommerudflugt og i informanternes egne hjem.
	<i>Deltagerudtagnings-metode</i>	Rekruttering fra sygeplejersker, SAND og ved deltagerobservationer på herberg, sygeplejeklinik og sommerudflugt med målgruppen. 76 % var mænd (n=17)
	<i>Dataindsamlings-metode</i>	Interviews, semistruktureret og deltagerobservation.
<i>Hovedfund</i>	Fem temaer: Socialt udsattes livssituation og helbred, Socialt udsattes møder med sundhedsvæsnets, Det svære efterløb, Sundhedskompetence og kulturel sundhedskapital og ”Vi skal være betingelsesløse og blive ved”: Særlige sundhedstilbud til socialt udsatte.	

Studie	<i>Forfattere</i>	Notley, C., Maskrey, V. & Holland, R.
The needs of problematic drug misusers not in structured treatment - a quali-	<i>Publikationsdato</i>	2012 februar
	<i>Land</i>	UK
	<i>Study setting</i>	Mødelokaler
	<i>Deltagerudtagnings-metode</i>	Flyers, hvor folk med selv-vurderet problematisk stofforbrug kunne henvende sig. Efterfølgende blev

tative study of perceived treatment barriers and recommendations for services		disse bedt om at adspørge bekendte inden for målgruppen. 72% var mænd (n=43)
	<i>Dataindsamlingsmetode</i>	Semistruktureret fokus-gruppe interviews og fem individuelle interviews.
<i>Hovedfund</i>	Behandlingsbarrierer kunne inddeles i systemiske-, sociale og personlige/interpersonelle barrierer.	

Studie	<i>Forfattere</i>	Nordfjaern, T., Rundmo, T. & Hole, R.
Treatment and recovery as perceived by patients with substance addiction	<i>Publikationsdato</i>	2010 februar
	<i>Land</i>	Norge
	<i>Study setting</i>	Fem døgnbehandlingstilbud og ét misbrugsbehandlingstilbud
	<i>Deltagerudtagningsmetode</i>	Adspurgt via misbrugsbehandling. 46% var mænd (n=13).
	<i>Dataindsamlingsmetode</i>	Semistruktureret interviews.
<i>Hovedfund</i>	Identificerer 6 kategorier indenfor positive opfattelser af behandling og 9 kategorier indenfor negative opfattelser af behandling. Ydermere identificeres 7 kategorier indenfor både positive og negative opfattelser af egen situation post behandling.	

Studie	<i>Forfattere</i>	Kour, P., Lien, L., Kumar, B., Biong, S. & Pettersen, H.
Treatment Experiences with Norwegian Health Care among Immigrant Men Living with Co-Occurring Substance Use- and Mental Health Disorders	<i>Publikationsdato</i>	2020
	<i>Land</i>	Norge
	<i>Study setting</i>	
	<i>Deltagerudtagningsmetode</i>	Ledere fra rehabiliterings- og behandlingscentre rekrutterede til projektet. 100% mænd (n=10)
	<i>Dataindsamlingsmetode</i>	Semistruktureret interview.

<i>Hovedfund</i>	6 identificerede kategorier ift. behandlingsoplevelser inden for psykisk sundhed og misbrugsbehandling; manglende tilknytning til sundhedspersonale, manglende individualisering ift. behandling, stigma og diskrimination hindrer behandlingsopsøgning, sundhedspersonale med multikulturelle kompetencer, omsorg under og efter behandling og øget opmærksomhed samt reducere af stigma.
------------------	--

Bilag 2: Transskriptionskonventioner

...	Angiver pause i tale
<i>ord</i>	<i>Angiver betonede ord</i>
ORD	Angiver særligt kraftige lyde/tale
Tankestreg-	I slutningen af sætning, som afbrydes
()	Angiver at det ikke er muligt at høre hvad der bliver sagt
(())	Transskribentens beskrivelser

Bilag 3: Interview med Camilla, kvinde i 30'erne.

44 minutter langt

- I: Yes. Så vi starter lige igen med lidt formelt, så vi også har dét på lyd.
- C: Yes.
- I: At vi har gennemgået og underskrevet en samtykkeerklæring.
- C: Ja.
- I: Og du er blevet informeret om det vi skal tale om-
- C: Hvad det handler om, ja.
- I: Og det er jo netop dine oplevelser med sundhedsvæsenet.
- C: Ja.
- I: Og når vi snakker sundhedsvæsen her, så er det egen læge og det er sygehus, det er psykiatri, det er misbrugsbehandling, det er rehabilitering, det er-
- C: Det vil sige, det er også ((behandlings))centeret hernede, det er det hele rundt.
- I: Lige præcis. Og det er også for eksempel ambulancer, hvis du har erfaring med det og hjemmepleje.
- C: Ja okay
- I: Alt sådan noget, men ja, også ((behandlings))centeret, lige præcis. Og når vi siger *behandling*, så er det enhver form for kontakt, du har med sundhedsvæsenet.
- C: Ja.
- I: Så det er også hvis du ringer til egen læge for eksempel.
- C: Ja.
- I: Mh. Godt, og dit navn, det bliver anonymiseret, så det vil ikke stå nogen steder, når vi skriver det ned, og interviewet det bliver optaget-
- C: Yes.
- I: Og nedskrevet.
- C: Ja.

- I: Og det tager nok en 20-30 minutter-
- C: Jaja.
- I: Men det er selvfølgelig alt efter hvor meget du ligesom har at sige til emnet.
- C: Yes.
- I: Godt. Så hvis du vil starte med, Camilla, at fortælle mig sådan kort om din nuværende livssituation?
- C: Jamen altså, jeg går nede på heroinklinikken nu og jeg har jo haft et langt misbrug af heroin, men når jeg er på heroinklinikken, så må vi jo gerne stikke os og dyt. Så, den er jeg sådan kommet lidt væk fra. Det har faktisk været *min* største hjælp, det var da heroinklinikken kom, fordi at ((meta))doner var ikke nok for mig, det dækkede ikke mit-, altså mit *stiksus*, som man kalder det, dækkede det jo ikke, det havde jeg jo stadigvæk lyst til bagefter.
- I: Mh.
- C: Så efter heroinklinikken kom, så har jeg ligesom været *dækket* ind, eller hvad man nu kan sige sådan.
- I: Ja.
- C: Så det er sådan den situation jeg står i, jeg går jo-, altså jeg går jo stadigvæk dernede ((heroinklinikken)), og det vil jeg jo fortsat blive ved med indtil vi finder noget-, en løsning på en eller anden form for udtrapning, eller.
- I: Mh.
- C: Så... Det er sådan lige hvordan.
- I: Ja. Og hvor ofte kommer du dernede ((heroinklinikken))?
- C: Jeg kommer hver dag.
- I: Hver dag.
- C: Ja. Der er jo også nogle, som kommer to gange på heroinklinikken, altså to gange om dagen. Men jeg har valgt at komme én dag ((én gang)), jeg vil ikke-, altså, skulle bruge hele sin dag på det. Først komme om morgenen og så komme om eftermiddagen også. Så ville jeg nok ikke føle, at min dag var omme, før at...

- I: Mh. Okay. Godt, og hvad med din boligsituation, Camilla, hvordan er den?
- C: Altså jeg søger bolig lige nu, men det er på grund af noget privat med kæresten, at han ikke rigtig vil flytte, og at han ikke rigtig vil smutte og sådan noget der, så derfor er jeg nødt til at søge en ny bolig, for at de simpelthen direkte kunne sige ”jamen så må fogeden smide dig ud”. Så, jeg er faktisk glad for min bolig, men på grund af en masse skænderier og slåskampe, så min-... Jeg har boet der fem år før han kom til, og har så boet der fem år mere nu, og... Altså, naboerne og sådan noget, de er ikke så glade for os, for der har været meget politi og der har været meget slåskampe, og der har været meget det ene og det andet, så... De er sådan lidt øh... Men jeg har-, er *rigtig* glad for boligen, men det er der ikke så meget at gøre ved jo, men øh...
- I: Nej..
- C: Så..
- I: Okay, så lige nu, der har du en bolig-
- C: Ja.
- I: Men søger-
- C: Men søger et-, altså jeg søger godt nok til ((bynavn)), for at komme ned til min mor, fordi hun har brug for det.
- I: Ja.
- C: Men øh.. Kunne jeg beholde lejligheden, det kan jeg også sagtens, så ville jeg også gøre det, men jeg kan bare ikke få ham til at smutte, så... Så det har bare været det nemmeste for mig nu her til sidst, fordi der har været så meget bøvl igennem de sidste to år, for at få ham til at skride altså..
- I: Ja.
- C: Så nu har jeg bare sagt ”så må fogeden smide dig ud, altså”.
- I: Okay.. Ja. Godt. Så det er din nuværende situation.
- C: Ja.
- I: Superfint. Vil du starte med at prøve at fortælle lidt nu her om sådan, din kontakt generelt, med sundhedsvæsenet?

- C: Altså jeg har en kontakt til min kontaktperson ((navn)), der er min støtte-kontaktperson.
- I: Mh.
- C: Den er rigtig god, synes jeg. Og øh... Han er god til at (), han er min sociale vicevært, han er-, altså alt det, det fungerer perfekt. Og jeg synes også at snakke med folk nede på ((behandlings))centeret, eller at snakke med folk herinde ((varmestuen)), fungerer perfekt. Altså, jeg synes *læger*, men det er måske også det corona her, men jeg synes, at lægerne har det meget med-, og det synes jeg, at jeg har oplevet... faktisk, ja, lige siden altså-, går man hernede ((behandlingscenteret)), så er det lige som om at man står sådan lidt, som sådan en tennisbold. De ((lægerne)) banker dig tilbage hertil ((behandlingscenteret)), og siger, at du skal snakke med lægen hernede ((behandlingscenteret)), og lægen hernede banker dig så tilbage til din egen læge og siger, at du skal snakke med din læge deroppe ((egen læge))-
- I: Okay.
- C: Og så kan man godt stå nogle gange sådan lidt og bounce tilbage, fordi det er lige som om at de ikke rigtig.. *snakker* sammen, de ved ikke helt, altså. Den ene part ved ikke hvad den skal sende hen, og den anden part mener heller ikke, at de skal have én, så de sender én tilbage igen, ikke. Så jeg synes at sådan, men læge og sygehus og sådan noget der, der er jeg en lille smule... Ikke, måske, skuffet. Også fordi, nu blev jeg lige opereret her, ja for, et halvt år siden, det med mine tæer, eller nogle måneder siden i hvert fald. Og der fik jeg at vide, at bare det, at jeg havde fået nogle sko med, altså sådan nogle, der gjorde, at jeg holdt mine fødder op ad. Og så da de skulle afleveres, der fik jeg at vide, at havde jeg taget ud på sygehuset, så skulle jeg nok være sikker på, at jeg *ikke* havde fået sådan nogle sko med. Så var man nok bare gået i strømpebukker derude fra.
- I: Okay.
- C: Ik', og der blev jeg sådan en lille smule sk-, altså der var jeg selvfølgelig glad for, at min henvisning har været et andet sted til. Fordi jeg fik de der sko, ikke. Og det fik jeg at vide, at havde jeg været ude på sygehuset, så skulle jeg nok regne med, at de var blevet sparret, ikke.

- I: Okay.
- C: Og så ved jeg sgu ikke hvordan-
- I: Og hvor var det henne, at du så fik skoene fra?
- C: Øh, det-, da-, jeg blev så opereret oppe på-, oppe på ((stednavn)), der ligger sådan nogle læger oppe der, og der var så lige plads til mig der, så jeg var heldig, at jeg kunne komme det ene sted eller det andet sted med den henvisning. Men de sagde bare, at jeg skulle være glad for, at jeg ikke var kommet derud ((sygehuset)), fordi så *var* jeg nok gået i strømpesokker og havde ikke haft de der..
- I: Mh.
- C: Og det hjalp *meget*, de sko der, både til at gå og sørge for at holde tæerne op ad, så de... gjorde, at jeg ikke *støttede* på de forkerter steder og sådan noget, ikke. Og da fik jeg da at vide hernede ((varmestuen)) fra, at jeg skulle nok have været glad for, at det ikke var på sygehuset, fordi de havde nok sparret det væk.
- I: Okay.
- C: Og det synes jeg er lidt, lidt-, altså sådan... Nu faldt ((kvinde)) her i går, og lavede-, vred om på sin fod, og lavede noget, som én der hedder-, en anden én hernede fra ((varmestuebruger)) ((mand)), har lavet for et stykke tid siden. Og han fik en, en øh.. sådan én, de der sorte skinner, hvor man lukker og sådan noget, og fik en masse øh... en masse smertestillende, ibuprofen selvfølgelig kun, og sådan noget med hjem, og blev rigtig sådan. Og så var ((kvinde)) derude, og der var sket det samme. Der sagde de direkte til hende, at de havde ikke-, der var ikke råd til, at give hende sådan en støvle med hjem, og at smertestillende-, hun var så dækket ind med det medicin hun fik hernede ((behandlingscenteret)), så... Så det, så derfor, så synes jeg jo bare nogle gange, at når man sådan-, selvom det hele, det er sundhedsvæsenet, så får man meget forskellige oplevelser af... Af hvor meget hjælp og omsorg, hvor meget de sådan føler, at de sådan... Ja. Så...
- I: Okay, så hvordan føler du dig behandlet af personalet ude på sygehuset for eksempel?
- C: Jeg har ikke været ret meget derude.
- I: Nej...

- C: Altså nu var det ((kvinde)), der var derude alene i går, og hun fortalte så bare det der, mens ((mand)) så står og siger, at han har *lige* haft det, og han kunne *godt* får én ((sort skinne)), ikke. Hvor jeg bare sådan tænker at lidt-, også det der med, at hun havde fået at vide ”ej men din medicin-, du er så dækket ind af medicin, så vi-, du behøver ikke at få noget smertestillende”. Altså, jeg synes de har det meget med at skære folk over én kam, der måske går hernede ((behandlingscenteret)), altså. ”I må bare klare jer” agtigt, ikke. Det er sådan lidt...
- I: Er det din opfattelse, at det er fordi I er tilknyttet misbrugscenteret?
- C: ... Det vil jeg jo helst ikke-, jeg vil helst ikke stemple folk og sige det, men det tror jeg.
- I: Ja.
- C: Jeg tror, at det har noget at gøre med, at man er misbruger.
- I: Ja.
- C: Fordi, jeg havde sådan en personlig oplevelse her for nogle år siden, hvor en hund bed min hund. Og det var min hund, der fik skader, hun skulle til dyrlægen og det skulle meldes og det ene og det andet. Og så hende kvinden, hun kendte, havde åbenbart set () arbejdede hernede ((misbrugscenteret)) eller dernede, hun brugte det faktisk imod mig privat.
- I: Okay.
- C: At sådan én som mig troede, at jeg havde ret til at gøre, med de steder jeg kom eller med de steder, jeg opholdt mig. Ikke. Der synes jeg jo at jeg får et rigtigt negativt-, og det er jo ikke-, man skal ikke skære alle over én kam, og det ved jeg godt. Alle ville ikke bruge sin-, men det synes jeg bare var en grim oplevelse. At man skal stå og blive stemplet på. Det gør jo ikke om på, at en hund har bidt min hund.
- I: Mh.. nej.
- C: Det laver ikke om på, at det skal meldes til politiet. Det laver ikke om på *noget som helst*, at du kan sige, at jeg kommer hernede ((behandlingscenteret)).
- I: Så du oplever nogle problemstillinger, som-, som du føler, i hvert fald, er *relateret* til-

- C: Jah, ja-
- I: Til det her.
- C: Jeg er jo glad for det hernede ((behandlingscenteret)), jeg tror bare folk, der sådan ude i-, de har svært ved at forholde sig til, at man faktisk godt kan leve et almindeligt liv. Jeg tror først, når du går dernede, så er du bare skåret over én kam i manges øjne ude i-, altså uden for miljøet. Altså, så er du bare *misbruger*. Jeg tror, at de tror, at alle dernede render rundt og skider i bukserne og pisser i bukserne og ikke kan finde ud af at tørre sig og ikke kan finde ud af-, det tror jeg sådan er den overordnede indstilling af ((om)) folk, der går nede på centeret. Ikke, og fordi-, selvom man sidder-, jeg har prøvet to eller tre gange hernede ((varmestuen)) og to gange på ((behandlings))centeret, hvor jeg er blevet-, hvor en ny har taget fejl af mig, for at være en... En behandler. Så folk, de kigger jo på folk og kigger ud selv, og selv folk, der kommer hernede. Man kigger jo og dømmes folk ud fra deres påklædning, tøj, et eller andet.
- I: Ja.
- C: Udseende. Et eller andet. Altså... Det-, gør vi jo nok alle sammen lidt, men det er jo, hvad det er.
- I: Men der er jo i hvert fald nogle fordomme fra hvordan man ser ud, og-
- C: Jaaa, ja ja ja-
- I: Og hvad sundhedsvæsenet ved, og-
- C: Du kan ikke være-, altså, hvis du skyder dig i armen ((med sprøjter med kanyler)), så kan du ikke se ud, ligesom jeg gør. Dét kan ikke hænge sammen. Min mor kan også godt forstå, at jeg er i behandling, men dét der med, at jeg kan få lov til at skyde mig, det kan jeg godt se, det kan jeg slet ikke få forklaret ind i hendes-... Det lader jeg egentlig bare ligge. Vi har snakket om det, og hun ved det også godt, men jeg kan ikke rigtig få hende til at forstå pointen i det rigtigt, altså.. Hun ved jo heller ikke, hvordan det er at være-, nej, hvordan det er at bare kun sniffe, hvordan det er at stikke, og hvad forskellen er. Det ved hun jo heller ikke, altså, vel. Men.. men.. øhm..
- I: Okay.

- C: Altså, jeg synes at jeg har... Jeg synes, at man bliver dømt meget på at være, altså, på at gå hernede ((behandlingscenteret)). Også selvom man faktisk burde tænke ”går personen dernede ((behandlingscenteret)), så er det fordi, at de faktisk gerne vil finde ud af et eller andet – ud af det ((misbruget)), eller et eller andet”. Men alligevel, så synes jeg, at man bliver dømt ret hårdt, når man.. Altså.. Sådan..
- I: Så for sådan lige at være sikker på, at jeg har forstået det rigtigt, så er det ikke behandlingscenteret, du føler dig dømt af?
- C: Nej de er som-, jeg synes bare, at de er skide gode og jeg er faktisk pisse glad for dem dernede.
- I: Ja.
- C: Og jeg ved godt, at de får en *masse* brok og en *masse* bøvl fra folk dernede, men jeg synes bare, at det er pisse fint i forhold til hvor mange der render og bander og svovler og... sidder, selvom de har brug for dem, ”*kraftedeme, I er de værste, jeg gider kraftedeme ikke komme her mere, fandme sgu og fanden*” og sådan noget. Hvis du ikke vil komme her mere, så kan du jo bare lade være, men... du kommer jo i morgen igen, for du kan jo godt bruge medicinen, ikke.
- I: Ja.
- C: Det er sådan lidt... Altså... Ja.
- I: Så der er også sådan en forståelse for, at behandlingscenteret måske *omvendt* også oplever rigtig meget-
- C: Jah, det tror jeg de oplever *rigtig*-, jeg tror rigtig meget utilfredshed og sådan noget der-
- I: Ja.
- C: Hvor det er, de skal stå og sige ”jaja, men rolig nu, og vi finder ud af det” og da da da. Jeg tror, at man skal have et lidt roligt sind for at være dernede. Fordi, at ellers så...
- I: Okay... Føler du generelt sådan, tryk i sundhedsvæsenet?
- C: Altså, jeg føler mig tryk nede på ((behandlings))centeret, og jeg føler mig tryk her ((varmestuen)), og jeg føler mig også tryk nok med sygehuset, og sådan nogle ting egentlig... Men det er måske også bare, det her med corona, at jeg har-, lidt-

, det er lidt mere det der med *lægen*. Jeg synes, at de skal finde ud af med det ((behandlings))center dernede. Når du er hernede ((behandlingscenteret)), er du så ved *egen* læge, eller er du ved *den* læge ((på behandlingscenteret))?

I: Ja.

C: Fordi at... Skal du have antibiotika, jamen så kan han godt lige udskrive det, men er det et eller andet værre, så skal du til din egen læge, og så-, ”hvis det er dét, så kan det godt blive, og hvis det er så, så kan det ikke” og... Dét kan han ((læge på behandlingscenteret)) ikke tage ansvar for, fordi dét er din egen læge, men din egen læge, siger ”du skal gøre det hernede ((behandlingscenteret)), fordi de er de eneste, der ved, hvad for noget medicin du får”, så det er sådan... Det er lige som om, at de ikke rigtig snakker sammen, hvis man kan sige det sådan altså...

I: Ja. Og hvad gør det ved dig, at du har to læger, som ikke...?

C: Nu er jeg ikke én, der bliver sådan *meget* hurtigt frustreret, men jeg kunne godt forestille mig, for dem, der måske *gør*, at det er ret-, øh, det der med, at man skal... hente én-, altså *halvdelen* af sin medicin skal man huske at ringe og bestille oppe ved sin læge og hente oppe ved sin læge. Den anden halvdel skal man huske at få hernede ((behandlingscenteret)) fra.

I: Mh.

C: I stedet for at man bare kunne få det hele *et sted* for eksempel.

I: Mh.

C: () et sted, eller (). Så.. altså.. *Samarbejdet* inden for selve sundhedsvæsenet synes jeg måske *ikke* er så godt.

I: Nej.

C: Altså, jeg synes måske ikke lige de får snakket ordentligt... sammen, sådan... Altså...

I: Mh.

C: Fordi at, jeg synes at man får mange forskellige oplevelser sådan... (). så..

I: Jah. Så der er nogle, hvad kan man sige, regler og retningslinjer, inden for sundhedsvæsenet, som gør det svært at bruge måske, i forhold til det her med *samarbejdet*?

- C: Det kan... Det kan også godt være, at det er det, men altså det... Sådan... Jeg synes, ja... Det kan også godt være, at det er det, fordi det er svært for dem at komme ind over, fordi de måske skal have underskrifter for at få at vide det ene eller det andet. Men altså, jeg... Ja, jeg synes i hvert fald bare, at det der med lægen dernede ((behandlingscenteret)) og ens egen læge, der skal de finde ud af, der skal de i hvert fald-, der synes jeg godt, at de kunne blive-, finde ud af noget mere, altså "er du ved dén læge-, er du ved *deres* læge ((behandlingscenterets)), eller du ved din egen".
- I: Mh.
- C: Fordi at jeg må da ærligt indrømme, det er da lidt træls, at man skal henvende sig til to læger, før du kan finde ud af, hvor du egentlig skal hen, altså. Hvad er det for noget, hvad fanden der egentlig sker.. Ikke.
- I: Hvordan ville det være anderledes for dig, hvis-, hvis du *bare* kunne gå til din egen læge, eller hvis du *bare* kunne gå til ((behandlings))centeret?
- C: Hvis jeg *bare* kunne gå derned ((behandlingscenteret)) for eksempel, det ville jo være nemt, ikke. Fordi, så... Så kan jeg gå derned og sige, hvis jeg for eksempel løber tør for min inhalator, så kan jeg sige det dernede, og jeg skal ikke til at sidde og ringe til min læge. Men det er også bare med-, bare man *vidste* det. Det er lidt mere besværligt at skulle ringe til sin egen læge, det er altid nemmere at bare kunne gå ned og sige det, sådan vil det altid være jo, men... Men hvis jeg bare *vidste*-, altså fordi det er sådan lidt, øh... Så går man ind og spørger dernede ((behandlingscenteret)) "skal jeg bare snakke med jer, eller?"-
- Mand: ((Afbryder)) Hvad er der til mad i dag?
- C: Eller kan jeg-, eller skal jeg til min egen læge, ikke. Altså, man skal sådan spørge, agtigt.
- I: Ja.
- C: Og hvor jeg godt bare ville vide, altså.
- I: Ja.
- C: Altså...
- I: Så noget information omkring det-

- C: Jah, jeg siger at jeg vil bare godt *vide*, altså. Kan han sørge for, at jeg får min inhalator, for det var dernede ((behandlingscenteret)), jeg startede med at få den, men nu om dage skal jeg hente den derude ((egen læge)) ikke, og sådan noget, altså... Det er sådan... *Samtalenettet* synes jeg måske ikke er så godt, det er mere dér den ligger, altså jeg tror...
- I: Ja.
- C: Men-, men jeg ved så heller ikke, hvad man skal gøre, jeg har ikke forstand på det, så jeg ved heller ikke hvad man skal gøre for at de kunne snakke bedre sammen. Men altså, jeg ville da foretrække at have min læge *derude* ((behandlingscenteret)), også når jeg går dernede. De kender mig bedst. Alle dem, de ved, hvad der foregår, de ved, hvad der foregår i mit liv, øh... Både personligt og det ene og det andet, ikke. At tage ud til min læge, de ved jo ingenting, fordi jeg kommer jo næsten ikke derude.
- I: Nej.
- C: Fordi jeg kommer hernede ((varmestuen)). Så jeg kan godt se pointen i-, selvfølgelig vil der nok være nogle ting, man skal tage ud til sin egen læge for, men altså... Mange ting vil jeg da helst komme her () ((hund gør højt i baggrunden)).
- I: Føler du, at der er forskel på, alt efter hvor du henvender dig-
- C: Nej, egentlig ikke-
- I: I sundhedsvæsenet-
- C: Egentlig ikke-
- I: Om de har *forståelse* for dig?
- C: ... Ja, måske lidt, altså det der med at lægen-, det er sådan lidt mere "ej, du er narkoman". Dernede ((behandlingscenteret)), der bliver du jo ikke stemplet som en narkoman, for der *ved* de det jo godt. De ved jo godt, hvordan det hænger sammen. Dernede ((behandlingscenteret)) der føler man ikke forskelsbehandling ((forskelsbehandling)). Det er nok nærmere dét, det gør du andre steder... Ikke, altså... Det er lidt den der-, når du sidder og siger "ej, men du er mis-," så er det lige som om, så falder det sådan lidt med-, "ej men, det kan være, at det er dét, det kan være, at det er dét, det kan være, at det er dét. Vi må tjekke, når du måske er kommet over på noget andet ((medicin)) eller"... Det er sådan meget-, ens

læge er meget løs, ikke. Så-, altså, jeg ved, at der var mange år, hvor jeg ikke kunne få svar på nogle bestemte ting derude ((sygehuset)), hvor jeg bare fik at vide ”så længe du er på metadon, og så længe du er på udtrapning, og alle mulige ting-, altså når du engang er stoppet med alt det, så kan vi svare dig, for så længe du får medicin på den måde, så kan vi ikke svare dig på, hvad der er galt”.

I: Okay.

C: Det er jo sådan... Kort for snuden, ikke, at du bliver bare nødt til at stoppe med det hele, før vi kan hjælpe dig. Det er jo nærmest det, de siger, ikke. Går jeg herved ((behandlingscenteret)), så siger de jo ikke, at du skal stoppe med et eller andet. Så tjekker de jo op, altså.

I: Så der *er* en anden forståelse for, hvad det er, du kommer med? (15:00)

C: Det... Altså, det er-, det var det jeg sagde, som en narkoman før. Altså, det der, det... Du kan godt mærke, at folk ser anderledes på dig, når du... Også selvom du er i behandling.

I: Ja.

C: () Så...

I: Føler du, at personale påvirker din lyst til at få hjælp?

C: Nej nej, overhovedet ikke. Nej nej, slet ikke. For det er jo ikke personalet, der...

I: Nej.

C: Det er jo ikke dem, der styrer, hvordan det foregår.

I: Så det er ikke dem, der kan motivere eller demotivere dig?

C: Jo jo, de kan sagtens motivere, men det er ikke dem, der gør, om jeg bliver gal, altså. Det er jo ikke dem, der laver reglerne.

I: Mhmh.

C: Altså de, de står jo kun () for dem. Så det... Det synes jeg egentlig ikke, at... Det er ikke sådan, at jeg har det bedst med, at gå til den ene med det ene og den anden med det andet og den tredje med det andet, og sådan. Der går jeg bare til, hvem jeg lige falder over, så...

I: Jah... Føler du, at de motiverer dig?

- C: Til hvad?
- I: Til at indgå i behandlingen, så du har lyst til-
- C: Altså jeg indgår i behandlingen, men der er ikke nogen motivation til at trappe ud.
- I: Nej?
- C: Overhovedet ikke.
- I: Okay.
- C: Ikke det mindste. Altså...
- I: Kunne du tænke dig, at de var mere motiverende?
- C: Jeg synes da, at ens egen behandler burde have sådan lidt en... øh... ”Har du snart lyst til udtrapning? Er du måske snart klar til en udtrapning? Er der noget af det, du er på, du kunne tænke dig, at vi begyndte at trap-”, altså, det er der ikke noget af. Det... Det... Sådan, da jeg startede nede på heroinklinikken, der hed det sig, at du skulle have en behandlingsplan, der gik fremad. Ellers, så kunne du ikke gå dernede.
- I: Okay.
- C: Det er bare faldet til jorden sådan igennem tiden. Nu kan du bare gå derned og hente dit dyt ((heroin)) og gå igen. Så der er flere narkomaner hernede ((varmestuen)), der render og får sit morgendyt ((heroin eller andre narkotika)) hernede. Så render de derned ((behandlingscenteret)), når de åbner, og får sit dyt dernede, så render de rundt her hele dagen og får sin dyt her. Så går de ned og henter sit ekstra dyt dernede ((behandlingscenteret)). Mange bruger det jo bare til at få to ekstra dyt om dagen. Og så render de jo bare rundt, så får de samtidig... Så får de jo også et buskort, og de får det ene og det andet ved at gå dernede, ikke. Så... Dem kan jeg godt blive sådan lidt *irriteret* over, dem der, som jeg ser render rundt hernede ((varmestuen)) og tager alt muligt, og så bare går derned ((behandlingscenteret)) for at få et ekstra dyt.
- I: Ja.

- C: Ekstra dyt, og så... Og så fordi... Jeg kan da godt se for en narkoman, som har brug for sit dyt, så er det da nemt at blive meldt ind dernede ((behandlingscenteret)), og så få to ekstra dyt.
- I: Mh.
- C: Det er stadigvæk to gange... Det er 400-500 kroner de sparer på en dag, på to dyt, altså... Så... Det...
- I: Hvad tænker du om det her med, at der ikke nødvendigvis skal være fremgang?
- C: Mh... Det synes jeg jo bare er noget mærkeligt noget. Jeg synes, der... Altså, nu har jeg det seriøst, altså... Til at starte med, der var der det der med, at der skulle være fremgang. Det synes jeg var lidt pres. Men jeg synes bare godt, at de... Altså, ens behandler kunne bare godt jævnligt spørge ”er du snart lyst, eller er klar til, at vi begynder at snakke om, at det er-”, fordi de skal jo ikke bare holde én dernede. Jeg ved godt, at det er deres arbejde at skulle tjene penge og la la la. Men det er jo heller ikke der den ligger i, fordi når jeg kommer ud, og der var en ny én ((ansat på behandlingscenteret)), så er det jo ikke fordi... Men, de er bare ikke særlig motiverende-, altså der er ikke nogen, som kommer og spørger dig, om du har lyst til at trappe ud.
- I: Nej.
- C: Det er der ikke.
- I: Og det hører jeg dig sige, at det kunne du faktisk tænke dig, at de engang imellem tjekkede ind?
- C: Jah, jeg kunne godt tænke mig, altså bare engang imellem, at blive spurgt om, om ”benzoer ((benzodiazepiner)), altså har du lyst til at komme ud af dine benzoer? Fordi vi kan se, at de er steget lidt. Vi kan se, at det er løbet lidt af med dig” eller..
- I: Mh.
- C: Men øh... Ikke fordi de skal holde øje, også bare at blive spurgt engang, bare... Når man ind imellem har en-, sidder og laver-, snakker med dem, og de så spørger ”har du tænkt over, om du måske snart vil begynde at ud af det?”. For det er et *behandlingscenter* for at komme ud af det.

- I: Mh.
- C: Ikke. Og jeg vil sige, når der ikke er nogen, der går og spørger én, om man vil ud af det, så tænker man jo heller ikke over det.
- I: Nej.
- C: Altså jeg henter jo bare den samme dosis hver dag, og har gjort det snart de sidste 10 år, og... Og jeg har ikke været hverken oppe-, altså trappet ud eller haft stoppet eller...
- I: Nej.
- C: Altså... *Det* er der ikke-, det er der ikke den store motivation til dernede.
- I: Nej... Okay.. Godt.
- C: Altså..
- I: Nu har vi snakket om behandlingscenteret, og du går i behandling dér. Og er egentlig relativt tilfreds, lyder det til-
- C: Ja ja ja.
- I: Med det du får, men kunne ønske dig lidt.. Lidt mere.
- C: Ja.
- I: Hvad med sådan generelt i sundhedsvæsenet? Føler du, at de kan hjælpe dig med de problemer, du har?
- C: Jeg bruger ikke rigtig sundhedsvæsenet, altså...
- I: Nej...
- C: Jeg bruger jer hernede ((varmestuen)), det er så sådan-, men jeg bruger ((behandlings))centeret og jer. Det...
- I: Og med ”jer”, der er det personalet i varmestuen, du-
- C: Ja, altså falder jeg-, nu faldt jeg i nat og slog-, altså nu skulle jeg ned med min hund her i nat og gled på... Tredje eller fjerdesidste... trin, og når man så har et eller andet i armen, som ens hund, eller et eller andet, som man gerne vil passe på, så løfter man det jo bare op ad. Så, jeg ender med at banke min læn og min albue-, fordi jeg tager fra med albuerne, og den ned sådan ”dunk”, ikke.. Og, det

første jeg tænker, det er jo ikke ”ej, jeg skal have fat i min læge” eller ”jeg skal ringe-”. Det første jeg tænker, det er ”Jeg skal *herned* ((varmestuen))”.

I: Ja.

C: Altså... Det er bare naturligt for mig. Altså...

I: Og hvad tænker du, der er med til at gøre, at du vil foretrække at tage *herned* ((varmestuen))?

C: Men det er jo for det første nok, altså noget af det der med, at man skal til at ringe og lave tid, selvfølgelig også... Men også noget at gøre med at jeg føler, at I kender mig *bedre*.

I: Jah.

C: Jeg har ikke været ret meget ved min læge over de sidste mange år, fordi at meget bliver ordnet *hernede* ((varmestuen)). Ikke. Jo, jeg har været lidt ved min læge, men det er meget lidt. Men jeg føler bare at folk, både *hernede* ((varmestuen)) og *dernede* ((behandlingscenteret)), kender mig *meget bedre*.

I: Mh.

C: Og det har bare rigtig meget at sige, synes jeg, i forhold til hvordan man *skal* behandles, hvordan man *bliver* behandlet, også *ens behandling*.

I: Mh.

C: Om... Altså, at folk *kender* lidt én, ikke. Altså, de ved hvordan man... Agerer, reagerer.. Overfor tingene, altså, ikke... Og derfor synes jeg bare ikke, at det er særligt-, og så også min læge, altså der er seks forskellige, som arbejder derude. Jeg kan risikerer at komme ind til en forskellig hver gang. *Hernede* ((varmestuen)), der ved jeg, hvad jeg kommer ned til. Jeg ved, hvad jeg kan regne med, jeg ved, hvad for noget hjælp, jeg kan regne med, jeg ved hvad... altså...

I: Gør det en forskel, at du kender de andre brugere *hernede* ((varmestuen)) også, og at du ikke skal sætte dig ind i et venteværelse for eksempel-

C: Nej nej, det gør slet ikke nogen forskel.

I: Nej.

- C: Altså selvfølgelig er det dejligt, at man kender folk, men det har ikke noget med det at gøre.
- I: Nej.
- C: Det har noget at gøre med, at jeg føler for eksempel at ((to sundhedsfaglige på varmestuen)), de kender mig meget bedre, og ((kvinde)) specielt, ikke. Og nede på ((behandlings))centeret, der har de jo kendt mig i over 10 år, ikke, så... Og det er jo hver dag, det der med, at man ser nogle mennesker hver dag, ikke.
- I: Mh.
- C: Det har altså meget at sige i forhold til både tryghed og... At tale frit, og at de kender én og sådan noget. For folk der ser én hver dag, de oplever jo ens liv som fra sidelinjen, ikke. Så derfor, så føler jeg jo også tit, at de ved mere, altså... Ligesom kan sætte sig mere ind i min situation, ikke.
- I: Mh... Er du... Det, jeg hører dig sige her, skal det forstås sådan, at du er mere tryk ved, at bruge-
- C: Ja.
- I: De sundhedsfaglige-
- C: Meget mere, meget mere.
- I: Ja.
- C: Også fordi, sådan som jeg siger, dét at der arbejder seks forskellige ((ved eget lægehus)), og.. jeg har været inde ved de forskellige, og det er også fint nok og sådan noget der, men altså, så den ene gang jeg var dernede, og vi snakkede om med hensyn til at ryge bong og ryge hash. Og der siger han til mig, lægen, og det er hans direkte ord. Vi sidder og snakker om mine lunger og min KOL, og så siger han til mig ”Ja, men hashen kan jo ikke have nogen indflydelse på dine lunger, for så længe du rister tobakken, så er der jo ikke noget nikotin i”. Det sidder en faglig læge og siger til mig, direkte. Ude i lægehuset. Der må ærligt indrømme, efter jeg fik den der med, at så længe jeg husker at riste tobakken, når det var, at jeg røg mit hash, så ville det ikke gå ud over mine lunger. Dén må jeg ærligt indrømme, den røg sådan lidt mere over i min... Er det alternativ behandling vi er i gang med nu, eller hvad laver vi lige? Fordi *det* havde jeg ikke regnet med at høre fra en læge.

- I: Nej.
- C: Også fordi jeg ved, at det ikke passer. Altså.. Ikke, altså... Og der tabte jeg sådan lidt, øhm... Ja, der tabte jeg nok sådan lidt-, også tilliden til, eller sådan seriøsiteten, ikke?
- I: Mh.
- C: Fordi, jeg kunne ikke rigtig lige se, hvor den kom fra.
- I: Nej.
- C: Det synes jeg, var sådan lidt... Ja.
- I: Så det er jo lidt i forhold til din opfattelse af din læges kompetence for eksempel.
- C: *Ja ja*, men da jeg begyndte derude, der valgte jeg, at jeg helst kun vil se én, der hedder ((kvinde)) hver gang. Men fordi jeg så skulle til lægen og la la la, så sagde de "hun kan ikke lige, hun kan ikke lige, hun kan ikke lige, hun kan ikke lige"-ikke. Så vælger jeg-, så siger jeg "jamen, så bare dén, der kan"-ikke. Så endte jeg så inde ved ham, der sagde det der med, at hvis jeg rister min tobak, så kunne hashen ikke... gå ud over mine lunger. Og der-, jeg vidste ikke om jeg skulle grine, eller om jeg skulle sidde og sige-, øh... Altså, jeg vidste næsten ikke, hvad jeg skulle sige til ham.
- I: Nej...
- C: Fordi at, så-, altså det synes jeg bare ikke er særlig seriøst, altså...
- I: Okay... Og hvad tænker du-, hvad gjorde den oplevelse ved dig og din opfattelse-
- C: At jeg da ikke har lyst til at gå ned og sidde og snakke om mit KOL med dem igen, altså. Hvis en mand vil sidde og snakke-, en *læge*, altså en faglært-, udlært *læge*, man sidder og snakker om KOL om, kan sidde og sige "så længe du rister din tobak når du ryger hash, så går det ikke ud over dine lunger". *Det* kan jeg ikke tage særlig seriøst.
- I: Nej.
- C: Det kan jeg ikke, altså... Så derfra har jeg nok også mistet lidt min seriøsitet til hvorfor jeg... Altså... Så... Men så er det nok også bare det der igen, som du

siger, at jeg er *tryk* og jeg har ikke prøvet endnu at få et nej, ved at de ((varmestuens personale)) skal kigge på noget, og jeg... Ikke, altså, så det er også bare mest behageligt at vide-, og så længe, man også skal stå at vise noget og man-, og i dag hvor jeg både skal vise min læn og min ryg og det hele, så er det-, der er vil jeg sige, jeg vil da hellere ind til ((to sundhedsfaglige på varmestuen)) eller én dernede ((behandlingscenteret)), end jeg vil ud til lægen, altså...

I: Mh.

C: Så... Så...

I: Okay. Hvad skal der til for, at du vil føle dig sådan *inddraget* i den behandling, du modtager?

C: Jamen, vi laver jo-, vi sidder jo og snakker med vores behandler. Vi lavede jo lige sådan et årshalløjsa, eller halvårs-halløjsa her den anden dag. Der kan jeg ikke forstå, hvorfor hun ikke sidder-, hvorfor spørger éns behandler ikke ”er du her bare for at være stabil, eller er du her, fordi du gerne vil ud af det?”. Selvfølgelig kan man også godt selv sige noget, og det ved jeg også godt, man kan godt åbne munden selv. Men jeg synes bare, at behandleren burde gå op i sin klient, og op i om, altså... ”Er du her bare lige for at være stabil et stykke tid, så v ikke skal blande os i, om du vil trappes ud lige i en periode, eller vil du gerne...”
Altså... Får du ikke spørgsmålet, eller bliver du ikke stillet spørgsmålet, eller bliver du ikke stillet muligheden, får du ikke muligheden, jamen så *gør* du det jo heller ikke.

I: Mh.

C: Og er der ikke nogen, der sidder og siger til dig ”kunne du tænke dig sådan, eller at vi *gør* sådan, eller vi *gør*..” så *gør* man det jo heller ikke. Altså nu har jeg gået dernede i snart 10 år, ikke. Og det har nok også meget at gøre med, at der ikke er blevet foreslået det her med at komme ud af det. Fordi, det er bare blevet et trummerum, jeg føler, at det er fire år.

I: Mh.

C: Men det er det altså bare ikke, ikke, fordi det er bare la la la la la la la la, ikke. Og så længe man ikke bliver bedt om at stoppe eller sagt ”*Nu* laver vi altså en udtræning, så du kommer længere ned”, så sker der ikke noget.

- I: Nej... Okay, så du kunne godt tænke dig, at blive spurgt mere ind til, hvad *du* faktisk gerne vil?
- C: Jeg synes i hvert fald godt, at de kunne sætte sig ned og sige ”er du her nede bare fordi du gerne vil have et stabilt forløb, så du ikke skal rende og tage på gaden? Eller er du hernede, selvfølgelig også på grund af det, men også fordi du gerne vil *ud* af det?”. Fordi, så burde de sætte gang i en *nedtrapningsplan*.
- I: Ja.
- C: Ikke? Men det gør de ikke. Altså...
- I: Og hvad med sådan, med det øvrige sundhedsvæsen? Nu ved jeg godt, at du har sagt, at du har ikke så meget *kontakt* til dem, men du har lidt kontakt til egen læge-
- C: Ja ja ja, altså jeg har jo min støtte-kontaktperson og sådan noget der. Og altså, jeg vil sige... Igen gennem de sidste 10-15 år med de støtte-kontaktpersoner, jeg har haft, har jeg været rigtig heldig. Fordi jeg har virkelig klikket og haft nogle rigtig gode støtte-kontaktpersoner, og sådan noget. Jeg ved så også, at der er andre, der har haft det nøjagtigt omvendt, så... Så... Så det, men det-, det er den eneste kontakt, jeg ellers har til sundhedsvæsenet.
- I: Ja.. okay.
- C: Ellers, så har jeg ikke rigtig andet... Så...
- I: Hvis du sådan prøver at tænke på et tidspunkt, hvor du for eksempel har opsøgt behandling. Så har man ofte et *formål* eller et *ønske* med, hvad man gerne vil have ud af at *modtage* den-
- C: Det er jo, at man gerne vil ind og trappes ud på et tidspunkt.
- I: Ja.
- C: Men når tilbuddet ikke kommer, og sådan... Så *gør* du det heller ikke, som narkoman går du heller ikke bare ind og siger-, lige pludselig ”nu vil jeg bare gerne trappes ned”. Det kan du sagtens, men den kommer ikke sådan bare lige ud af dig.
- I: Nej.

- C: Det er noget du sådan skal-, det er også derfor man *har* en behandler, det er vel også for at få lidt motivation og én, som står bagved én, hvis det er hårdt.
- I: Mh.
- C: Men jeg kan ikke rigtig se-... Altså, behandlerne, de sidder-, altså, har vi dem bare for at sidde og snakke med dem, eller? En behandler er vel én, som skal hjælpe én med at komme *ud* af det.
- I: Ja.
- C: Altså...
- I: Så der er nogle lidt modstridende mål omkring hvad formålet er med-
- C: Det synes jeg, der er, for en behandler burde jo være én, der så har det mål at ”min klient skal ud af det” og når min klient så er ude af det og har det godt, så får man nye klienter, og så skal man så sætte sig ind i den klient, og så finde ud af at få *dem* ud af det. Men det er lige som om dernede ((behandlingscenteret)), at de bare håber-, ej, det er grimt at sige, men at de bare håber på at holde på arbejdspladserne, ikke... Hvis der ikke er nogen klienter, så er der heller ikke nogen arbejdsplads.
- I: Mh.
- C: Men det er jo nok grimt sagt. Det er nok bare en... Men altså, der er ikke-, jeg synes ikke... Der er ikke nogen opfordring eller nogen motivering til, at man skal begynde at trappe ud.
- I: Nej.
- C: Overhovedet.
- I: Føler du, at personalet i sundhedsvæsenet er til at komme i kontakt med?
- C: Altså, hvad-, ((behandlings))centerets personale?
- I: For eksempel.
- C: Ja ja, jeg synes, at de er nemme at komme i kontakt med, både her ((varmestuen)) og dernede ((behandlingscenteret)) og det hele. Og nemme at snakke med, og også hjælper med problemerne. Men der er bare nogle ting-, der er jo en grund til, at man går i behandling. Det er fordi, at man ikke er stærk nok til at

sige ”nu går jeg i nedtrapning, nu går jeg bare”. Det går man jo i behandling for. Og det er der jeg tror, det tabes lidt for mig, fordi... Hvordan er man i behandling, hvis man bare går ned og får sin medicin?

I: Mh.

C: Så er man jo bare i noget vedligeholdelse... Du er jo ikke i en behandling, hvis der ikke foregår et eller andet med, at du bliver trappet ned, eller at der foregår en eller anden form for snak bare. Bare snak til at udtrappe. Snak til, hvordan det kunne blive nemmere at komme ud af det, altså. Når der ikke er noget af det, så er der jo ikke noget.

I: Nej... Så det er nemt nok, hvis du gerne vil opsøge dem?

C: Ja ja, du kan sagtens opsøge dem og sige-, men det gør ikke ret meget-, altså gik jeg ned nu i morgen og sagde ”jeg vil gerne have, at vi laver en behandlingsplan”. Så kan der gå en uge før min kontaktperson kommer og siger ”hvad var det lige du sagde sidste uge med, at du vil have en-, skal vi lige sætte os ned, lige få taget en kort snak om det?”. Det er nok det meste, jeg får ud af det.

I: Okay.

C: Det er sådan lidt mere op til os selv, hvis vi vil ud af det.

I: Ja.

C: Ikke. Og selvfølgelig er det op til os selv, men behandleren skulle helst være der for at støtte os.

I: Mh.

C: Så... Men...

I: Så hvis du gik ned og sagde det, så vil der faktisk også være noget ventetid, lyder det til, før der så *måske* ville-

C: Ja, man ville nok ikke sige til mig lige med det samme ”det er *fandme* godt, Camilla, så sætter vi os ned nu og så finder vi ud af det”.

I: Nej.

C: Det kan vi snakke om...

- I: Og hvad tænker du om den ventetid, du så allerede nu tænker, der ville være, hvis du gjorde det?
- C: Jamen det gør jo bare, at man bliver umotiveret, og så tænker man-, især når det bare-, hvis det er-, nogle gange kommer de slet ikke, fordi de glemmer det, ikke. Så ender det jo bare med at man helt glemmer det selv. Så kommer... Så var det håb-, så var den lyst til lige at komme i udtrapning, så er den forbigået, ikke.
- I: Ja.
- C: Så kan man vente til næste gang man føler sig stærk nok til det, ikke, og håbe på, at de gider at reagerer der. Men... Det er bare ikke altid, at det lige er nemt at få dem til at reagerer.
- I: Nej... Hvad hvis du for eksempel-, du har også tidligere sagt, at du faldt og du tænkte først ”jeg skal herved på varmestuen og have fat i nogen, der lige kan kigge på mig”-
- C: Ja.
- I: Og ikke ”jeg skal til egen læge”.
- C: Ja.
- I: Og der nævnte du der sådan, det er også mere besværligt faktisk at skulle ringe op.
- C: Ja, men det har-, ja, men jeg siger også, det har nok også meget med det at gøre. Det der med, at man skal ringe til sin egen læge, have en tid, ikke, og så skal du så ud på et eller andet tidspunkt, ikke. Det er jo nemmere at gå herved ((varmestuen)) og så få kigget på-, det har også noget med *nemhed* at gøre.
- I: Ja.
- C: Altså...
- I: Så der er mange *trin*, hvis du skal bruge det-
- C: Lægen. Ja ja, så skal jeg ringe derud, jeg skal have en tid, jeg skal gå og vente, øh... Hervede ((varmestuen)), der skal jeg bare gå herved og jeg kan få kigget på det med det samme.

- I: Ja.
- C: Jeg skal ikke sidde og vente tre dage på at jeg kan komme ud til lægen... Og altså, jeg skal ikke... Og det... Så derfor er det bare blevet nemmere. Jeg synes også bare at... I det jeg så har snakket så meget-, været så meget henede, så synes jeg også bare at det er mere behageligt, altså.
- I: Mh.
- C: Altså... De kender mig bedre, ((varmestuens personale)), eller ((kvinde)) gør i hvert fald, nu ved jeg ikke med ((anden kvinde)). ((Kvinde)) kender mig bedre end nogen af de læger derude gør, så altså... Også med de sidste-, altså, alt jeg har fået opereret og lavet sådan inden for de sidste... Det er jo-, altså, hun ved jo mere om det hele end nogen andre, så...
- I: Ja...
- C: Så... Så det er jo bare for mig at gå ud til ((kvinde)). Og, hun siger det jo også til mig-, hun siger jo, hvis jeg har nogen-, hun siger jo også, hvis jeg skal gå til min læge. Hvis det er så slemt eller hvis det er så grelt, så siger hun det jo også... Men altså, jeg har det bare bedst med at gå hened ((varmestuen)), fordi det føler jeg bare er mest...
- I: Ja... Kunne du tænke dig noget af sundhedsvæsenet, noget *andet* eller noget *mere*, end det de kan tilbyde på nuværende tidspunkt?
- C: Nej... Jeg synes egentlig bare, at alt hvad jeg har hørt om sundhedsvæsenet, og af sundhedsvæsenet gennem tiden, det har egentlig været noget... Ja, det ved jeg ikke, altså... Jeg ved ikke rigtigt, hvad sundhedsvæsenet, de... Gør. Eller har med at gøre, eller hvad de-, altså... Altså... Jeg synes, sundhedsvæsenet... Det har ikke sådan en-, altså inde i hovedet, der betyder det ikke bare-, når man siger sundhedsvæsenet ”nå, det er dem og dem og dem”. Altså, sundhedsvæsenet for mig, der er sådan lidt-, sundhedsvæsenet, det er dem, der bestemmer hvor mange, hvornår man må få *de* piller og hvornår man må få *de* piller, og... Sundhedsvæsenet, det er dem, der bestemmer, hvornår de piller ikke må købes mere, når folk lige pludselig ikke må få alopam’er mere, de alle sammen bare skal have truxal’er. Sådan noget der. Derfor synes jeg, altså... Sundhedsvæsenet synes jeg bare har haft en masse dumme oplevelser og dårlige beslutninger, altså i forhold til, altså... Min mor, hun gik og... Jeg tror, hun var-, hvad har

hun været, 63, og hun havde ondt og det ene og det andet, og hun havde fået alopam i næsten 10 år. Og jeg kender godt forskellen på alopam og truxal hernede fra ((varmestuen)). Sa kørte de hende fra alopam over på truxal. Det kan jeg jo slet ikke se pointen i. Og jeg bliver jo halvgal på sundhedsvæsenet, fordi min mor sidder med leukæmi og det ene og det andet, ikke. Hvorfor kan hun ikke bare få lov til at få sine alopam'er?

I: Mh.

C: Hun er ikke misbruger, hun er ikke én, der tager flere af dem for at blive skæv. Hun er ikke nogen, der gør noget som helst i den stil der. Hvorfor skal hun lige pludselig over på-, altså over på truxal. Det er sådan noget, hvor jeg tænker-, det er sådan noget, hvor jeg sidder og tænker at sundhedsvæsenet-, de sætter sig jo ikke ind i, hvad person-, altså hvad folk har, altså... Det... Jeg ved ikke, jeg synes-, jeg har ikke så meget positivt at sige om sundhedsvæsenet, må jeg ærligt indrømme.

I: Og det er fint.

C: Det er heller ikke fordi jeg har så meget *negativt*-

I: Nej.

C: For jeg kender ikke sådan. Men jeg synes bare ikke de har... Det er ikke sådan, så jeg tænker "sundhedsvæsenet; godt gået, man!".

I: Nej.

C: Ikke ligesom jeg har det med hernede ((varmestuen)) eller dernede ((behandlingsscenteret)) eller et eller andet. Derfor så har jeg bare ikke den følelse.

I: Kunne du tænke dig, at egen læge for eksempel, var mere opsøgende eller man gjorde mere for at nå ud til dig?

C: Næh.

I: Nej.

C: Egentlig ikke. Jeg har egentlig ikke brug for det.

I: Og hvad tænker du, at det skyldes, at du ikke har brug for det?

- C: Det er bare, jeg har vænnet mig til at komme hernede ((varmestuen)) altså, jeg har vænnet mig til... At ting de går (-), if it ain't broke, don't fix it, du ved. Altså, hvis tingene ikke er så-, så skal man ikke lave om på dem, så... Så... Altså, den måde jeg gør ting lige nu på, med at... Altså, falder jeg og *slår mig helt vildt*, så tager jeg selvfølgelig på skadestuen eller et eller andet, men sådan noget som der i nat, der går jeg herned ((varmestuen)), altså... Fordi at, altså... Ja.
- I: Har du haft en oplevelse, hvor du har haft-, altså hvor du har følt det *nødvendigt* faktisk, at tage direkte på skadestuen?
- C: Nej.
- I: Nej.
- C: Nu har jeg aldrig brækket noget eller... Ja, jeg har aldrig brækket noget, jeg har faktisk forstuvet en lillefinger engang, men det er det eneste, jeg nogensinde, syv ni tretten, har lavet. Så jeg har aldrig sådan... Altså, jeg har ligget ude på sygehuset en måned engang med lungebetændelse. Og... Ja... Altså... Det var jo sygehusvæsenet, det var jo flinke nok, men ()...
- I: Så den måde det er på nu, der hører jeg dig sige at, at varmestuens sundhedspersonale-
- C: Ja.
- I: Og behandlingscenteret, det kan faktisk, for det meste, dække dine behov?
- C: Ja.
- I: Og en sjælden gang imellem, så ved du, at så er du nødt til at henvende dig til egen læge.
- C: Ja ja ja, altså også når de siger til mig der, altså for eksempel, nu ((varmestuepersonale)) skulle kigge på mine tæer, og så sagde, at hun syntes helt sikkert, at jeg skulle få et kontrol der hvor jeg blev opereret.
- I: Ja.
- C: Så gør jeg jo også det. Så, altså... Så gør jeg jo det, ikke. Men altså, havde ((varmestuepersonale)) sagt ”det er som det er, fint, du skal bare lade det være”, altså så havde jeg ikke gjort noget.

- I: Okay.
- C: Jeg stoler 100 procent på deres, øh...
- I: Ja.
- C: Så... Der har jeg ikke nogen...
- I: Nej. Tænker du, at der er andet vi skal ind på nu her, Camilla, for at få et indblik i din opfattelse af...?
- C: Næh... Altså... Hvis det er det-, altså... Det der med sundhedsvæsenet, altså, der har jeg kun det at sige, at der foretrækker jeg meget hellere jer ((varmestuen)).
- I: Jeg ved også godt, at I ((varmestuen)) er en del af sundhedsvæsenet, men... Når man i forvejen er misbruger, og man har en masse ting og... Sådan noget, så det der med lige at huske at få ringet til lægen lige mellem otte og ni om morgenen. Det er altså ikke de ting, selvom man prøver at skrive det ned, selvom man prøver... Så har man altså nogle gange nogle ting, som bare gør, at det er ikke lige det nemmeste. Så det der med at skulle lave aftaler til at for at kunne komme til lægen. Det er ikke så nemt for en misbruger. Vi er ikke så gode til faste aftaler klokken dit og dat og sådan noget. Og det er ikke fordi at man ikke gider. Det er fordi at ens, altså... Sådan fungerer vi bare ikke oveni hovedet åbenbart som misbruger. Det... Så kommer man for sent, og så står man derude en halv time efter, og... Man kan ikke-, altså det hele-, det gør-, det er i hvert fald sådan, det ender, for mig. Og derfor igen, som jeg siger, så er det jo igen meget mere behageligt og meget mere... Nemt for mig at gå herved ((varmestuen)), jeg skal herved alligevel. Og det er jo ikke sådan, at jeg bare tænker ”ha ha, så er jeg fri for at gå til lægen, så kan de bare-”. Fordi at altså, så... Jeg føler mig bare tryggere ved det, jeg har fået en... Både ved min ri-, altså jeg har haft slag i ribbenene, jeg haft det ene og-... Jeg har... Det har jo været en fint svar jeg har fået dernede ((behandlingscenteret)), og de har holdt øje med mig, hvis der var noget, der skulle holdes øje med og...
- I: Mh.
- C: Og det har gjort, at jeg har følt mig tryk ved det og... Og så... Så...
- I: Ja. Fint.

- C: Så...
- I: Nogle gange når man opsøger behandling, øh... sundhedsbehandling, helbredsbehandling, så kan det være, at man får hjælp til noget, som faktisk ikke var det, man kom med, men noget ud over.
- C: Ja.
- I: Er det noget, du har oplevet?
- C: Hm.... Nej.
- I: Nej.
- C: Fordi, altså jeg er kommet for at få hjælp til heroin, og der... Gik der ikke ret lang tid før heroinklinikken åbnede, så der fik jeg jo faktisk-, og det gjorde jo også, at jeg faktisk *kunne* smide heroinen ved siden af. Fordi jeg fik det der skud, jeg fik følelsen. Det er den eneste følelse, jeg bare lige havde brug for hver dag-, jeg gik og søgte hver dag. Det kunne jeg lige pludseligt få dernede ((behandlingscenteret)). *Lovligt. Overvåget.* (). Det gjorde jo, at jeg kunne... Ligesom begynde at stoppe med at handle på gaden, jeg kunne ligesom gå herved ((behandlingscenteret)) og få taget mit dyt ((heroin)), gå hjem, og så var jeg faktisk tilfreds.
- I: Mh.
- C: Så... At heroinklinikken er kommet, det har betydet *ufatteligt fatteligt* meget for mange, tror jeg. Og har gjort, at ufatteligt fatteligt mange har kunne komme tilbage til en almindelig hverdag, fordi de skal ikke rende og bruge penge på det her enkle skud, eller på det her... Eller sælge sig selv for det, eller... Gå ud og stjæle for det, eller... For det er kun det her ene-, lille skud-, nogle vil selvfølgelig gerne have flere. Jo flere de kan få, jo bedre, ikke. Men får man bare lige det første ene der, så er den altså ikke værre, end at du godt sagtens kan overleve, og du har det godt og du har det fint og du er dækket ind, du er ikke dårlig eller noget som helst. Så er du... Så når jeg går dernede fra, så... Ved jeg jo, indtil dagen efter, der mangler jeg ikke noget. Jeg får ikke lyst til noget, jeg får ikke brug for noget.
- I: Mh.

- C: Ikke, og det har jeg jo også været det-, altså det har været en stor hjælp for *mig* i hvert fald, synes jeg.
- I: Ja.
- C: Men det er jo også igen det der med, at nogle er skydere, nogle er sniffere, nogle er-, og dem der skyder, de-, vi... Man bliver altså virkelig afhængig af det der stiksus og den der nål, ikke. Og derfor, så har det jo meget at sige, at de åbner et sted, hvor man faktisk kan få lov til at sidde og gøre det. Ikke. Fordi, jeg kunne da-, så havde-, var det bare ((meta))doner de havde dernede, så kunne jeg da komme og hente ((meta))doner hver dag, og jeg var dækket ind, men jeg var ikke *tilfredsstillet*, for jeg havde ikke fået mit-,. Så jeg ville stadigvæk gå ud at *søge* bagefter. Fordi jeg jo stadigvæk-, jeg ville stadigvæk have den der ”jeg er jo ikke *helt...*”. Uh ha, du ved, jeg er ikke *helt...* Det er jeg, når jeg har været dernede ((behandlingscenteret)) nu.
- I: Ja.
- C: Og altså, så... Så jeg er bare taknemlig for heroinklinikken, jeg er taknemlig for ((behandlings))centeret, jeg er taknemlig for... Altså... Varmestuen, så... Fordi, det er det jeg bruger mest, det er ligesom det, der er mit *netværk*.
- I: Ja.
- C: Eller hvad man kan sige, altså... Både sygehus, men altså både sundhedsmæssigt og... Psykisk, alt muligt, der er det jo mit netværk, altså.
- I: Mh.
- C: Så...
- I: Så hvis du sådan overordnet, lige her til sidst, skulle sætte nogle ord på din opfattelse generelt af hele sundhedsvæsenet?
- C: Det er det, jeg har lidt svært-, fordi... Jeg synes jo, noget af sundhedsvæsenet er pisse godt, fordi ((behandlings))centeret er en del af sundhedsvæsenet, I ((varmestuen)) er en del af sundhedsvæsenet og sådan noget, og det synes jeg-, det synes jeg jo er perfekt. Men jeg synes også stadigvæk, at de tager nogle-, de både tager nogle valg og nogle ting, sundhedsvæsenet, som jeg synes, er lidt forkert. Men jeg synes jo også stadigvæk, at... At tager jeg ud til min læge og alt muligt andet, der har med sundhedsvæsenet-, det synes jeg ikke er...

- I: Nej.
- C: Altså... Er så specielt, altså...
- I: Så det er et noget *blandet* billede, du har?
- C: Ja, altså et ret blandet... Ja.
- I: Ja... Godt, så jeg prøver lige sådan at opsummere, hvad det er, jeg har forstået, at du har sagt-
- C: Ja-
- I: Og du må endelig rette mig, hvis jeg har misforstået noget. Men du er vældig tilfreds med det sundhedspersonale, der er i varrestuen?
- C: Mh.
- I: Du er rigtig tilfreds med... Med det, du kan få på misbrugscenteret?
- C: Ja.
- I: Der er lige et *men* fra misbrugscenteret der hedder, at du kunne godt tænke dig måske, at de engang imellem-
- C: Lidt mere samarbejde med ens behandlere om, hvor man skal hen. Og hvad man er klar til.
- I: Ja.
- C: Og når man burde, altså jeg har snart gået dernede i 10 år. Jeg burde måske snart have haft... Tid til at kunne lave lidt udtrapning, ikke. Men så længe, der ikke er nogen, der kommer, så regner man jo bare-, man bliver jo bare øget, når man har lyst og ned igen, og så øget lidt igen og ned igen og så frem og tilbage, og...
- I: Mh.
- C: Ikke, og det bliver jo egentlig bare en hverdag, men det er jo der, den bliver farlig, for det skal jo ikke bare være en hverdag.
- I: Nej.
- C: Og bare gå ned og dyt dyt. Det skal det jo ikke. Det skal være en hverdag, man kommer ud af det. Altså, at man trapper så ned. Det-, altså det- når jeg-. *behandling*. Hvis jeg skulle sidde og kigge i en åben bog, og der stod *behandling*,

så ville det være... Understående, at så komme *ud* af det. Er også behandling. Behandling er jo ikke bare at holde nogle vedlige og lige og lige og sørge for, at de har det godt, på deres me-. Behandling er jo, at man bliver behandlet, altså... Og det vil jo sige, at man prøver at komme ud af det. Og det ved jeg jo godt, at vi an-, altså, det er jo lige så meget op til os selv at gå hen og sige "nu vil jeg ud af det", ikke. Men jeg tror bare, at lidt flere kom det lidt før, hvis deres behandlere havde været dem, der stod og sagde-, ikke pres, fordi det nytter heller ikke noget.

I: Nej.

C: Men hvis man var den, der stod og sagde "jeg synes måske, at vi snart skal tænke på, at se om du har lyst til at komme lidt ud af det" i stedet for.

I: Mh.

C: Fordi dernede, der laver de jo mere den der "du kan egentlig være her resten af livet, hvis du har lyst". Altså.

I: Ja.

C: Jeg kan jo ende med at gå dernede resten af livet, hvis det er der. Også uden at der er nogen, der spørger, om jeg vil trappes ud, altså... Det er jo der, den er lidt-, det er jo der, den er lidt trist. Det er der, det er sådan lidt tragisk-komisk. Det er, at de ikke beder folk om at trappe ud.

I: Ja.

C: Ikke.

I: Godt, og så hører jeg dig... Så hører jeg dig-, på den anden side af sundhedsvæsenet, som er læge for eksempel-

C: Ja.

I: Sygehus. At det er noget, du opsøger til nøds.

C: Ja.

I: Og at du faktisk måske føler, at... At de kender dig ikke lige så godt, og de ser måske også på dig, på en anden måde, fordi du er-

- C: Jeg synes... Jeg ved-, altså jeg har også hørt det fra så mange andre. Ligeså snart de ((sundhedspersonale)) enten hører *narkoman* eller ser rusmiddelcentret eller et eller andet, så er det bare et eller andet, der... Jeg ved ikke, hvad det er, der klikker i ambulanceførerne, jeg ved ikke, hvad det er, der klikker i lægerne, men det er bare lige som om at... Du får lidt følelsen som om, at du er selv lidt ude om det.
- I: Ja.
- C: Og det får man jo ikke herinde ((varmestuen)), det får vi jo ikke dernede ((behandlingsscenteret)). Men det gør, at hvis du går til lægen-, du har lavet et eller andet, og du går til sygehuset, at... Så, altså... Da jeg lå derude de der fire uger med min-, jeg fik dobbeltsidet lungebetændelse på et tidspunkt. Og jeg fik jo flere sedler om, hvordan de var *sikker på* at det var fordi, at jeg tog he-, misbrug, altså tog det af nål, at jeg havde fået det. Jeg fik jo også brev, da jeg tog afsted derude fra, hvor der direkte stod, at de viste, at jeg injicerede, og hvis jeg blev ved med det, så kunne jeg nok godt, ikke forvente, men jeg kunne risikere, at det kom igen og sådan noget. Altså, de var meget sådan *stemplende*. Det var lige som om, at jeg bare fik sådan et *stempel*, ikke. Så... I stedet for forståelse, ikke... Så det var sådan lidt...
- I: Hvad kunne du have haft brug for fra dem, på en anden måde, hvis det ikke skulle have opfattes som om, at det var stemplende?
- C: Jamen... Måske bare en hel almindelig måde-, altså bare en hel almindelig forståelse, som hvis man ikke var... Hvis man ikke var en narkoman. Det er lige som om, at lige så snart de hører at man er-, så er det sådan lidt mere... ”Arh, nu må vi lige... se an” agtigt, ikke altså.
- I: Ja.
- C: Så der er også, da jeg lå ude på sygehuset derude. De burde jo have forstand på det. Altså de vidste godt, at jeg var stiknarkoman, og de tog det hele. Altså, og de tog nåle fra mig i et helt... Et helt penalthus fyldt med nåle og sådan noget, og det ene og det andet. Og så også, da de skulle ((meta))doner, så får jeg ((meta))doner i sådan et lille glas ((viser med fingrene)). Altså, de ved at jeg er stiknarkoman, og dengang havde jeg ikke forstand på det overhovedet. ((Meta))doner. Jeg vidste ikke, hvor mange man skulle have, for at man var rask

eller noget. Og da har jeg så fået de der, hvad har det svaret til... Seks milliliter eller sådan noget, og... Og det dækker ikke en stiknarkoman ind.

I: Mh.

C: Så jeg lå jo derude i tre uger eller sådan noget der og spjættede og sprællede og skulle have () hele natten. Hvor hvis de bare havde øget mine ((meta))doner, ikke... Sygehuset burde da have forstand på det, ikke. Hvorfor øget de ((ikke)) mine ((meta))doner, hvorfor... De ved at jeg er stiknarkoman, de tager også nåle og alt muligt fra mig, og så giver de mig sådan et lille glas ((meta))doner dagen efter hver morgen. Og så kan de ikke forstå, at jeg ligger og vender og drejer mig og... Skal, altså... Der var jeg også sådan lidt "Hvor-, I burde da have forstand på herude, at I kan aldrig dække en stiknarkoman ind med så lidt her. Det kan I ikke, altså". Men... Det kan ikke lade sig gøre.

I: Mh.

C: Men det... Det... Jeg vidste ikke bedre, så... Det var bare hvad der skete, jo.

I: Så på den ene side her, så hører jeg dig faktisk sige-, jamen du vil gerne behandles ligesom *alle* andre-

C: Ja ja, det er mere, det-

I: Og på den anden side, så er det måske også noget med, at de burde vide, hvad det er, du kommer med.

C: Nej, men jeg synes bare, det er lige som om at de kan-, de ved godt, hvad man kommer med jo, når man siger det. Men det er lige som om, at så snart du siger, at du er narkoman eller at du er hernede ((behandlingscenteret)) fra, så bliver du ligesom nedgraderet på en eller anden måde, ikke.

I: Ja.

C: Altså... Altså-, også men-, jeg havde ikke nogen viden-, det var før, jeg overhovedet havde været på ((behandlings))centeret før. Så jeg havde jo ikke nogen viden om metadon eller om hvor meget, der skulle til. Ikke... Altså... Og når de kan se, at de giver mig sådan dér, og jeg skal ligge derude i tre uger, og de kan se, at det ikke får mig ned... Hvorfor tilbyder-, hvorfor er de så ikke dem, der

går hen og siger ”hun skal nok have lidt flere ((meta))doner”, ikke. For jeg vidste ikke noget om noget... Ikke, altså... Jeg anede ikke, at jeg skulle bede om flere, for jeg vidste ikke, hvad det var, der gjorde hvad.

I: Nej.

C: Ikke... Så så-, og der synes jeg da, at de burde have gået ind og sagt ”føler du, at du bliver dækket ind” og det der, eller et eller andet, ikke. Men det var bare det der... Den der narkoman-følelse igen, at... Du er narkoman, du får hvad du får, og så må du... finde dig i det, så.

I: Ja.

C: Men det er måske også bare en oplevelse, ikke, så... I mange år har jeg bare brugt hernede ((varmestuen)), så det har bare været det bedste for mig, ikke. Men altså... Men jeg ved, at jeg er ikke den eneste, der har den opfattelse af at ligeså snart sundheds-, altså læge, sygehus, andre hører *narkoman*, så bliver man lige drejet rundt på en anden måde, ikke. Så vender folk lige på, altså...

I: Ja.

C: Der er en del forskelsbehandling på grund af det, synes jeg.

I: Ja.

C: Så... Jeg synes, at vi har et fint sundhedsvæsen, jeg synes bare ikke... Jeg synes ikke, at sundhedsvæsenet sætter sig så meget ind i, hvad der foregår hernede ((varmestuen)), eller hvad der foregår nede på ((behandlings))centeret for eksempel. Fordi så burde de have en bedre viden omkring... Altså... Hvad der er behov for, altså. Jeg ved jo heller ikke hvem det er, der guider vores behandlere ((på behandlingscenteret)) fordi... Det burde være-, måske være nogen, der gik hen og sagde til vores behandlere ”burde I ikke snart bede folk om...” Jeg ved jo ikke, hvem der guider dem, altså... Så... Det...

I: Det-, jeg er *helt* vild glad for din besvarelse, Camilla.

C: Ja.

I: Har du andet du tænker, vi skal ind på nu her?

C: Nej, ikke sådan lige med læge og sundhedsvæsenet, nej.

I: Nej. Fordi jeg synes også, at du har været *rigtig* god til at svare-

C: Tak.

I: Fyldestgørende.

C: Jeg håber, at I kan bruge det til noget.

I: Det kan du tro, at vi kan. Og tusind tak fordi du-

C: Jo jo, selvfølgelig, skulle det være en anden gang. Så nupser jeg lige sådan to her ((chokoladepåskeæg)).

I: Ja, det gør du bare.

Bilag 4: Interview med ”Martin”, i 30’erne*43 minutter langt*

- I: Godt så. Jeg sidder lige med en masse papirer her.
- M: Ja.
- I: Og for lige at have det også på lyd, så gennemgår jeg noget af det formelle igen.
- M: Ja ja. Det er fint. Så er det vel også nemmere for jer, du ved, når I skal, altså bruge det og udarbejde de skemaer, at I lige kan gå ind og hører, hvad der lige blev sagt, ikke?
- I: Lige præcis, ja.
- M: Godt nok.
- I: Så det vi er enige om på nuværende tidspunkt, det er, at vi har gennemgået samtykkeerklæring-
- M: Ja.
- I: den er underskrevet. Og vi har gennemgået information omkring, hvad det er Emma og jeg laver.
- M: Ja.
- I: Ja. Og vores interview det handler, som sagt om dine oplevelser med sundhedsvæsenet og med sundhedsvæsenet, der mener *vi*; egen læge, vi mener sygehus, vi mener psykiatri, det kan også være social-sygeplejersker, hvis du har nogen erfaring med dem?
- M: Nej, hvad er det? Social-sygeplejersken?
- I: Jamen, det er en der er sat ind specifikt på det her område-
- M: Nå okay, det-
- I: Det er ikke så udbredt endnu.
- M: Så tosset er jeg ikke endnu.
- I: Nej, haha-
- M: At jeg har brug for det. Haha.

- I: Det er helt i orden. Så taler vi rehabilitering, det er misbrugsbehandling og det er anden form for offentlig sundhedsbehandling.
- M: Mm.
- I: Mm. Og når vi siger behandling, så er det enhver form for kontakt du har med sundhedsvæsenet.
- M: Mm.
- I: Så det vil sige, at det er også opkald, for eksempel til egen læge. Telefonopkald.
- M: Mm.
- I: Ja, og dit navn, det vil blive anonymiseret.
- M: Ja.
- I: Og vi optager det og nedskriver det.
- M: Mm.
- I: Og hvis du vil, må du gerne få en kopi af det vi skriver ned.
- M: Det er ikke nødvendigt.
- I: Det er i orden. Vi forventer at det tager omkring 20-30 minutter, men at det er alt efter hvor meget du har at sige selvfølgelig.
- M: Ja ja.
- I: Ja. Så hvis du kort vil starte med at fortælle om din nuværende livssituation?
- M: Ja. Jeg har, jeg har lige fået lejlighed, eller 1. oktober, ude i ((boligområde)), hvilket jeg er rigtig glad for. Og i forbindelse med det, kan man sige så en dag, da jeg efter lukketid her, stod udenfor og drak en øl, så kom de nede fra centeret ((behandlingscenter)) af. Jeg ved ikke hvad de kalder de medarbejdere, men dem som der sådan går på gaden og ja op- ja det er opsøgende medarbejdere, tror jeg de kalder det, eller sådan noget. Og de, så hende den ene, hun kunne kende mig, en der hedder ((kvinde)), fordi jeg har gået dernede før, men jeg har jo ikke været der i 5 år og det er så, altså jeg er ekstremt nåleskræk, jeg har aldrig nogensinde brugt nål og kan slet ikke klare blodprøver eller noget. Så det er derfor jeg ikke har været dernede og fået medicin fordi, at jeg vidste at skulle aflevere blodprøve, for at komme ind.

- I: Og det er på behandlingscenteret?
- M: Ja. Og så siger ((kvinde)) så, at hun vil gerne prøve at undersøge, om jeg dog ikke kunne komme ind alligevel og få metadon, fordi det vil jo være klart det bedste for mig, frem for at gå og være abstinent, sådan hver anden dag og bruge alle mine penge på det og sådan noget. Og det lykkedes simpelthen. Hun kom og sagde dagen efter at jeg kunne godt lade sig gøre at jeg kunne komme derned og blive startet op. Og det er jeg så blevet og er rigtig glad for og har fået et helt andet syn på dem i forhold til hvad jeg havde førhen, så, ja. Med hensyn til min egen læge, der, altså jeg har ikke været ved læge siden jeg var i fængsel og det er 3 år siden eller sådan noget. For jeg har ikke været syg du ved, jeg har ikke haft nogen grund til at gå til lægen. Så det sidste jeg hørte fra min læge af, det var at jeg fik et brev om, at den læge jeg var tilknyttet, som jeg kun har været oppe ved en enkelt gang, og det var i forbindelse med da jeg skulle have pension, så det passer ikke at jeg ikke helt har været ved lægen, men det var i forbindelse med de der pensionspapirer, der var jeg deroppe sammen med hende der hedder ((kvinde)), der tager sig af at hjælpe os udsatte med pension. Og der var jeg lige oppe og snakke med den læge der jeg havde, så efter at jeg har fået pension, så fik jeg et brev om at hun stoppede som læge. Jeg ved ikke hvorfor, men det gjorde hun og så kunne jeg, de havde frit lægevalg, hvis jeg ikke reagerede, ville jeg bare overgå til en anden læge i det samme lægehus og det er det lægehus jeg altid har haft. På nær da vi havde hus nede i ((by)), altså, uden for ((by)) for ikke så mange år siden. Så, jeg har valgt bare at lade være med at reagere på det og så er jeg bare overgået til en eller anden læge. Og det finder jeg jo så ud af den dag, jeg skal op og til lægen, hvem det er, ikke?
- I: Mm.
- M: I den forbindelse har jeg skrevet under på en del af sådan noget samtykkeerklæringer og sådan noget, nede på centeret ((behandlingscenter)), at de må hente oplysninger og alt det sædvanlige der, ikke også. Både at de må hente fra kommunen, eller at de må gå til børn og unge, hvis de har nogen bekymringer, hvis det var det, du ved, eller noget. Men nu min datter, hun er teenager, hun er 16 år, og det er begrænset, hvor meget kontakt vi har. Så der har ikke været noget, at de skulle indberette eller noget.

- I: Nej. Så lige nu, Martin, for lige at opsummere det her.
- M: Ja.
- I: Så inden du fik en bolig.
- M: Ja.
- I: Hvordan var din situation der?
- M: Jamen, der var jeg hjemløs.
- I: Ja. Så indtil for nylig, oktober, der har du været hjemløs-
- M: Ja.
- I: nu har du fået en bolig-
- M: Ja.
- I: er det igennem kommunen, at du har fået det?
- M: Ja. Altså jeg var på herberget og så hjalp de mig med at komme på det der akutlisten.
- I: Ja.
- M: Og så den første bolig jeg fik tilbudt, den sagde de at, den skulle jeg tage imod. Men da jeg så- altså for det første, det var i ((boligområde)) og min datter hun bor i ((boligområde)), der ligger lige bagved, altså 2 busstoppesteder væk, så det kunne jo ikke være tættere på, *når* jeg skal se min datter og du ved, hun ligesom er kommet overens med, ja min situation og kan se at jeg kan holde mig ude af fængslet og sådan noget ikke. Så jeg, og jeg har snakket med hendes mor nogle gange og hun siger at, altså jeg... skrev nogle julekort du ved og puttede nogle penge i, til hende og hendes lillesøster og puttede i postkassen. Og der har jeg så snakket med hendes mor efterfølgende og hun sagde at det var lige den helt rigtige måde jeg havde gjort det på. Man kunne, altså hun kunne tydeligt høre på min datter at jeg, at hun altså viste en vis interesse for at hun egentlig godt kunne tænke sig at få noget kontakt med sin far igen.
- I: Ja.

- M: Nu lige i øjeblikket, der har der jo bare været alt det der med Corona og hjemmeskole og hun har haft fritidsarbejde ved siden af og sådan noget. Så det skal jo være når det passer ind i hendes ikke også.
- I: Mm.
- M: Men, ja, altså... de sidste, ja siden der, altså hvor jeg kom ind på herberget og de hjalp mig med lejlighed og alt det, der har jeg simpelthen ikke mødt andet end positive- ja, altså jeg har ikke mødt noget modstand i systemet, nogen steder eller noget.
- I: Nej.
- M: Absolut ikke noget at klage over eller noget, men jeg har jo så heller ikke været syg eller, nej.
- I: Nej. Og hvad med lige nu, Martin, i forhold til aktuelt misbrug? Du siger at du går i behandling for at få metadon?
- M: Ja.
- I: Ja, er der andet ud over metadon lige nu?
- M: Ja, altså jeg tager noget, jeg sniffer noget heroin ved siden af-
- I: Ja.
- M: og så ellers, så spiser jeg nogle benzodiazepiner.
- I: Yes.
- M: Og jeg ryger også lidt hash.
- I: Okay. Godt. Fint. Så hvis vi prøver at vende lidt tilbage til sundhedsvæsnet. Nu har vi været omkring din nuværende situation.
- M: Ja.
- I: Hvis du prøver at kunne fortælle lidt om sådan din kontakt med sundhedsvæsnet? Du har både været inde på behandlingscenteret og egen læge?
- M: Ja. Jamen så ved jeg ikke, der er vel ikke mere kontakt-
- I: Nej.

- M: skulle jeg til at sige. Altså jeg har ikke været på sygehuset fordi, jeg har jo ikke haft brug for at være på sygehuset.
- I: Mm.
- M: Jeg kom til skade på et tidspunkt, med mit ben, også noget med stoffer. Hvor jeg var derude og hvor først 2 læger undersøgte mig, men de ville godt lige have sådan en, hvad hedder det, second opinion du ved, fra en kirurg du ved. Og han var ned og han kunne så sige, at det var, det svarrede til et enormt kraftigt træ-lår, jeg havde fået, altså jeg havde siddet og sovet, ikke. Altså sumpet ikke. For jeg havde taget heroin og jeg havde faktisk også taget noget ketamin, men med sådan en stor marmorplade imellem benene, så derfor havde der ikke kommet, hvad skal man sige, blod og det, ned til min fod, så ligesom mit ben det sov og det der. Og det har taget næsten 2 år og så *nu* er jeg begyndt at kunne løfte mine tæer på venstre fod igen og ikke rigtig mærker noget til det, du ved.
- I: Nej.
- M: Og han sagde også at det ville tage lang tid, men jeg har før prøvet at have haft sådan en drop-hånd, du ved ikke også, fordi man har siddet og sumpet, altså på den ikke også, og så ligesom at det lukker af for blodet og det tager bare det der 6-8 uger eller sådan noget, inden det begynder at vågne op igen og når det begynder at vågne op, så gør det pisse ondt, du ved. Brænder helt vildt og sådan noget. Men det er ikke rigtig noget de kan gøre noget ved, altså på- altså det skal ligesom gå sin egen gang, ikke. Og det med mit ben, det er blevet godt igen. Og, så det er også derfor jeg ikke rigtig har haft nogen, altså behov for at kontakte, hverken læge eller sygehuset eller noget. Fordi, ja, de virker fint.
- I: Ja. Og hvordan, når du så tager kontakt til sundhedsvæsenet, uanset hvor det er henne, hvordan føler du så, at de behandler dig?
- M: Jo, men jeg synes faktisk, at de behandler mig pænt.
- I: Mm.
- M: Altså jeg kan ikke sige, komme i tanke om noget negativt.
- I: Nej. Kan du prøve at sige lidt om hvad det er der gør, at de behandler dig pænt?
- M: Ja, altså for eksempel, der da jeg var derude med mit ben der. De ville jo gerne have nogle blodprøver, for ligesom at de kunne se hvad jeg havde indtaget af

stoffer. Men da de så hører at, altså jeg sagde ligeud, at hvis jeg skal have taget blodprøver, så er jeg den der er smuttet herfra nu. Og det var de jo ikke interesseret i. Og så kom de med, at hvis jeg kunne lægge en urinprøve, så kunne de jo sådan set søge efter de stoffer, som de gerne ville se, om hvad jeg havde i kroppen, ikke. Og så lagde jeg en urinprøve og det, så fandt de ud af det de skulle, ud fra den urinprøve der og der mener jeg jo, at der var de jo meget imødekommende og, altså i stedet for at sige ”nå men, når du ikke vil have taget en blodprøve, så kan vi ikke hjælpe dig, eller noget vel”. Så fandt de en anden løsning. Det samme nede på misbrugscenteret, der lagde jeg også en urinprøve, fordi de skulle ligesom sikre sig, altså de kan jo ikke bare begynde at give metadon, hvis jeg ikke havde opiater, altså heroin eller metadon i kroppen, ikke også, i forvejen. Og det havde jeg jo så, begge dele. Og benzodiazepiner også og hash. Men, så der fandt de jo også en anden løsning, så jeg synes at de- altså det har nok mere været mig fra gammel tid af, der har, som der bare holdt mig væk fra sundhedsvæsenet, fordi at jeg har tænkt at, ”jamen jeg bliver bare tvunget til at jeg skal have blodprøver” og sådan noget.

I: Ja.

M: Og det har jo vist sig nu, de sidste, ja 3-4 gange, hvor jeg har været i kontakt med sundhedsvæsenet, om det har været på centeret ((behandlingscenter)) eller ude på sygehuset, eller hvad det har været. Jamen så har de jo bare fundet en vej uden om, så de godt har kunne behandle mig alligevel og har respekteret, altså mit ønske.

I: Ja.

M: Jeg har også haft et par overdoser, hvor det er at jeg har været vågnet op og jamen altså ikke kunnet se at jeg har nogen stikmærker overalt, altså ikke fordi, at hvis de havde givet mig drop i hånden, mens jeg lå og alligevel sov, altså så havde det været lige meget, så havde jeg ikke opdaget det, men det har de ikke haft gjort. Så om de har givet mig noget nalaxone eller sådan noget der, så er det i hvert fald ikke noget jeg har kunne finde et stikmærke bagefter, eller noget. Så jeg tror ligesom at det står i mine papirer, at jeg er ekstremt nåleskræk og så vælger de at få det gjort på en anden måde.

I: Ja.

- M: Så, ja. Jeg kan ikke sige andet end at jeg er fuldt ud tilfreds med, ja med sundhedsvæsnet.
- I: Ja. Hvad med i forhold til sådan tillid til sundhedsvæsnet, så?
- M: Jo, men den er jo blevet meget bedre i takt med at de sidste 3, eller sådan det med benet og med behandlingen og ja, det forskellige, det, altså at det har kunne lade sig gøre alligevel, selvom at jeg ikke har kunne lægge de blodprøver, ikke.
- I: Mm.
- M: Så...-
- I: Føler du dig tryk i sundhedsvæsnet?
- M: Øh, Ja, det gør jeg helt sikkert. Altså man kan godt nogen gange, hvis man kommer, lad os sige at man kommer på sygehuset med et eller andet, så spørger de jo, altså hvis man er kommet til skade på en eller anden måde, ikke, så spørger de jo hvordan man er kommet til skade og hvis man så fortæller at det har noget med, at der er noget med stoffer indblandet, ikke også. Så siger de at ”så er vi nok nødt til at underrette børn og unge” eller et eller andet.
- I: Okay.
- M: Og det kan jeg godt forstå at de skal gøre. Dengang da jeg røg på sygehuset med benet og det, der valgte de så alligevel at høre på mig, da jeg bad dem om, om de ikke godt ville lade være med at underrette børn og unge, fordi jeg så ikke min datter og var ikke sammen med nogen børn, du ved. Så jeg havde ikke kontakt til nogen, det ligesom kunne genere, vel. Så der var ingen grund til at, at så mente jeg ikke at de skulle underrette og det lod de så være med. Og da jeg så startede dernede ((behandlingscenter)), der har de jo underrettet børn og unge i- altså jeg er kommet i ambulans behandling hedder det, altså når jeg får metadon. Men, og det har min datters mor jo fået et brev om og det hele og det sagde hun bare at det var super fint, det var jo- og det har de også sagt både nede på behandlingscenteret og sådan noget, at det er jo ikke noget der bliver set negativt på, at jeg er startet i behandling, det er jo nærmere positivt, at jeg kom og bad om hjælp.
- I: Ja.

M: At det så skulle være en medarbejder, som der, altså ved et tilfælde kom og altså lige-

Bruger: VI SES MARTIN!

M: JA VI SES! Og opsøgte mig. Det var jo bare super, fordi ellers havde jeg sgu nok heller ikke kommet derned og fået det gjort.

I: Nej.

M: Så altså jeg er ovenud tilfreds med, ja, altså med den, med det jeg møder, altså.

I: Ja.

M: Med min, med det jeg bruger sundhedsvæsnet til, eller hvad man skal sige, ikke også. Nu er jeg ikke den der render allermest til lægen, men jeg har heller ikke ondt eller føler mig dårlig eller... Og især med min pension og det der. Det var simpelthen så fint og du ved det var ikke noget med at de var, altså mistroende eller, altså de kunne godt se at jeg havde behov for at få min pension og at jeg havde siddet i fængsel i mange år og sådan noget. Så jeg har på ingen måde noget negativt at sige.

I: Nej.

M: Overhovedet ikke.

I: Og vi har været lidt inde på det jeg spørger lidt ind til nu, men det er i forhold til sådanne regler og retningslinjer. Du siger, at egentlig, så vil de gerne både have blodprøve på centeret ((behandlingscenter)), fordi det er ligesom deres regler-

M: Ja ja.

I: og på sygehuset. Kan du komme i tanke om sådan andre regler og retningslinjer, som har påvirket din kontakt med sundhedsvæsnet?

M: Nej.

I: Nej.

M: Altså jeg ved ikke, altså om det har noget at sige, men jeg har jo, igennem tiden, der er jeg blevet taget for at køre uden kørekort nogle gange, ikke. Og så hvis det er de har ment at jeg har været i påvirket tilstand, hvilket jeg også har været,

ikke også, altså ikke at jeg har drukket, men at jeg har taget stoffer og sådan noget, så skal man have taget en blodprøve, jo. Og det kan også godt være at det har været med til at, du ved, gøre mit syn på at skulle have taget blodprøve endnu værre, ikke også, fordi det bare ligesom bliver gjort med vold og sådan. Det gør det jo. Altså hvis du ikke gør det frivilligt, jamen så bliver du holdt fast og så er der en læge der tager den på dig.

I: Ja.

M: Ja, så det har nok ikke gjort det nemmere for mig, at gå op og få taget en blodprøve i dag, men altså man kan sige, jeg fejler ikke noget hvor man *skal* have taget blodprøver og alle steder hvor jeg, ja hvor de nu gerne ville have haft det, jamen der har de jo så valgt at gå på kompromis og gå uden om fordi, at de har godt kunne se at det var værre at jeg gik uden at få medicin, du ved, det ville være meget mere usundt for min krop og for mit helbred, end at komme i behandling og så... Og det er jo heller ikke noget med at jeg nogensinde har delt nåle med nogen eller, jeg sørger altid for at have mit eget sniffrør, du ved, ikke også. Sniffer aldrig af pengesedler og sådan noget, fordi at der er jo bakterier fra alle mulige andre, ikke. Så det kan jo sagtens være en anden der har sniffet, der har hepatitis og sådan noget.

I: Ja. Så der er nogen regler, men når du selv har opsøgt det, så lyder det som om at så har du egentlig mødt fleksible rammer-

M: Ja, ja. Det har jeg mødt, altså jeg har fået at vide, at, på et tidspunkt, at centeret ((behandlingscenter)) dernede, de ligesom havde ændret deres, jeg ved ikke hvordan man siger det, tilgang eller, altså de var blevet lidt mere til at snakke med og folk kan få ugeordninger, eller du ved få med hjem til en uge ikke også eller skal kun komme hver anden dag, eller og sådan noget og det tror jeg også sagtens at jeg kan. Nu skal jeg bare lige gå der et stykke tid og vise at jeg er stabil jo, ikke også. Og kommer hver dag og sådan noget, men det har jeg heller ikke nogen problemer med.

I: Nej. Så hvad gør det for dig, at du er blevet mødt på det seneste, med den her form for fleksibilitet?

M: Jamen, jeg er jo blevet glad. Altså jeg er sådan lysnet meget op, i stedet for at føle at, hvad skal man sige, du ved, når det er at man ikke har kontakt til den

smule familie, man har, ikke også. Nu, altså jeg har mistet begge mine forældre til kræft og har ikke haft kontakt til min storesøster i 10 år. Så førhen når jeg så mødte sundhedsvæsnet med alt det skepsis og alle de problemer der kom ud af det og sådan noget, så undlod man jo nok at kontakte sundhedsvæsnet, men det vil jeg overhovedet ikke gøre den dag i dag, fordi jeg har haft så mange positive oplevelser med dem her på det sidste.

I: Ja.

M: Kan man sige, ikke. Så.

I: Så, hvis du prøver sådan at tænke på et tidspunkt hvor du har opsøgt sundhedsvæsnet. Hvad har dit formål, så for eksempel været med at skulle søge- Vi har snakket med om benet, vi har snakket om misbrugsbehandling.

M: Ja, jeg kan ikke rigtig komme i tanke om andet. Altså dengang med benet der, der gik halvanden-to måneder fra det var sket af, til jeg tog derud først. Fordi jeg blev ved med at have sådan en bule heroppe. Og jeg ville jo godt høre om det var, altså noget i benet, du ved, som bare ligesom var, hvad skal man sige, ikke knækket, men forskubbet, altså heroppe i bækkenet, eller et eller andet. Eller om der sad nogle nerver i klemme, at det var derfor min fod sov og alt det der. Og der var det jo så at jeg snakkede med to læger først og så kom ham der chefkirurgen der og han kunne så, han lavede lige nogle øvelser med min ben og sådan noget der og så kunne han sige at det var simpelthen, altså et virkeligt kraftigt trælår. Og det kunne godt komme til at tage lang tid før, at det ligesom ville komme tilbage til normalt eller rette sig. Det var ikke noget med at jeg blev henvist til noget genoptræning eller noget, men man kan sige at i og med at jeg bare har cyklet frem og tilbage, derude hvor jeg bor og ellers gået da jeg var hjemløs herinde og sådan noget, så har jeg ligesom fået trænet benet af sig selv. Så nu, der er det på samme niveau, som før det skete. Så det har godt nok taget et par år, men altså det er ikke noget jeg har gået og haft smerter i eller noget, du ved. Det har bare været utroligt lang tid om at vågne op igen, ikke også. Nu er det på samme stadie som før. Og man kan sige, det er i hvert fald ikke sundhedsvæsnets skyld at jeg ikke har kontaktet dem og sagt ”hvad, kan jeg ikke få lov til at gå til noget genoptræning eller noget?”, fordi på det tidspunkt hvor det skete, det var ligesom før jeg blev helt hjemløs, der boede jeg ved en kæreste,

men hvor jeg flyttede ud fra. Hvad skal man sige at, på det tidspunkt der, jeg havde ikke overskud til at skulle gå til fysioterapeut eller på et eller andet genoptræningscenter, måske bare en gang om ugen, det havde jeg ikke rigtig overskud til, fordi i den periode der sov jeg jo, først var jeg på herberget, hvor jeg røg ud oppefra og fik 60 dages karantæne. Så de to måneder, der sov jeg på natvarmestuen og det var en rimelig hård tid, du ved, når de lukker her ((dagvarmestuen)) klokken to og skulle være ude, ikke bare til klokken otte, men fordi det var sommerhalvår, så var det helt til klokken ti, at de først åbnede, ikke også. Det var mange timer at man ligesom var ude og sådan noget og det var også noget af det der har været med til at mit ben er kommet i gang igen jo, fordi at jeg simpelthen var, ja hvad skal man sige, nødt til at, jamen når de lukkede her, hvis man begyndte at fryse, jamen så måtte man bevæge sig op på baggården eller finde et andet sted ikke også. Og så kan man sige, så med alt det Corona her, oveni, der var det jo ikke lige det letteste. Der var flere ting der, hvad kalder man det, sådan ligesom ((andet værested)) du ved, væresteder og sådan noget du ved, der lukkede ned, ikke også.

I: Ja.

M: Men, ja. Det er jo gået i sig selv og-

I: Hvis vi skal prøve, Martin, at snakke lidt mere om behandlingen.

M: Ja.

I: Så kunne jeg godt tænke mig at høre hvad der skal til før du føler dig inddraget i behandlingen?

M: Altså dernede ((behandlingscenter))?

I: Bare generelt i sundhedsvæsnet. Hvornår føler du at du er blevet inddraget i den behandling du får?

M: Jamen, det kan man jo sige, det føler jeg jo da hun kom og spurgte, hende ((kvinde)) der sagde ”hej Martin, hvad, det er lang tid siden at vi har set dig?” og så siger jeg ”jamen, jeg har ikke gået deroppe i fem år”. Så spurgte hun så om jeg var holdt op med at tage opiater. Det var lige før at hun troede det, ikke også, fordi hun ikke havde hørt noget fra mig. Må jeg godt ryge?

I: Ja, det må du godt.

- M: Tak. Og så siger hun, hvorfor at jeg ligesom ikke havde kontaktet dem og det der. Og så fortalte jeg jo som det var, ja at det var på grund af de blodprøver og det der. Og dengang hvor jeg gik deroppe, altså fem år tidligere, ikke, der troede de at jeg havde fået det man kalder 'don-hjerte', altså fordi jeg havde været ude at få taget EKG og du ved det der, altså hvad hedder det, hjertekardiogram, ikke. Og der, den nederste kurve, du ved, var ustabil, så de mente at jeg måske havde fået det man kalder 'don-hjerte', af at få metadon i for lang tid.
- I: Okay.
- M: Men nu her, da jeg så kom derned igen og fået taget EKG og de har lyttet på mit hjerte og lunger og alting og de siger at alting simpelthen er i den skønneste orden. Og der mener de faktisk nu, kan de se at det var fa- og det skal siges at dengang der kom jeg over og fik contalgin i stedet for, altså det er et morfinpræparat i stedet for metadon, for hvis man har 'don-hjerte', så er det ikke godt at fortsætte på metadon, fordi det er jo, altså hvis man har fået 'don-hjerte' så er det jo fordi at man ligesom har fået slidt hjerte, ikke også. Men det skal siges at dengang der tog jeg amfetamin hver dag og eftersom jeg ikke har taget amfetamin nu i flere år, jamen så mener de faktisk at, altså nede på centeret ((behandlingscenter)), at det var det der udgjorde at hjertekardiogrammet det blev, altså uregelmæssigt, ikke også. Så reelt set, så har jeg faktisk ikke haft 'don-hjerte' på noget tidspunkt. Jeg har bare haft taget amfetamin, måske ikke lige inden at jeg er taget derned, men så et halvt døgn før eller noget, ikke også, sådan så at min hjerterytme stadigvæk har været høj eller sidst da jeg var på amfetamin, så var det højt, og da jeg kom næste gang, så var det lavt og i hvert fald ikke ensartet.
- I: Okay, så du føler dig inddraget, når du bliver opsøgt, faktisk? Og nogen spørger ind til din situation?
- M: Ja, lige præcis.
- I: Ja.
- M: Og jeg har fået- siden jeg startede dernede ((behandlingscenter)) for, jeg ved sgu ikke om jeg har gået dernede i en måned nu eller deromkring og der har jeg fået taget to EKG. Et lige, altså inden jeg fik medicinen, så de kunne være sikre på at jeg kunne tåle det og så et da der var gået lidt over en uge, for at se om

jeg nu havde uregelmæssig, altså den der, ja hvad hedder det, hjertelinje eller hvad man kalder det, ikke.

I: Ja.

M: Og den var helt stabil og så hun sagde at, ja hun sagde på sådan en lidt sjov måde at ja hun måtte jo beklage og sige at hun kunne ikke give mig contalgin, men det var sådan set kun godt, fordi at de viste jo at jeg godt kunne tåle metadon og at mit hjerte absolut ikke fejlede noget. Jeg fik så også at vide, dengang hvor de troede at jeg havde det der 'don-hjerte', at det var ikke farligt, det var ikke så at jeg skulle have blodfortyndende eller noget, det var bare ligesom mit hjerte var blevet lidt træt af at være på metadon, men det viser sig jo så, at det har nærmere været fordi, at jeg har været meget på amfetamin.

I: Ja. Føler du at sundhedspersonalet kan hjælpe dig med dine helbredssituationer?

M: Ja. Det gør de. Altså jeg også blevet tilbudt herinde igennem ((varmestuen)) og også dernede ((behandlingscenter)) at hvis jeg ønsker at få gjort noget ved mine tænder og eller noget, så er der kommet, du ved, ja jeg ved ikke lige hvad det hedder, men i hvert fald sådan, så at udsatte de kan få hjælp til at få lavet deres tænder og ikke kun smertebehandling. Altså for eksempel hvis du har ondt i en tand, så før, da kunne de trække den ud bare, ikke også. Men nu der kan de sådan set- går de ind og hjælper dig til at du kan få jamen altså gebis eller hvad det hedder, du ved, ikke også.

I: Og når du siger her og du siger dernede, så mener du varmestuen og behandlingscenteret?

M: Ja.

I: Ja.

M: Lige præcis.

I: Okay. Ja, så de opsøger dig-

M: Mm.

I: lyder det til her-

M: Ja.

I: og det virker for mig som om at du opfatter det som noget meget positivt?

- M: Rigtigt.
- I: Ja.
- M: Fordi jeg ikke har så meget kontakt til familie og andre, ikke også. Så, at det ikke kun er andre brugere herinde, at jeg- så når jeg endelig snakker med nogen fra sundhedsvæsnet eller noget, så, ja så føler jeg mig, hvad skal man sige, på en eller anden måde smigret fordi de tager sig tid til at tage hånd om mine problemer, ikke også. Selvom man måske kan sige at, det er jo ikke fordi at jeg har nogen, synes jeg, problemer, men alligevel det jeg har, det er der måske mange der ville sige, at det er måske selvforskyldt ikke også. Jeg kunne bare lade være at tage heroin.
- I: Mm.
- M: Men selvom jeg så har gjort det, jamen så kommer de stadigvæk og hjælper mig og er søde og åbne og ja, jo nærmest omgår reglerne, ikke også, og prøver at, altså det med de blodprøver, at det ikke skal være det, som der skal stoppe eller gøre at jeg ikke kan få min medicin og sådan noget, ikke også. Fordi de kan jo se det på andre måder, ikke også, både på det hjertekardiogram og i mine urinprøver, hvad jeg ellers har haft indtaget og-
- I: Ja. Føler du at de sådan har forståelse for din situation?
- M: Ja, det gør jeg faktisk.
- I: Ja.
- M: Det gør jeg faktisk. Og det følte jeg ikke førhen. Og det er også derfor at jeg ikke har, altså været dernede ((behandlingscenteret)) i de fem år der, ikke også. Fordi at hvis jeg skal være helt ærlig, så dengang, der gav det flere problemer at gå ned og rette henvendelse end det gav hjælp altså, ikke også.
- I: Og hvad er det for nogle problemer det kunne give?
- M: Jamen... Hvis det var at kammerat henvendte sig, så sige jamen jeg har måske brug for at få metadon eller et eller anden, ikke også, nå men hvis jeg så ikke kunne lægge den blodprøve der, jamen så fik jeg ikke metadonen, men de rettede stadigvæk henvendelse til børn og unge om, at jeg havde været der og ligesom sagt at jeg havde brug for metadon, ikke også. Så kan de jo regne ud, ”ja-

men, det er fordi han har et misbrug af opiater”. Og så blev der sendt indberetninger til børn og unge, ikke også, men altså de var ikke interesseret i at hjælpe mig altså sådan, så jeg kunne holde ud at leve hver dag, ikke også, altså uden at være totalt abstinent. Så, hvilket er noget helt andet nu.

I: Ja.

M: Altså det skal siges, dengang, for mere end fem år siden, der har der jo også været nogle andre medarbejdere, som der har gået og lavet det der opsøgende arbejde, det er bare ikke nogen jeg har mødt, nogen der har kendt mig eller noget. Men hende ((kvinde)), som der så er begyndt at gå og være opsøgende medarbejder hun var tilknyttet heroinklinikken, dengang hvor jeg gik dernede og fik heroin i pille-form. Hvilket jeg ikke ønsker i dag, fordi det har ikke nogen virkning, det der heroin i pille-form, man bliver ikke skæv af det.

I: Mm.

M: Så jeg er bare godt tilfreds med at jeg kan få min metadon, så jeg bliver holdt rask.

I: Ja. Er der noget i sundhedsvæsnet, som du kunne tænke dig var anderledes, eller noget du kunne tænke dig mere af end det de kan tilbyde nu?

M: Ja, altså jeg kunne godt tænke mig at- for eksempel jeg ved at nede på heroinklinikken, der har de været i Holland flere gange for at, altså dengang de startede det op og sådan noget og i Holland, der har de rygekabiner for eksempel, hvor det er at de kan sidde og ryge deres heroin inde eller for eksempel-

I: Ej, jeg afbryder lige her. Når du siger *de* der har været i Holland, er det personalet?

M: Ja, personalet fra centeret af.

I: Ja. Ja.

M: Det har været dernede og dernede der er jo både tilbud om, altså i Holland, at du kan gå ind og få en sprøjte hvis det er det man vil eller man kan få og så kan man sætte sig ind i rygekabiner og ryge det heroin man får udleveret der. Det kan man ikke her i Danmark og der har de valgt den der pille-form der. Men de virker bare ikke de piller, du bliver ikke skæv af dem. Og så er det jo et eller anden sted, lidt latterligt at komme og få fri heroin, hvis det er at du ikke bliver

skæv af det, ikke også. Det der er meningen med mig i at tage heroin, det er at blive skæv.

I: Så, behandlingscenteret, der kunne du tænke dig, at de kunne tilbyde en rygekabine?

M: Ja, eller at jeg måtte knuse pillerne og sniffe dem.

I: Okay.

M: For eksempel, altså. Sådan så det virkede. Reelt, ikke også. Altså jeg kan nævne mere end fem, som der er startede nede på centeret dernede, hvor de har måtte lære dem at fixe. Altså de fixede ikke før de startede nede på centeret, men fordi, at de der heroinpiller de ikke virker og de gerne ville have noget heroin der virkede, jamen så har de været nødt til at lære at fixe.

I: Og *de* igen, er det personalet, der har lært dem, eller er det-

M: Ja, det er personalet, der har været nødt til at lære dem det. Fordi de gerne har *villet* lære det, i stedet for at der var en regel om at man måske skulle have været på nålen i et år først, før man kunne komme ind og få fri heroin dernede. Jeg hørte at der var en der hed, ja hvis jeg må sige hans navn, en der hed ((mand)), som der var 22 år, der kom dernede, som der havde et ønske om at få heroin og da han så prøvede pillerne og de ikke virkede, jamen så ville han gerne, altså have det i sprøjte, ikke også. Og han har aldrig nogensinde prøvet at tage et fix før, hvor de så lærer ham at fixe.

I: Okay.

M: Og der synes jeg jo at det er lidt latterligt at de ikke kan lave en rygekabine, hvor han så kunne have sat sig ind og røget det. Eller de piller som han nu fik, at de kunne have knust dem og man kunne have sniffet dem og så man blev påvirket af det.

I: Så der er nogle sådan regler og rammer her, som du godt kunne tænke dig var anderledes-

M: Der er helt klart plads til forbedringer. For så vil jeg da gerne ned og gå på heroinklinikken igen, hvis det bare virkede.

I: Ja.

- M: Ja.
- I: Er der andre steder i sundhedsvæsenet, hvor du kunne tænke dig noget mere eller andet end det de kan tilbyde nu?
- M: Nej, men altså jeg har jo ikke, nu for eksempel mit syn det fejler ingenting, så jeg har ikke været inde og skulle have taget synsprøver eller noget og hvis jeg skulle det, så ved jeg at så vil de også hjælpe en med det her, du ved. Eller hvis det var at jeg havde brug for høreapparat eller noget, så ville de også hjælpe en. Jeg har bare ligesom ikke rigtig haft brug for noget af alt det der.
- I: Nej.
- M: Så, der har jeg ikke så meget erfaring inden for *de* områder kan man sige.
- I: Nej. Og det er så fint. Nogen gange når man opsøger behandling, så kan man, og det er sådan set uanset hvor det er henne og hvordan man opsøger sundhedsvæsenet, så kan man måske opleve at man bliver tilbudt noget mere end det man kom efter og det kan være for eksempel hjælp til bolig, som vi har været inde på, selvom du måske går til læge med noget andet eller. Har du oplevet sådan nogen situationer, hvor du blev tilbudt mere end du er kommet for.
- M: Altså... nej... altså jo det har jeg jo oplevet, men det var jo på herberget ved ((NGO)), det har ikke været ved sundhedsvæsenet.
- I: Ja. Nej.
- M: Men altså ved ((NGO)), der var de rigtig søde og (hjælp) og sådan noget. Det er helt klart deres fortjeneste at jeg har en lejlighed i dag. Det var dem der fik mig på akutlisten. Det var dem der fik mig med ned til computeren og fik søgt de forskellige boliger og fik en lejlighed og alt det, ikke også. Så det er jeg utroligt taknemlig for, men det er jo ikke noget der har med sundhedsvæsenet at gøre kan man sige.
- I: Nej. Kunne du tænke dig at sundhedsvæsenet var mere opsøgende på den front?
- M: Jamen jeg ved næsten ikke rigtig hvad det skulle være. Altså man kan sige nu at bare det med det tandbehandling og alt det, at det er blevet sådan så at man kan, bare skal sige til du ved, jamen så for man hjælp og jamen kan få nye tænder og alt det.

- I: Så der har du faktisk oplevet at de har givet dig en information-
- M: Ja.
- I: som du kunne gå videre med, hvis du vil det.
- M: Ja, der er så hernede ((varmestue)) jeg har fået det, men det er jo sundhedsvæsnet der har-
- I: og *hernede* er det varmestuen?
- M: Ja, ja, det er her på varmestuen. Det var ((kvinde)) derinde, som har sagt det til mig, fordi hun har- jeg plejer hvis det er, at når det er jeg får min post, du ved, så at åbne det derhjemme med det samme og læse det igennem. Er der så noget jeg er i tvivl om, så tager jeg det med herind, du ved, fordi at dengang jeg gik i skole, der i starten troede de måske at jeg var ordblind og sådan du ved, men fandt hurtigt ud af at jeg var ikke ordblind, jeg havde bare for meget krudt i røven, du ved. Jeg har nok noget ADHD, men ikke så kraftigt at jeg skal have medicin for det. Det har aldrig været nødvendigt, men det er måske en af grundene til at jeg måske i virkeligheden har selvmedicineret mig selv, du ved, ja jeg startede med at ryge hash som 8-årig, ja og har taget amfetamin jo hver dag i 15 år og sådan noget, ikke.
- I: Mm.
- M: Og det er også det der har ødelagt mine tænder.
- I: Okay. Jeg tænker Martin, at vi begynder sådan at runde af, i hvert fald for de spørgsmål *jeg* har.
- M: Ja, ja.
- I: Så jeg ville høre om der er noget andet du føler at vi skal ind på når vi snakker om dine oplevelser med sundhedsvæsnet? Hvad der kunne være relevant for os at have med?
- M: Jeg kan næsten ikke se hvad det skal være, fordi det er jo så lidt jeg har gået til lægen og sådan noget. Så jeg har jo ikke så mange erfaringer, ikke andet end- altså når jeg kommer til lægen, du ved, hvis det er, jo hvis jeg er syg altså, men det har jeg jo ikke været, men *hvis* jeg var syg, så ville de jo klart have hjulpet mig med hvad jeg nu var syg med ikke også. Men hvis jeg gik op og bad om

nogle piller, altså så ville det jo være piller for at blive skæv eller noget, ikke også, og det er klart, det ville de jo ikke give mig.

I: Mm.

M: Hvor jeg har haft en læge engang, som bare udskrev helt vildt, ikke også. Han blev så også fyret af embedslægen og det, ikke også. Og et eller andet sted, så er det jo godt nok, fordi det er jo ikke super smart at gøre unge mennesker totalt afhængige af benzodiazepiner. Så jeg synes egentlig at det fungerer fint, sådan som det er.

I: Ja. Og når du så opsøger, for eksempel lægen her, hvordan oplever du så ventetider? Eller sygehus for eksempel, når du er kommet ind der?

M: Ja, men jeg har jo kun været der med det ben der. Der tog jeg på skadestuen og kom ind og blev undersøgt der og så var det jo at der kom en anden læge lige og skulle kigge på det, du ved, og da han heller ikke var helt sikker, så hentede de ham der overkirurgen der. Så de fik ligesom fundet ud af hvad der var galt lige med det samme, så jeg kunne tage hjem med ro i sjælen. At det var ikke fordi- i og med at altså det snurrede sådan og min storetå den sov, du ved, og jeg ikke kunne løfte mine tær på venstre fod, så og det var sådan lidt koldt på mit ben og sådan noget. Så jeg var bare lidt bange for du ved, hvad, kan mit ben gå i koldbrænd, eller kan det falde af eller et eller andet? Det var derfor jeg tog derud til sidst, ikke også, fordi der nærmede vi os to måneder hvor der ligesom ikke havde været noget bedring overhovedet, siden det var sket. Men der fik jeg jo vished for at det bare, ja er det man kalder et kraftigt trælår, ikke.

I: Jo.

M: Og det har jo også vist sig at være rigtigt. Jeg har hverken den bule heroppe mere og det sover ikke i mine tær mere og jeg kan vippe dem opad. Ikke helt ligeså let som på højre fod, men jeg kan mærke at det bliver bedre og bedre hele tiden, du ved. Så, nogle gange så sidder jeg derhjemme og træner lidt selv, du ved. Men det generer mig ikke og jeg har ikke problemer med det eller noget. Og jeg er egentlig glad for at jeg ikke blev presset ud i at... jamen, altså selvfølgelig, hvis det havde været sådan at, havde de nu sagt "hvis du ikke starter til genoptræning med din fod så ender du med at miste benet", så skulle jeg sgu nok starte til genoptræning, ikke. Men i og med at de ikke sagde sådan og at det

bare skulle have tid og jeg gerne måtte bruge benene, det var ikke sådan at jeg ikke måtte lægge vægt på eller noget, så jeg skulle bare bruge det så godt jeg nu kunne og hvis jeg oplevede at det måske, jeg ved ikke og de sagde, begyndte at sove mere eller et eller andet, jamen så kunne det godt være at jeg måske havde overbelastet det lidt. Men det var egentlig kun godt fordi, altså det var ikke godt at jeg overbelastede det, men det var godt at jeg brugte det så meget, du ved, så jeg ligesom kunne mærke, at ”okay, det har været lidt hårdt for mit ben i dag”, du ved. Fordi det viste bare at det ligesom blev trænet, du ved, og det har jo så vist sig at være rigtigt, for nu i dag, der oplever jeg slet ikke, ja altså at tærne sover mere og jeg kan løfte dem lige højt på begge fødder igen og-

- I: Hvis du sådan overordnet, Martin, lige skulle sætte et par ord på din oplevelse af sundhedsvæsnet, hvad ville du så sige der?
- M: Jamen, jeg vil sige at det fungerer fint.
- I: Ja.
- M: Det- sådan har jeg det, altså.
- I: Ja.
- M: Og specielt efter at, altså at jeg har været kommet ned på centeret ((behandlingsscenter)), du ved, og også der med benet ude på sygehuset, de to gange der, hvor jeg ikke blev presset til at jeg skulle lægge de blodprøver og det der. Fordi at, det viste sig jo, at de kunne sagtens finde ud af det de skulle finde ud af, bare ved at se mine urinprøver, ikke også. Så der er jo ikke nogen grund til at jeg skal køres helt op et skrækscenarie og, du ved, blive så nervøs, så, ja hvad ved jeg, du ved, om jeg måske hakkede mig i benet med en økse, at jeg så ikke engang ville opsøge sundhedsvæsnet fordi at jeg var bange for- at jeg egentlig var mere bange for sundhedsvæsnet end for hvad der ville ske med mit ben, ikke også, hvis jeg havde hakket mig med en økse.
- I: Ja.
- M: Sådan har jeg det heldigvis ikke mere, men sådan havde jeg det førhen med sundhedsvæsnet, så jeg er glad for at det ligesom er blevet vendt rundt. Så nu, hvis der bare er det mindste, jamen så tager jeg kontakt til dem og ja, så... Ja, jeg synes at det fungerer fint.

- I: Ja. Godt. Så jeg forstår alt de vi har snakket om nu her, som om at du egentlig er ret tilfreds-
- M: Ja, meget!
- I: at du har haft nogle gode oplevelser med det-
- M: Meget.
- I: på det seneste. Og tidligere har haft den her nåleskræk, som faktisk har afholdt dig fra at opsøge det.
- M: Rigtig meget!
- I: Ja. Men som det er lige nu, så er du tilfreds med det.
- M: Meget tilfreds.
- I: Der er nogle regler, kan jeg høre, på behandlingscenteret blandt andet-
- M: Ja, ja.
- I: du kunne tænke dig anderledes-
- M: Ja, det er rigtigt.
- I: i forhold til pillerne og i forhold til rygerum og-
- M: Ja, med heroinen.
- I: Ja.
- M: Men altså, hvis det bare er sådan som det er, jamen så er det jo bare sådan. Det er bare mærkeligt når det kan fungere i Holland og i, det er vist ikke kun Holland, der er også andre lande hvor det er, at de har rygerum og...
- I: Ja.
- M: Og på den måde. Og det er ikke fordi, at jeg ikke har været højt nok oppe i piller, for jeg er den dernede der har fået langt højest dosis, af alle, også selvom der har været fem år hvor jeg ikke har gået der. Jeg var helt oppe og få 8 piller om formiddagen og 8 piller om eftermiddagen. Det vil sige 16 piller af 200 milligram, altså det svare virkelig, virkelig, virkelig, virkelig meget, til meget heroin. Og jeg blev ikke det mindste skæv af det. Det gjorde bare at min tolerance, den blev øget helt vildt, så hvis jeg så skulle købe noget på gaden, som jeg så *kunne* blive skæv af, så skulle jeg have *så* meget mere, fordi at jeg

var blevet kørt helt derop. Det er der jo ikke nogen mening med. Så det er derfor jeg er glad for at være kommet ind oppe og få metadon og kunne få den dosis så jeg er holdt rask, men at jeg ikke skal så meget højere op, altså, så- eller at jeg skal have så meget du ved, sådan så heroinen ikke kan slå igennem, når jeg *har* lyst til at være skæv, ikke. Fordi nogen gange, så føler jeg at jeg har brug for at slukke for tankerne, du ved, ikke også.

- I: Godt. Ved du hvad, Martin, så tror jeg at vi vil sige tusind tak fordi at du ville være med til det her-
- M: Jo! Altid.
- I: Du må gerne tage flere æg, hvis du vil have flere æg-
- M: Nå, ja, så tager jeg et enkelt æg med.
- I: Ja, det synes jeg at du skal gøre. Tusind tak, i hvert fald.
- M: Og jeg ved ikke hvor meget hjælp jeg har kunnet være til men-
- I: Masser!
- M: Og ellers så, hvis I har på et tidspunkt andre spørgeskemaer eller noget, så kommer I bare, fordi jeg vil utrolig gerne medvirke fordi jeg synes ligesom jeg vil godt give igen. Altså nu hvor sundhedsvæsnet har været så, ja, flinke ved mig og ligesom gået ind og hørt på hvad jeg har haft af, altså af problemer med dem, altså med de blodprøver og det hele. Og nu med den vaccination der, den skal jeg også nok komme igennem. Og altså at få et stik i skulderen det er jeg ikke en tiendedel så bange for, som en blodprøve du ved. Det er-
- I: Er det Corona-vaccinen du tænker på?
- M: Ja, nemlig. For bare fra det kom med at vi skulle have den der vaccination, så har jeg jo gået og begyndt at tænke, du ved "åh nej, hvornår er det mig, hvornår er det mig" og sådan noget.
- I: Mm. Ja.
- M: Og selv til morges da jeg hørte i nyhederne at, ja du ved, at der var rod i, folk vidste ikke hvornår du skulle ind og med de forskellige grupper og sådan noget der, så kunne jeg jo godt se på den der skala der at ligegyldigt hvad er jeg den der er allernederst i bunden. Jeg har ikke nogen kroniske sygdomme og jeg har

ikke nogen omkring mig, som jeg skal passe på der ikke bliver smittet. Så, altså jeg vil være den der får til aller- aller- allersidst, men jeg er jo så heller i højrisiko for noget som helst, så det synes jeg bare, det er super, at det er de rigtige der får først kan man sige. Dem der har brug for det.

I: Ja.

M: Fordi sådan skal det være. Så. Så jeg er ganske tilfreds sådan som det fungerer.

I: Det er godt at høre Martin, og tak for din tid.

Bilag 5: Interview med "Ole", i 60'erne.

20 minutter langt

I: Yes. Og vi er enige om, at vi lige har udfyldt noget samtykkeerklæring?

O: Ja.

I: Ja, og gennemgået hvad det handler om.

O: (Ja)

I: Ja. Og det handler om din oplevelse, Ole, så det, med sundhedsvæsenet.

O: Ja.

I: Og med sundhedsvæsenet, der mener vi så, sådan noget som egen læge, og sygehuset, og psykiatri, og det kan være anden læge, eller det kan også være rehabilitering, eller misbrugsbehandling, eller noget andet sundhedsbehandling i det offentlige, ikke?

O: Ja.

I: Og behandling det kan være enhver form for kontakt. Så det kan også bare være, at man bare prøver at ringe ned til lægehuset. Ja. Alt sådan noget der, ikke?

O: Ja.

I: Ja. Og vi anonymiserer dit navn og vi optager på bånd.

O: Ja.

I: Yes. Vi regner med at det tager sådan 20-30 minutter.

O: Ja ja.

I: Så, hvis vi har lyst til at slutre, så må vi også gerne det.

O: Hehe, ja.

I: Hvis der er noget interessant at snakke om.

O: Ja.

I: Ja. Kan du fortælle mig lidt kort om din livssituation, Ole?

O: Ja, altså lige nu, der er jeg... Jeg er jo vokset, født i 50'erne, og vokset op i 60'erne og jeg har været misbruger, faktisk siden at, jeg begyndte at, efter at jeg

blev konfirmeret, der måtte jeg sådan set gøre hvad der passede mig. Så der begyndte jeg også at drikke alt for mange øl.

I: Ja. Og hvad er så status på det nu?

O: Ja, altså så har jeg så drukket i 30-40 år og så, som 50-årige, der mistede jeg mit arbejde og kom på pension på grund af alkoholmisbrug. Yes.

I: Er du i noget behandling for misbrug nu, eller har du været det tidligere, eller?

O: Ja, jeg har faktisk været på ((Behandlingssted)), det var i, omkring 2003 eller 2002 eller noget i den stil. Og ellers, så har jeg også gået til behandling oppe i ((vejnavn)). Og det, jeg kan ikke lige huske hvad det hedder.

I: Nej.

O: Men det er jo alkoholambulatorisk.

I: Mm. Yes. Hvordan er din boligsituation?

O: Ja, men jeg har en 2-værelseslejlighed og det er ganske udmærket. Det ligger kun lige 2 kilometer fra centrum, så.

I: Årh, det lyder dejlig nemt.

O: Ja.

I: Ja. Kan du fortælle mig lidt om din kontakt med sundhedsvæsenet?

O: Ja, i hvert fald, så har jeg fået sukkersyge. Og derfor så har jeg jo en masse, jeg skal jo både til lægekontrol cirka 3 gange om året og så har jeg jo fået, har jeg besøg af en, hjemmeplejen de kommer 2 gange om dagen og giver mig insulin og så kommer der også en hver 14. dag og fylder medicinæskerne op og sådan nogle ting.

I: Ja.

O: Så jeg har meget kontakt med de der. Jeg jo kontakt, der kommer jo nogen damer, det er mest damer, som kommer 2 gange om dagen, ikke også. Så dem snakker jeg jo med og de, det er nogen rare damer.

I: Ja.

O: De er meget venlige og de er hjælpsomme og imødekommende, og...

I: Ja.

- O: Så det er sgu fint.
- I: Så hvordan oplever du, at de behandler dig?
- O: Jamen altså, de behandler mig godt, det gør de. Det er helt klart.
- I: Ja.
- O: Og de gør hvad de kan for at hjælpe og sådan nogle ting.
- I: Hvad med andre, sådan sundhedspersonale og sådan noget du har haft kontakt med, sådan læge og sådan noget der. Har de også, har du også oplevet at de har behandlet dig godt?
- O: Jah. Det-
- I: Kan du komme med nogle eksempler på det?
- O: ... Nah, det ved jeg ikke. Nej, det ved jeg ikke. Det er svært at komme med nogen eksempler på det, fordi det er bare, at tingene de er som de skal være, ikke også? Og hvis jeg har spørgsmål, så får jeg svar på det og hvis der er noget ekstraordinært, der ikke er som det skal være, så får de det undersøgt og får det i orden og sådan nogen ting, ikke også. Så de, det er i hvert fald nogen, som tager ansvar på sig.
- I: Ja. Kan du komme i tanke om en eller andet eksempel på en oplevelse du har haft i sundhedsvæsenet? Det, ja, ha.
- O: Aaah, det...
- I: Måske sidste gang du havde noget som helst kontakt med sundhedsvæsenet?
- O: Jamen det havde jeg i morges jo.
- I: Ja, og hvordan oplevede du det?
- O: Jo, men det, jo nu lige i dag ikke også, der har jeg noget bøvl med mit fjernsyn, ikke også. Fordi at forbindelsen til Yousee, eller det er sgu gået i smadder. Og der var det jo at, der spurgte hun så; hvorfor, om der var noget galt med fjernsynet. Og så prøvede hun om hun kunne, men det kunne hun heller ikke. Altså, så på den måde. der er de jo hjælpsomme nok, ikke også.
- I: Ja. Så det er sådan lidt noget der, noget hjælp, der går ud over det sådan sundhedsbehandlingen? Ja.

- O: Ja, men så er det jo sundhed, bredt anskuet.
- I: Mm. Ja. Er det noget du oplever ofte, at der er fokus på sådan nogle ting? I behandlingen?
- O: Nah, det ved jeg ikke. Nej, det er ikke sådan at, men det er sådan mere generelt man kan sige om det.
- I: Ja.
- O: Det er ikke sådan.
- I: Mm. Er det noget du kunne tænke dig, at der var noget mere af? Sådan noget støtte, der sådan ligesom ikke måske havde noget med decideret den sundhedsbehandling du skulle have, men sådan mere generelt om nogle andre ting du kunne have behov for hjælp til?
- O: Ja, altså nu er jeg jo også i den situation, at jeg har den her varmerestue hvor jeg så kan komme ned og de hjælper mig jo også med en helt masse andre ting, ikke også.
- I: Ja.
- O: Øh... Hvis der er. Ja. Altså med en masse ting, er der. Så derfor så har jeg jo ikke på samme måde brug for hjælp fra kommunen af, som hvis det var, at jeg ikke havde varmerestuen.
- I: Så, det er fint nok, fordi du kan få den hjælp fra andre steder?
- O: Ja.
- I: Hvad skal der til før at du er inddraget i din behandling?
- O: Jo, men det er rart nok, hvis man bliver lyttet til, når man siger noget, ikke også. Men, og det synes jeg at de gør.
- I: Ja. Føler du at der er forståelse for din situation fra sundhedspersonalet?
- O: Ja. Det er der.
- I: Ja. Kan du komme med et eksempel på det? Eller kan du huske et tidspunkt, hvor du følte at du blev forstået?
- O: Jamen, det bliver jeg hele tiden.
- I: Det bliver du hele tiden?

- O: Ja.
- I: Kan du komme med et eksempel på det modsatte? Hvor du ikke har oplevet det?
- O: Neej. Fordi så må man jo komme til forståelse, ikke også?
- I: Ja.
- O: Og så kommer man jo til forståelse. Det kan jo ikke nytte noget at den ene tror det ene og den anden tror en anden ting.
- I: Ja. Så altså, sådan noget, altså nogen kan jo godt opleve at sundhedspersoner har nogle andre mål med behandlingen end man måske selv ønsker. Har du oplevet det? At I måske ikke har været helt enige om hvad målet med behandlingen har været?
- O: Nej, det har jeg ikke. Fordi, men nu også omkring sukkersyge, ikke også, det er, der er jo, det er simpelthen meget lige til, ikke også. Fordi der er ikke nogen tvivl om hvad der er det rigtige og hvad der er det forkerte, ikke også. Så det er ikke noget man behøver at diskutere, hverken med den ene eller den anden.
- I: Så det er ikke sådan at du føler, at det er så, måske så vigtigt at komme med dine bud på hvad det skal være, eller hvad man kan sige?
- O: Nej, ikke i det forhold.
- I: Nej. Hvad med nogle andre områder? Kan du komme i tanke om noget hvor, hvor du har haft en indflydelse på behandlingen? Eller været med til at beslutte hvad, der skulle ske?
- O: Nej... Nej, altså generelt så hører man jo efter hvad lægen siger og så gør man hvad han siger. Og det har jeg også tænkt mig, og det...
- I: Nu sagde du før, at du føler dig inddraget i behandlingen, når du bliver lyttet til.
- O: Ja.
- I: Er det vigtigt ellers at du er med til at beslutte det, eller er det mere vigtigt at blive lyttet til? Og så at lægen han beslutter ud fra at lytte til dig?
- O: Jo, men det føler jeg også at lægen han gør, så der er ikke noget... der er ikke nogen misforhold imellem det.

- I: Nej. Mm. Føler du dig tryk i sundhedsvæsenet?
- O: Ja.
- I: Ja.
- O: Det gør jeg. Jo. Fordi, at jeg anser dem jo for at være autoritet, altså en læger for at være autoritet i kraft af, at han har en anden uddannelse end jeg selv har, ikke også. Og at han skulle vide hvad han taler om. Jeg har ikke den samme uddannelse, så jeg ved ikke det samme om sundhed, som en læge gør.
- I: Så du har stor tillid til de, lægernes kompetencer-
- O: Ja-
- I: Og dygtighed og sådan-
- O: Ja.
- I: Ja. Ja. Hvordan oplever du ellers sådan tilliden mellem sundhedspersonalet og dig?
- O: Jo. Jeg gør altså altid hvad de siger, de der. Jeg gør lige nøjagtig hvad de siger, fordi det mener jeg, at jeg bliver nødt til, ikke også. Fordi hvis jeg vil have hjælp af dem, så er jeg også nødt til at gøre hvad de siger, ikke også. Så det gør jeg, og det...
- I: Ja.
- O: Så... På den måde er der ikke noget misforhold.
- I: Nej. Så, det var også sådan lidt med, måske med nogle regler og rammer for behandling. At hvis du skal have behandling, så skal du også gøre som, som det ligesom bliver sagt og sådan noget der.
- O: Ja.
- I: Man kan sige, at der er mange sådanne regler og sådanne retningslinjer for hvordan man skal modtage behandling. Kan du komme i tanke om nogen sådanne regler eller retningslinjer og sådan noget, der har nogen effekt på din behandling?

- O: ... Næ, det kan jeg ikke. Nej, fordi det... altså... altså, der er ikke noget, som ikke er som det skal være, med hvordan de opfører sig. Hvad de siger og hvad de gør. Der er ikke nogen-
- I: Så, du oplever det egentlig, som meget fint, med de regler der nu er? Det er ikke noget du tænker så meget over?
- O: Nej, det er det ikke. Fordi, det er heller ikke noget til diskussion. Det er bare sådan det er.
- I: Mm. Er der nogle regler, som du tænker gør det nemmere for dig at være i sundhedsvæsenet? Nogen retningslinjer, som gør det nemt for dig, at tilgå noget hjælp?
- O: ... Næ.
- I: Mm. Det er bare i orden. Kunne du ønske dig noget andet af sundhedsvæsenet, end det de kan tilbyde sig? Eller noget mere, kan man sige?
- O: Altså, de der damer ((hjemmeplejen)) der kunne godt have lidt mere tid. Og man føler lidt nogle gange, at man kan vel næsten ikke tillade sig, at spørge dem om noget eller-
- I: Og det er hjemmeplejen vi snakker her, ikke-
- O: Fordi, at hvis de står og snakker med mig om et eller andet, ikke også, så står de og tænker på at; ”nå nu kommer jeg for sent hen til den næste”, og sådanne nogle ting. Så man kunne godt tænke sig at de havde nogle bedre bemandinger og var nogle flere folk, sådan så at de ikke selv skal- fordi det er sådan at de føler selv at de går fra borgerne, uden egentlig at have gjort det, som de gerne ville.
- I: Mm.
- O: Så, det er faktisk det, det er faktisk det eneste problem jeg synes der er med det offentlige sundhedsvæsen. Det er jo, at de kunne godt bruge nogle flere ressourcer, altså i hvert fald af de folk på- de varme hænder, som man siger. Måske. Kunne man godt-
- I: Ja, så de havde lidt mere tid, måske?
- O: Ja.

- I: Er det så- nu siger du de, at de sådan, de stresser over det og sådan noget der, men hvordan opleves det for dig, at de ikke har så meget tid?
- O: Jo, men det gør- jo, men altså... der er ikke tid til bare at stå og snakke om alt muligt sjov og...
- I: Mm. Så det går måske lidt ud over den relation? At man godt kunne tænke sig at også kunne tale om, lige at lære hinanden lidt at kende og måske lige sige hej, kan man sige?
- O: Ja.
- I: Ja. Mm. Så der er ikke så meget tid til andre ting end det vigtigste-
- O: Nej, det er der fandeme ikke, da. De kører simpelthen så- og så får de jo egentlig ikke sådan det helt vilde store løn, ikke også altså.
- I: Ja.
- O: Det synes jeg det, de skulle måske lige have 20 % mere i løn.
- I: Er det fordi du tænker at de klarer det godt, eller...?
- O: Ja, det synes jeg. De gør fandeme hvad de kan. Det gør de og det er jo kl. 4 om natten og alle mulige tider af døgnet, hvor de skal stille til rådighed.
- I: Synes du at det er nemt at komme i kontakt med personalet?
- O: Nej. Nej, det er umuligt. Det kan man ikke.
- I: Nej.
- O: Altså, for eksempel, hvis jeg skal melde afbud, hvis nu at jeg lige pludselig er blevet inviteret et eller andet sted hen, ikke også, og så ikke kan være hjemme, så bliver jeg nødt til bare at lade være med at melde afbud. For jeg kan ikke melde afbud. Så kan jeg vente til at de ringer og så spørger de om hvorfor jeg ikke er hjemme og så siger jeg til dem at jeg ikke er hjemme, fordi jeg er derhenne, og så er der ikke mere i det. Men jeg kan ikke melde afbud. Det er umuligt. Det har jeg faktisk prøvet på i 5 år, at få det- men det kan ikke lade sig gøre.
- I: Ja. Hvordan oplever du ellers at ventetiden er, på for eksempel at komme til læge og nogle andre ting og sådan noget?

- O: Det er ikke noget jeg har haft problemer med.
- I: Ja. Det går rimeligt hurtigt og sådan?
- O: Ja. Det gør det.
- I: Synes du at personalet, sundhedspersonalet, de påvirker din motivation til at få hjælp til din, til dine, når du nu har nogle helbredsproblemer?
- O: Jamen. Jamen, det tror jeg nok.
- I: Mm. Hvordan tænker du at de motiverer dig?
- O: Jamen, så er det bare ved at vi snakker om det (synes jeg).
- I: Ja. Så de sådan fortæller dig om hvad der skal ske og hvad du måske skulle gøre og sådan noget?
- O: Ja.
- I: Ja. Det lød også sådan før, som om at du sagde at når de, når lægen, siger det, så gør du det fordi-
- O: Ja-
- I: at han ved hvad han snakker om og sådan.
- O: Ja.
- I: Ja. Mm... Nu kigger jeg lige her og ser om der er nogen spørgsmål jeg mangler... Jeg tror faktisk vi har været igennem det meste her. Så... bare lige til sidst her, er der noget du ellers føler vi ellers burde komme ind på når vi sådan snakker om din oplevelse af sundhedsvæsenet?
- O: ... Nej... det synes jeg ikke.
- I: Nej. Hvis du sådan skal opsummere, sådan overordnet set, hvordan vil du så sige at din oplevelse af sundhedsvæsenet er? Sådan samlet-
- O: Jo, altså helt bestemt ud- ga- det, jeg synes det fungerer helt fint for mig, ikke også. Jeg har også et sprog, qua at jeg er en lille smule uddannet, ikke også, så jeg kan godt gøre mig forståelig overfor lægerne og jeg kan godt gøre mig forståelig overfor sundhedspersonale, hvis de har nogle problemer. Og derfor er jeg også i stand til at modtage den hjælp fra dem.

- I: Mm. Så man kan sige, at for dig så er systemet fint fordi du også har nogle res-
sourcer?
- O: Ja, altså jeg har i hvert fald et sprog, ikke også, som gør at man er i stand til
kommunikerer med... med-
- I: Ja, lige præcis. Og det hjælper også meget?
- O: Ja.
- I: Mm. Ja. Men overordnet set, så fungerer det fint for dig?
- O: Helt klart. Det gør det. Ja.
- I: Så, ja. Vi har snakket lidt om nogle forskellige ting og overordnet set, så synes
jeg jo også at det lyder til at, om det er rigtig forstået, det må du så rette mig i
hehe, men at det er positivt med dit møde med sundhedsvæsenet-
- O: Ja.
- I: at hvis der så skulle være et lille men, så er det at de ikke har så meget tid og
ressourcer og sådan noget-
- O: Ja.
- I: og at-
- O: De varme hænder.
- I: Ja, de varme hænder, og godt kunne mangle lidt.
- O: Ja.
- I: Men at ellers, så har du en stor tillid til, at de gør deres arbejde godt og at de er
til at stole på når de siger hvad du skal gøre og sådan?
- O: Ja.
- I: Ja, og giver dig noget behandling. Mm. Det er helt- er det okay summeret op?
- O: Ja.
- I: Ja. Så vil jeg sige tak for hjælpen Ole!

((Umiddelbart efter interviewet fortæller Ole om en oplevelse med egen læge, hvor lægen pga. travlhed kommer til at formidle Ole at han har diabetes et halvt år efter at han er blevet startet på behandling og allerede ved det.))

Bilag 6: Interview med Uffe, mand i 60'erne.

19 minutter langt

I: Ja, og vi er enige om at vi har lige underskrevet samtykkeerklæring... Og, det handler om sundhedsvæsenet, og med sundhedsvæsenet, der mener vi sådan noget som egen læge, og sygehuset og psykiatri. Det kan være anden lægehjælp eller rehabilitering eller misbrugsbehandling eller noget andet offentligt sundhedsbehandling.

U: Okay.

I: Og det er også enhver form for behandling, der mener vi også enhver form for kontakt, så det kan også være, at man ringer til sin læge for at få en tid eller sådan noget.

U: Ja.

I: Ja.

U: Det plejer jeg også at gøre, ringe til min læge for at få en tid.

I: Yes. Og... Dit navn vil blive anonymiseret i vores opgave.

U: Ja, det. Det læste jeg godt lige før.

I: Yes. Og vi optager det. Og så skriver vi også-

U: Ja, det har du også lige fortalt, du har også lige tændt for maskineriet.

I: Det er der nemlig. Og det bliver også skrevet ned. Vi regner med at det tager sådan 20-30 minutter.

U: Ja, men altså..

I: Men hvis du har en masse at sige, så er det også okay.

U: En masse at sige?

I: Jah.

U: Jeg har ikke fået nogen spørgsmål.

I: Næh. Det kommer. Kan du fortælle lidt om din livssituation Uffe?

U: Min livssituation, den er jo så fin som den *kan* være.

- I: Ja. Kan du fortælle lidt om din boligsituation, er du-
- U: Min *boligsituation*, ja jeg bor jo nærmest i gågaden.
- I: Ja.
- U: Ik'.
- I: Men har du en lejlighed, eller?
- U: Ja, lejlighed, ja.
- I: Ja. Okay. Har du et misbrug, eller har haft det tidligere, eller?
- U: Ja, jeg har haft et misbrug for 30 år siden.
- I: Ja. Mh. Og hvad med nu, går du i noget behandling, eller?
- U: Jeg får stadigvæk det metadon, fordi.. Altså, jeg gider ikke at trappe ned på det, og så skal jeg det igennem, og det synes jeg sgu, at jeg er for gammel til efterhånden.
- I: Mh.
- U: Ik'.
- I: Yes.
- U: Og det øh... Det er jo heller ikke godt for dit hjerte.
- I: Nej. Ja..
- U: Så mit gode argument dernede også, det... De skulle ikke lave om på den der handlingsplan, for den skulle bare køre videre.
- I: Ja. Mh. Kan du fortælle mig lidt om din kontakt med sundhedsvæsenet?
- U: Min kontakt til sundhed-, jeg kommer dernede en gang om ugen.
- I: Nede på ((behandlings))centeret?
- U: Ja. Ja, og så kommer jeg til min læge, du ved, når jeg... Jeg føler, der er et eller andet at gå til læge for.
- I: Mh.
- U: Ik'.
- I: Ja... Kan du komme med et eksempel, hvor du har v-

- U: Da jeg kunne mærke, at jeg var ved at få lungebetændelse.
- I: Ja.
- U: Så havde jeg fået lidt lungebetændelse i min venstre lunge.
- I: Mh. Og så tog du til lægen, eller?
- U: Ja, så tog jeg til lægen.
- I: Ja. Hvordan oplevede du så det?
- U: Hvordan jeg oplevede det? Jamen som sædvanligt at være inde ved min læge. Jeg har jo altid haft den samme læge eller lægehus lige siden jeg blev født.
- I: Ja.
- U: Så det... Det er kun lægerne, der er blevet skiftet ud hen ad vejen.
- I: Mh. Og hvordan har du det med det lægehus?
- U: Fint.
- I: Fint?
- U: Det er derfor, at jeg stadigvæk har det.
- I: Ja. Mh. Hvordan er det så fint? Er det fordi, at det er nemt at komme i kontakt med dem, eller noget andet der-
- U: Altså det ligger ude på ((vejnavn)).
- I: Ja. Så det er fordi det ligger smart, eller?
- U: Nej, jeg bor jo lige.. Du ved, inde på hjørnet af ((vejnavn)) og så ((vejnavn)). Ja, så det ligger ude, lige før ((kirkenavn)).
- I: Mh. Ja.
- U: Så skal man dreje ned til højre.
- I: Så ift. til-
- U: Jeg har aldrig haft, du ved, jeg kan ikke se nogen grund til hvorfor jeg skal skifte lægehus-
- I: Nej-
- U: Fordi jeg overrender ikke min læge uden grund.

- I: Mh. Hvordan oplever du at sundhedspersonale, det sådan behandler dig, når du er i sundhedsbehandling?
- U: Sundhedspersonale, altså hvad mener du, når jeg kommer nede på centeret, der to minutter?
- I: Ja.
- U: Ikke øh... De siger ikke noget andet end goddag og så. Så får jeg min metadon til en uge, og så går jeg igen.
- I: Ja. Mh. Og, ja-
- U: Så er der ikke mere i det.
- I: Så er der ikke mere i det.
- U: Nej, jeg sætter mig ikke over i noget café eller noget der, det..
- I: Mh. Så du har måske ikke så meget kontakt med dem?
- U: Nej, så lidt som muligt.
- I: Ja.
- U: Så lidt som muligt.
- I: Okay. Hvorfor så lidt som muligt?
- U: Fordi at øh, ja.. jeg gider ikke at-, jeg har ikke noget at snakke med dem om.
- I: Mh.
- U: Andet end at få min medicin og så komme ud og så..
- I: Ja.
- U: Ja.
- I: Så de kan godt hjælpe dig med dine helbredsproblemer?
- U: Jeg har ingen helbredsproblemer.
- I: Nej, men med din behandling kan man sige.
- U: Ja, de giver mig til en uge og så går jeg igen.
- I: Ja. Og det... Er det til at komme i kontakt med dem derover?
- U: Jah, det er sgu nemt nok, det er nemt nok.

- I: Ja. Hvad med andre ting, f.eks. egen læge og sådan noget?
- U: Det er også nemt. Det er jo bare at ringe derud.
- I: Ja.
- U: Og sekretæren, hun synes, at det er så synd for mig, fordi jeg skal komme en uge, øh, bare en uge om dagen ((en dag om ugen)) nede på centeret. Uh, det er så synd for mig, så ja. Kan du komme i middagspausen, siger hun så.
- I: Mh.
- U: Ja, det kan jeg så hver gang. Ik'.
- I: Ja, hvordan oplever du det så? Altså, du siger, at hun synes, at det er synd for dig, men hvad synes du selv?
- U: Jeg er sgu' da så at sige ligeglad. Jo, jeg har da sagt at jeg vil have til 14 dage, fordi jeg gider ikke at rende derned, selvom jeg bor lige ved siden af.
- I: Mh.
- U: Fordi det... Jeg er sgu ikke så meget hjemme alligevel, jeg er mest i ((bynavn)).
- I: Ja. Men er der så nogen forhindring for, at det så kan lade sig gøre?
- U: Nu skal de jo lige have det op på et eller andet møde alle sammen, så det... Det sædvanlige fnidder-fnadder de har dernede.
- I: Mh. Ja, altså man kan jo sige, der er jo oftest nogle regler og retningslinjer og sådan noget der i sundhedsbehandling, altså-
- U: Ja.
- I: Hvad tænker du om det?
- U: Jeg tænker, der kan godt være lige lovlig, du ved, mange regler, og jeg kan ikke se, hvorfor jeg ikke kunne få, f.eks., få metadon til en *måned*.
- I: Mh.
- U: Altså, det er jo lige som om, at de tror, at man ikke selv kan, du ved... Øh, du ved.. Ja, du ved, passe sin medicin.
- I: Mh. Så det er måske noget med, at de har ikke tillid til dig, eller?
- U: Det er det, de mangler jo tillid til klienterne, ik'.

- I: Ja.
- U: Ellers så havde de jo så bare givet dem til en måned, ik'.
- I: Mh.
- U: Jeg kan da ikke se hvorfor at... Jeg havde da ikke tænkt mig, hvis det var at jeg fik det hele, altså ja... Så spise alt det lort på én dag. Det virker jo *ikke* alligevel mere end det du får. Du kan jo ikke mærke at, hvis du får det, så kan du ikke mærke hvis du får 130 metadoner i stedet for 20. Det kan du ikke mærke.
- I: Nej.
- U: Det kan ikke registreres, når man har fået det i så lang tid. Kun når man ikke får det.
- I: Ja. Kan du komme i tanke om nogle regler eller sådan noget i behandling, som har haft nogen betydning for dig?
- U: Regler i behandling, næh, ikke sådan direkte.
- I: Nej...
- U: Næh.
- I: Det er også i orden... Synes du egentlig, at der er nogen ting ift. de tid og resourcer, der er tilgængelige i behandling, som kunne være mangelfulde eller fine eller sådan noget?
- U: Altså det at jeg kommer der én dag- én gang om ugen i ugen i fem minutter, det... Det er jeg udmærket tilfreds med.
- I: Ja.
- U: Hvis det kunne være én gang hver 14. dag eller hver måned i stedet for, ik'.
- I: Ja.
- U: Jeg bliver altid sådan i dårligt humør af at komme ind dernede.
- I: Okay. Hvorfor bliver du i dårligt humør af det, tænker du?
- U: Fordi at, for det første, hvis der er heroinklinik og sådan noget der, du ved, hvor man hele tiden skal blive... Ja, du ved, gjort opmærksom på, at man har været misbruger førhen, ik'.

- I: Mh.
- U: Det skal der jo hele tiden gøres opmærksom på, ik'. Man skal komme rendende dernede hver uge. Ik'.
- I: Er det sådan noget med personalet, der gør én opmærksom på det, eller-
- U: Nej, det er omgivelserne der gør det, ik'.
- I: Omgivelserne, ja. Så måske også de andre, der går dernede, eller?
- U: Ja.
- I: Ja. Mh... Føler du, at-
- U: Det er derfor, at jeg kommer, når der ikke er andre mennesker.
- I: Ja. Er der så fin mulighed for at kunne komme der på de tidspunkter, når det passer dig?
- U: Ja.
- I: Ja.
- U: Jeg plejer at komme derned klokken 09, så er der ingen mennesker.
- I: Ja. Hvordan er ventetiden, oplever du det-
- U: Der har aldrig været sådan noget her, på det sidste har der ikke været noget ventetid overhovedet.
- I: Nej. Hvad med ift. andre ting, altså egen læge og sådan noget?
- U: Der kan jo være ventetid, hvis lægen er syg, og man ikke lige gider at snakke med de andre, ik'.
- I: Ja ja.
- U: Så kan der være ventetid, men det er sjældent.
- I: Ja.
- U: Ja.
- I: Så generelt fungerer det egentlig nogenlunde?
- U: Jah, det fungerer, som det skal, altså...

- I: Mh. Hvordan føler du at sundhedspersonale har forståelse for din situation og dine behov?
- U: Ja, fordi, jeg har jo ikke så mange behov. Jeg skal bare have det metadon, så er det fint.
- I: Ja. Så det er måske mere dét, at du ikke er så besværlig?
- U: Næh, jeg er ikke så besværlig.
- I: Mh... Kan du komme med et eksempel på, at du føler dig forstået eller, ja?
- U: Føler mig forstået, jeg bliver da altid godt behandlet, altså.
- I: Ja.
- U: Meget godt behandlet, der er ikke nogen der siger, sådan som folk de siger, fordi, du ved, du er tidligere narkoman, så får du en dårlig behandling ude på sygehuset, nej *tværtimod*, ik'.
- I: Ja.
- U: Tværtimod. Det har jeg sgu aldrig rigtig...
- I: Hvad tænker du så er god behandling?
- U: God behandling? Det er den samme behandling, som alle andre mennesker får.
- I: Ja... Godt... Har du oplevet at du har været uenig i behandlere med, hvad målet med den behandling du har fået, det skulle være?
- U: Ja, der har altid været nogen, du ved, som har en eller anden indstilling, når de lige er startet, du ved, så tror de, at de skal redde hele verden. Ik'. Og så finder de jo så hurtigt ud af, at det kan de ikke...
- I: Ja... Og hvordan kommer det-, altså kan du komme i tanke om noget tidspunkt, hvor det så har haft en effekt?
- U: Næh, fordi jeg har bare slået det hen som bare noget fnadder. Fnidder, ik'.
- I: Ja, så det er bare noget, der skal overstås, eller?
- U: Jah, det er bare noget, som man skal sidde og høre på, og så sige "det kan du godt glemme det der, det får du ikke noget ud af".
- I: Mh.

- U: Så.. ellers ikke så meget.
- I: Hvad skal der til, for at du tænker, at du føler dig *inddraget* i behandling?
- U: Øh... Hvis jeg selv gider at være inddraget i behandlingen, ik', men altså, jeg skal bare have min metadon.
- I: Ja.
- U: Ik'. Og så skal jeg bare ud derfra. Så kan jeg godt klare mit liv selv.
- I: Mh.
- U: Ik'.
- I: Så er det vigtigt for dig at være en del af behandlingen, eller?
- U: Altså... Hvis jeg ku' få det, altså.. Ja, så lang tid jeg ikke betaler for det, så er det jo vigtigt at være en del af det, ik'.
- I: Mh... Ja... Kan du komme i tanke om en oplevelse, hvor du følte, at du blev inddraget i en beslutning eller noget der skulle ske ift. behandling?
- U: Det gør jeg jo allerede nu, ik'. Nu skal det op på møde, du ved, det der med hvor man kan få til 14 dage, eller hvad de skal have op på møde. Hvad hedder det, det var her i onsdags.
- I: Og hvordan har oplevelsen med den proces ligesom været?
- U: Det er jo ikke noget, vi kan være med til, vel.
- I: Nej.
- U: Jeg må jo bare vente og så høre hvad de-, hvad afgørelsen er.
- I: Ja... Hvordan føles det så, at de-
- U: Ja, det kan jo ikke føles andet end det... Det ved jeg ikke. Du venter på at se hvad der nu () ik'. Andet er der såmænd ikke.
- I: Så det er bare venteposition?
- U: Ja.
- I: Håbe på, at det bliver sådan, som man gerne vil have det.
- U: Jah.. ja.

- I: Ja... ja... Synes du, at personalet påvirker din motivation ift. at få sundhedsbehandling?
- U: Sundhedsbehandling, *næh* det ved jeg ikke... Næh.
- I: Nej.
- U: Sundhedsbehandling, altså-
- I: Nåh, det kan være hvis du går og bøvler med et eller andet, at de så foreslår noget eller hjælper dig til hvordan det skal være eller siger ”det skal du måske-
- U: Når går jeg som regel ikke og bøvler med noget, vel.
- I: Nej, men *hvis* der nu var noget.
- U: Ja, så ved jeg ikke, jeg har jo ikke... Du ved, de har ikke fået lov til at bøvle med noget med mig.
- I: Nej... Så det er ikke noget, du sådan kan genkende, eller-
- U: Næh, nej.
- I: Nej.
- U: Men der er sikkert mange, der griber efter hvert et halmstrå de kan få.
- I: Mh... Men det er ikke dig?
- U: Nej. Nej, det er et nødvendigt onde, at jeg skal have det metadon, så det ().
- I: Ja.
- U: Så...
- I: Nogen gange, så kan man sige at i sådan noget sundhedsbehandling, så kan det være, at der er noget, som man også får hjælp til, som egentlig ikke har noget med behandling at gøre, altså-
- U: Jeg får ikke hjælp til noget overhovedet.
- I: Hjælp til, ja, at finde ud af noget med-, det kan være noget med kommunen eller andet, eller støtte til andet. Er det noget, du har oplevet?
- U: Ja, det kan jeg selv finde ud af.
- I: Det kan du selv finde ud af.

- U: Ja.
- I: Har du prøvet at blive tilbudt at få hjælp til noget, eller?
- U: ((Drikker en tår øl))...Nej, for jeg har aldrig haft brug for at få hjælp til noget. Så det har jeg ikke.
- I: Nej. Kunne du godt tænkte dig, at-
- U: Næh.
- I: Nogen spurgte ind til noget-
- U: Næh.
- I: Nej. Det er bare i orden.
- U: Det er ikke noget, der vedkommer dem.
- I: Nej... Så tror jeg faktisk, at vi er ved at være igennem det her.
- U: Ja.
- I: Jeg har lige et par enkelte spørgsmål her til sidst. Føler du dig tryk i sundhedssystemet?
- U: Føler mig tryk, altså vi har jo et godt sundhedssystem, ik'.
- I: Ja.
- U: Selvfølgelig føler jeg mig tryk i sundhedssystemet, som det er.
- I: Ja... Mh, så din overordnede oplevelse af sundhedsvæsenet-
- U: Den er udmærket.
- I: Ja... Mh. Er der andet, du føler vi skal komme ind på, hvis vi skal få en fornemmelse af hvordan du oplever sundhedsvæsenet?
- U: Jeg har altid altså-, jeg har kun haft en god oplevelse med sundhedsvæsenet og så videre.
- I: Ja.
- U: Det er mere med dem dernede, de kan jo ikke finde det ene og det andet og så videre.
- I: Dem der nede, det er så ((behandlings))centeret?

- U: Jah.
- I: Ja... Hvad er det, de ikke er så gode til?
- U: Ja, altså det var en.. jeg havde været ude ved, du ved, var blevet undersøgt, fordi de påstår, at der var noget galt med min nyre. Det var der ikke. Jeg fik-, de fæxede så svaret ned, dertil. Det havde de så smidt væk.
- I: Ja.
- U: Det skulle jeg så gå at høre for i halvandet år, til de fandt den der rapport og så gav mig *en undskyldning*. Ik'. Og de kunne godt forstå at jeg var træt af at høre på det. Så et år efter, så begynder de *fandme* på det igen og kunne ikke huske dit og dat. Så ville de have, at jeg skulle ud at snakke med min læge, og så tog jeg ud til min læge, og så kommer jeg derud, og så "hvad kan jeg så gøre for dig, Uffe". Han havde aldrig nogensinde hørt om, at han skulle snakke med mig.
- I: Mh.
- U: Nå, men så kunne jeg da lige få den der rapport dér faxet ud derud ((behandlingscenteret)), og så lavet en kopi af den til derinde, sådan at jeg har en hjemme.
- I: Ja.
- U: Ik'. Og så *skælde* hende ud helt vildt, da jeg kom derned ((behandlingscenteret)) over hvad det var for noget at sige, at jeg skulle ud at snakke med min egen læge, når han ikke havde bedt om at snakke med mig.
- I: Mh... Ja.
- U: Og så aflevere den rapport der og så sige "nu kan I få den her, fordi det gider jeg ikke at høre på mere, det der".
- I: Mh.
- U: Og nu har jeg så én hjemme, som jeg altid kan tage frem, *hvis de smider den væk igen*.
- I: Jah.
- U: Ik'. Det er lidt irriterende at skulle gå at høre på, at der er noget galt, når der ikke er ((noget galt)).

- I: Mh.
- U: Ik'. Og har været igennem *alt* hvad der overhovedet..
- I: Mh. Så det er sådan lidt en følelse af, at de ikke helt har styr på deres-
- U: Dem der ((personale på behandlingscentret)), de har ikke styr på en bønne. *In-tet*. De ved ikke, den ene hånd ved ikke hvad den anden laver. Det er helt sikkert.
- I: Ja... Mh... Så hvis jeg skal lige opsummere, så generelt, så synes du at sundhedsvæsenet er-
- U: Er udmærket, men det der nede, det er-
- I: Misbrugsbehandlingen, det-
- U: Det er sådan op og ned, du ved.
- I: Det er lidt blandet.
- U: Ja, lidt blandede oplevelser.
- I: Ja, så det er fint, når de bare kan-
- U: Mh.
- I: lade dig komme ind de fem minutter, men når de vil alt muligt andet, så... Og der kommer nye ansigter, der vil prøve noget nyt, så er det-
- U: Jamen det hjælper ikke noget. Fordi altså, jeg kan lige hilse på dem, du ved, ik'.
- I: Mh.
- U: Og nu laver de jo heller ikke... Hvad er det, det hedder. Årshalløjsa'er med mig, ik'. Det sidste, det var siden i 2017.
- I: Ja.
- U: Og jeg sagde bare ja, så. Lad det være, som det er.
- I: Mh.
- U: Ik'. Det kører fint, så der skal ikke laves nogen ændringer.
- I: Nej...

- U: Og jeg skal ikke nedtrappes, fordi det er så svært at blive nedtrappet fra det metadon der. Det er ikke svært at blive nedtrappet fra heroin, det... det tager 10 dage, så er det overstået. Metadon, det tager over halvandet år. Ik'.
- I: Ja.
- U: Bare for at slippe den sidste. Det sidder jo helt inde i knoglerne på én, jeg ved fandme ikke hvad det er for noget gift, der er brugt i stedet for.
- I: Ja.
- U: Ik'.
- I: Så du har ligesom fundet et niveau og fundet ud af, hvad det er, du har brug for, og så-
- U: Ja.
- I: Så skal der ikke laves om på det.
- U: Jeg skal alligevel tage nogle blodtryksdæmpende piller, ik', så kan jeg tage min metadon med dem hver morgen, fordi det er nogen jeg skal tage hver morgen, så det... Det er jo bare en vane.
- I: Ja.
- U: Ik'.
- I: Så det er ikke så meget noget du tænker på.
- U: Det eneste irriterende, det er, at jeg skal så fise derned og hente dem hver uge. Det er det eneste der er sådan, det er da et held at jeg bor så tæt på jo.
- I: Ja.
- U: Ik'. Og altid har boet så tæt på.
- I: Mh.. ja. Så hvis bare du kunne få det hjem, så du ikke skulle derned så ofte, så ville det egentlig være ganske udmærket?
- U: Ja, fordi det er lidt irriterende at skulle køre helt ude fra ((bynavn)) af og så derind. Ik'. Især når det er snevejr, og det er privat vej og så videre.
- I: Mh... Ja.
- U: Så er det lidt irriterende.

- I: Ja.. Men..
- U: Ellers så er der ikke noget videre.
- I: Nej. Tak skal du have, Uffe.
- U: Det var så lidt.
- I: Det sætter vi meget stor pris på.
- U: Ja. Pris, hvad øh, det der med prisen, hvad- hvad- hvad er det? ((grinende)).
- I: Jamen du er velkommen til at tage et chokoladeæg, hvis du kunne tænke dig det ((grinende)).
- U: Nej tak, chokolade og slik, det er ikke lige sådan noget af det jeg sådan- ((optager afsluttes)).

Bilag 7: Skalaen

Din oplevelse af mødet med sundhedsvæsenet

Sundhedsvæsenet dækker over egen læge, psykiatri og sygehus, rehabilitering, misbrugsbehandling samt anden offentlig sundhedsbehandling. Dvs. ikke varmemestuer, herberg og tandlægebehandling.

Behandlere dækker over al personale i sundhedsvæsenet.

Sæt ét kryds pr. udsagn.

Spørgsmål	Meget uenig	Uenig	Lidt uenig	Hverken enig eller uenig	Lidt enig	Enig	Meget enig
Jeg er enig med min behandler om formålet med den hjælp, jeg får.							
Min behandler lytter ikke nok til mine behov							
Jeg er med til at beslutte, hvad der skal ske i min behandling.							
Spørgsmål	Meget uenig	Uenig	Lidt uenig	Hverken enig eller uenig	Lidt enig	Enig	Meget enig
Jeg er tilfreds med den hjælp, jeg kan få i sundhedsvæsenet							
Det er muligt for mig at få en behandling som gør, at jeg får det bedre.							
Jeg beder om hjælp andre steder, før jeg beder om hjælp ved sundhedsvæsenet.							

Spørgsmål	Meget uenig	Uenig	Lidt uenig	Hverken enig eller uenig	Lidt enig	Enig	Meget enig
Jeg føler, at behandlere viser forståelse for mig.							

Jeg føler mig tryk ved at bruge sundhedsvæsenet.							
--	--	--	--	--	--	--	--

Jeg føler, at behandlere har tillid til mig.							
--	--	--	--	--	--	--	--

Spørgsmål	Meget uenig	Uenig	Lidt uenig	Hverken enig eller uenig	Lidt enig	Enig	Meget enig
Jeg føler, at jeg får en dårlig behandling på grund af behandleres syn på mig.							

Behandlere er gode til at tale med mig om de ting, der er vigtige for mig.							
--	--	--	--	--	--	--	--

Jeg føler, at behandlere ser skævt til mig.							
---	--	--	--	--	--	--	--

Spørgsmål	Meget uenig	Uenig	Lidt uenig	Hverken enig eller uenig	Lidt enig	Enig	Meget enig
Min behandler er god til at hjælpe mig med at holde fast i min behandling.							

Jeg har svært ved at forstå, hvad behandlere mener med det, de siger til mig.							
---	--	--	--	--	--	--	--

Jeg synes, at mine behandlere er gode til deres arbejde.							
--	--	--	--	--	--	--	--

Spørgsmål	Meget uenig	Uenig	Lidt uenig	Hverken enig eller uenig	Lidt enig	Enig	Meget enig
Jeg føler, at behandlere har svært ved at tale sammen på tværs af sundhedsvæsenet.							

Det er vigtigt, at jeg har noget til fælles med de andre, som går i behandling samme sted som mig.							
--	--	--	--	--	--	--	--

Det er nemt for mig at leve op til de krav, der sættes til mig i behandling.							
Spørgsmål	Meget uenig	Uenig	Lidt uenig	Hverken enig eller uenig	Lidt enig	Enig	Meget enig
Jeg oplever, at behandlere har nok tid til at hjælpe mig med mine behov.							

Det er nemt at komme i kontakt med min behandler.							
---	--	--	--	--	--	--	--

Jeg synes, at der er for lang ventetid, fra jeg søger hjælp til jeg får den.							
--	--	--	--	--	--	--	--

Køn:	Mand	Kvinde	Andet	
Alder:	18-30	31-45	46-60	61+

TAK for din besvarelse