

# Ulighed i sundhed, socialt udsatte og fysioterapeutiske kompetencer

Fysioterapeuterne Ann Blikdal, Tommy Heyst og Ane Holsaae

*Blikdal A., Heyst T. og Holsaae A.*

*Ulighed i sundhed, socialt udsatte og fysioterapeutiske kompetencer*

*Webadresse: [fysio.dk/bachelorprisen2018](http://fysio.dk/bachelorprisen2018)*

## Baggrund

Der er i de sidste 30 år kommet en øget ulighed i sundhed (1,2). Socialt udsatte dør i gennemsnit 22 år tidligere end den øvrige danske befolkning (3). Ulighed i sundhed koster den danske stat 198,9 mia. kr. årligt på grund af øgede sundhedsudgifter, tabt arbejdsproduktion og velfærdstab (4). Der er fokus på ulighed i sundhed både nationalt og internationalt, men selv om der er enighed om, at uligheden i sundhed bør nedbringes, er det modsatte sket (5,6,7). Ifølge sociolog og samfundsteoretiker Anthony Giddens er fattigdom og ulighed uhensigtsmæssigt, fordi det ikke øger lykken i samfundet (8). Dermed er der både et økonomisk og teoretisk incitament for at nedsætte ulighed i sundhed.

I denne artikel anvendes begrebet socialt udsat i bred forstand. Der findes flere definitioner af begrebet, som generelt henviser til personer med én eller flere tunge sociale problematikker (9,10,11). At være socialt udsat er ikke nødvendigvis en statisk situation, hvilket ifølge U. Christensen og J. E. Larsen gør det vanskeligt at definere. Ifølge socialministeriet beskrives socialt udsatte som: "Personer, der lever i samfundets yderkanter, personer, der ofte har et dårligt helbred, der sjældent har tilknytning til arbejdsmarkedet, og som ikke drager nytte af samfundets almindelige tilbud til borgere" (12).

Socialt udsatte har de samme sundhedsønsker som resten af befolkning, men de bruger sundhedsvæsenet anderledes, og primært i nødstilfælde, på grund af mistillid og dårlige erfaringer (9,10,11). Socialt udsattes stemme er inddraget med rapporten "Fælles værdier - i det sociale og sundhedsmæssige arbejde med socialt udsatte". Rapporten tager afsæt i en kvalitativ interviewundersøgelse af socialt udsattes oplevelse af sundhedsvæsenet, forankret i Axel Honneths anerkendelsesteori (13). Honneth peger på tre centrale sfærer, hvor individet skal føle sig anerkendt for at være lykkelig: Kærlighedssfæren, den retslige sfære og socialsfæren. Disse er dybtliggende, samfundsmæssige og sociale strukturer, som er afgørende for følelsen af tilstrækkelighed, og på sigt lykke for individet. Selve grundlaget for at opnå anerkendelse og det lykkelige og tilfredse individ, opstår ifølge Honneth i en gensidig relation - i intersubjektiviteten (14).

Fysioterapeuter i Danmark arbejder i dag primært med socialt udsatte på samme vilkår som øvrige borgere, fordi sundhedsloven foreskriver let og lige adgang til sundhedsvæsenet (15). Det er problematisk, fordi socialt udsatte ikke gør brug af sundhedssystemet som resten af befolkningen, og loven imødekommer derfor i praksis ikke socialt udsattes behov. En mindre gruppe fysioterapeuter og enkelte projekter tilbyder differentieret og opsøgende fysioterapi med et mål at gøre en forskel for socialt udsatte og minimere ulighed i sundhed (16,17).

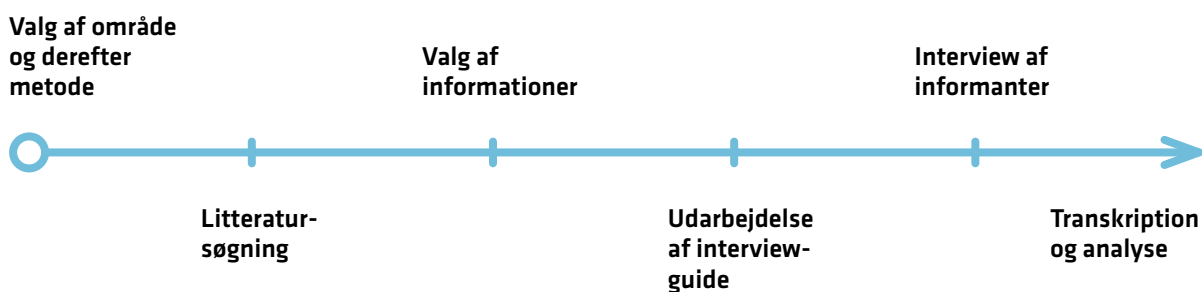
Kompetencer er handlingsorienterede og kan i bred forstand defineres som, at man er god til det, man gør. Knud Illeris' "kompetenceblomst" er anvendt i denne artikel som teoretisk referenceramme, fordi den belyser kompetencebegrebets mange facetter og kompleksiteter. Den ydre blomst symboliserer den udvidede kompetenceforståelse, den indeholder elementer som ofte er svære at håndtere og måle på. Den ydre blomst består af ordene: Kreativitet, fantasi, kombinationsevne, fleksibilitet, empati, intuition, kritisk tilgang og modstandspotentiale. Kompetenceudvikling er ifølge Illeris baseret på engagement, praksis og refleksion (18).

Formålet med dette projekt er at undersøge, hvilke kompetencer fysioterapeuter har i arbejdet med socialt udsatte, som kan føre til målrettede og forbedrede fysioterapeutiske interventioner til socialt udsatte og på sigt bidrage til reduktion af ulighed i sundhed.

Artiklens forforståelse bygger på forfatterens personlige kendskab til socialt udsatte igennem et nordisk projekt "Relevance in practice placement – inclusion of marginalized people" (19) og vores engagement i bl.a. OMBOLD (20). Vi har i vores kontakt med socialt udsatte bemærket vigtigheden af at møde socialt udsatte på deres hjemmebane og har oplevet at have kompetencer til kunne gøre en forskel for socialt udsatte. Det betyder, at vores forforståelse har præget projektets indgangsvinkel og været en motivationsfaktor igennem processen.

### Materiale og metode

Materialet i denne opgave består af 4 interviews med fysioterapeuter. Den kvalitative metode er valgt, fordi den er særlig relevant på områder, hvor informanter besidder en væsentlig erfaringsbaseret viden (21). Informanternes subjektive livsverden er afdækket med en fænomenologisk tilgang til den kvalitative metode for at opnå en dybdegående og nuanceret viden og en helhedsforståelse af informanternes oplevelses- og meningsverden. Med andre ord er målet at indfange informanternes erfaring, som de selv oplever den, for at bidrage til øget indsigt og større forståelse af deres kompetencer i deres arbejde med socialt udsatte. Det semistrukturerede enkeltinterview er valgt for at opnå personlige, dybdegående, individuelle, nuancerede, udsagn fra informanterne (22) (21).



Figur Arbejdsproces i valg af materiale og metode

Litteratursøgningen startede med en fritekstsøgning, herefter fulgte en hånd- og kaskadesøgning for en generel afdækning af emnet (23, 24). Dette førte til en søgematrix, som blev anvendt til en systematisk litteratursøgning på relevante medicinske og fysioterapeutiske databaser (23). Standardiserede tjeklister blev anvendt til gennemlæsning og vurdering af kvalitative og kvantitative studier (25).

Den strategiske udvælgelse af informanter blev foretaget via "snowball-effekten", i praksis vil det sige, at én informant fører til en anden. Selve udvælgelsesstrategien blev det, som Malterud betegner som et bekvemmelighedsvalg, på grund af det korte tidsperspektiv for gennemførelsen af studiet og viden om, at det er muligt at få meget empiri fra få informanter. I kvalitativ forskning indsamles alsidig og mangfoldig empiri for at beskrive fænomenet bedst muligt (21). Derfor er informanterne så vidt muligt fra forskellige arbejdspladser og projekter. I foråret 2017 blev fire fysioterapeuter kontaktet, som alle opfyldte inklusionskriteriet om at være eller tidligere have været engageret i fysioterapi til socialt udsatte; alle ønskede at deltage i studiet. Af nedenstående tabel fremgår informanternes demografiske data, lokation for interviewet og deres erfaring på området.

	FYSIOTERAPEUT INFORMANT: A	FYSIOTERAPEUT INFORMANT: B	FYSIOTERAPEUT INFORMANT: C	FYSIOTERAPEUT INFORMANT: D
<b>KØN</b>	Mand	Kvinde	Kvinde	Mand
<b>ALDER</b>	30 år	37 år	32 år	47 år
<b>ERFARING PÅ OMRÅDET</b>	3 år	13 år	3 år	7 år
<b>INTERVIEW-STED</b>	Arbejdsplads	Arbejdsplads	Hjemme	Arbejdsplads

**Tabel 1.** Informanternes demografiske data

En forudsætning for godt interviewmateriale er ifølge Malterud, at deltagerne føler sig trygge i situationen (21), derfor foregik alle interviews i for informanterne kendte omgivelser. Interviewene varede mellem 55 og 70 minutter. For at opnå ny viden er det vigtigt at være påpasselig med at gøre interviewguiden meget stringent, derfor blev der anvendt en åben guide (26).

Alle interviews blev optaget på mobiltelefoner og efterfølgende transskriberet med slightly modified verbatim mode. Interviewene blev efterfølgende analyseret i henhold til Malteruds systematiske tekstkondensering (21).

Projektet opfylder de etiske hensyn i medicinsk forskning, som informeret samtykke og anonymisering jf. Helsinki-deklarationen (27). Informanterne modtog informationsbreve og underskrev en informeret samtykkeerklæring. Personoplysningerne er behandlet jf. persondataloven. Samtlige optagelser er slettet efter brug, og alle informanter er anonymiseret (28).

## Resultater

Med Malteruds systematiske tekstkondensering fremkom fire kodegrupper med 2-3 subgrupper. Hvert tema indeholder data fra de fire interviews (tabel 1).

KODEGRUPPER:	SUBGRUPPER:
<b>Evnen til tålmodighed og vedholdenhed</b>	Tålmodighed i implementeringen Vedholdenhed i relationen og interventionen At lytte
<b>Evnen til bevidst at anvende sit engagement</b>	At rammesætte sig selv At have pondus
<b>Rummelighed og kreativitet i arbejdet med socialt udsatte</b>	Tolerance for forskellighed Fleksibilitet og kreativitet Berøring og følelser
<b>Kendskab til socialt udsattes bio-psyko-sociale situation</b>	Viden om socialt udsatte Det opsøgende og oplysende arbejde Forenede ambitioner

**Tabel 1.** Kodegrupper og subgrupper

### *Evnen til tålmodighed og vedholdenhed*

Informanterne nævnte, at tålmodighed og vedholdenhed er vigtige kompetencer, både i relationer, interventioner og implementering af fysioterapi. Af interviewene fremgik, at man skal være tålmodig i implementering og interventioner og vide, at der kan være behov for fysioterapi, selvom det ikke altid efterspørges fra dag ét. En fysioterapeut udtalte: *"Nu har jeg jo arbejdet meget for at blive etableret herude i løbet af et par år, så nu er der sådan kommet et fænomen omkring, at nu er der en fysioterapeut(...)"* For andre var tidsperspektivet noget kortere, men flere af fysioterapeuterne fortæller om, hvordan de har oplevet, at brugerne i starten var lidt skeptiske, og at det er vigtigt at tage sig tid: *"Så der gik noget tid, og vi fik en kop kaffe og en ostemad og sad og ventede, og der skete ikke rigtig noget"(...)"* stille og roligt, så begyndte de at komme hen, men de var sådan lige lidt skeptiske til at starte med". En tredje fysioterapeut sætter ikke et tidsperspektiv på, men siger: *"Der er tillid, der skal bygges op og en relation, der skal på plads, før der kan behandles"*.

### *Evnen til bevidst at anvende sit engagement*

Det var et gennemgående tema, at fysioterapeuten skal vise de socialt udsatte, at de vil dem, og at man skal gå til opgaven med engagement og personlighed. En informant siger: *"At man tør lægge noget personlighed til den relation, så man faktisk, virkelig får skabt et bånd, af tillid. Så tror jeg, at man kommer længst"*. Det blev også nævnt, at det at rammesætte sig selv og være i balance er en vigtig kompetence for bevidst at kunne anvende sit engagement. *"Have en forståelse for, der er en grund til, at de gør det, og der er en grund til, at de er, hvor de er. Fordi så kan du være mere stabil, altså man skal jo lidt være klippen for dem, fordi de sejler rundt(..)"*. Pondus er evnen til at udstråle kraft, selvsikkerhed og at have gennemslagskraft og dermed fremkalde respekt hos andre. En fysioterapeut erfarer: *"Man skal jo have en vis selvbevidsthed og pondus for og kunne være i det"*.

### *Rummelighed og kreativitet i arbejdet med socialt udsatte*

Informanterne er enige om, at rummelighed er en vigtig kompetence for at arbejde med socialt udsatte, rummelighed i form af åbenhed og tolerance for forskelligheder og valg i livet. En informant siger: *"Et åbent menneskesyn, det er sådan et stort begreb, men at man godt kan rumme, at folk er lidt særlige, og man godt kan rumme, at de siger nogle lidt aparte ting i forhold til deres verdensbillede og i forholdet til andre mennesker"*. Af interviewene fremgik, at det at være i stand til at kunne ændre og

tilpasse sine ideer mange gange på en dag er en vigtig kompetence, da socialt udsatte ikke, ligesom andre grupper, har ressourcer til at tilpasse sig. Det handler derfor i stedet om at udvise sin fleksibilitet kreativt igennem blandt andet spontanitet og omstillbarhed. En fysioterapeut fortæller: *”Vi har ikke nogen bagkant på vores behandlinger derude. Vi kan bruge 3 timer med en, vi kan bruge 10 minutter med en, vi kan gøre det, som vi har lyst til”*. En anden fortæller, hvordan mødet er vigtigt, både fysisk og mentalt: *”I hvert fald så skal vi møde dem der, hvor de er, tænker jeg er en rigtig god måde at starte på. Møde dem der, hvor de er, både sådan i forhold til mentalt at møde dem, men også i forhold til fysisk at møde dem, hvor de er(...)*”. Rummelighed og kreativitet er altså mange ting og en god kompetence i arbejde med socialt udsatte.

### ***Kendskab til socialt udsattes bio-psyko-sociale situation***

Fra informanternes side lægges der vægt på, at mange af de socialt udsatte er komplekse patienter, da de ofte har flere forskellige problemstillinger. Viden og forståelse for brugernes komplekse livssituation har stor betydning for relationen og behandlingsforløbet. En informant fortæller, hvordan hun bruger sin viden om forskellige psykiatriske og somatiske diagnoser til at planlægge behandlingsforløbene. Det er i informanternes optik relevant at møde socialt udsatte i deres vante omgivelser. De oplever, at det på den måde er nemmere at skabe tillid, trykthed i relationen og de socialt udsatte får en større tiltro til fysioterapeuternes engagement. En informant beskriver det således: *”Du skal nok ud at mærke dem i deres miljø, hvor du selv er lidt usikker. For de har nok været ligeså usikre, da de kom ind til dig. Det gælder det om at komme ud at få sine hænder lidt beskidte”*. Et bio-psyko-socialt kendskab til socialt udsatte kan ifølge informanterne hjælpe dem med at skabe en SMART-målsætning (specifikt, målbart, attraktivt, realistisk og tidsbestemt) sammen med de socialt udsatte, som de sammen kan bestræbe sig på at opnå.

En fysioterapeut fortæller således: *”Lægen har en ide om, hvad de skal, vi har en ide om, hvad de skal, sygeplejersken, socialrådgiveren har alle en ide om, hvad de skal, man er nødt til at starte med noget, der giver mening for dem (...) Men at møde dem der, hvor de er, det må nok være det vigtigste”*. At have kendskab til socialt udsattes bio-psyko-sociale situation er en vigtig kompetence for fysioterapeuten. Informanterne oplevede, at de havde fået kendskab til dette ved at arbejde i feltet, men gav samtidig udtryk for, at de gerne ville have haft mere viden om denne målgruppe igennem uddannelsen.

## **Diskussion**

### ***Evnen til tålmodighed i vedholdenhed.***

Ifølge informanterne er implementering af fysioterapi til denne målgruppe er en tidskrævende proces, hvor der er behov for tålmodighed. Dette understøttes af Sundhedsstyrelsen, der har gennemført flere undersøgelser om implementering af sundhedstiltag. Et tiltag er Sund By Netværks-projektet Røgfrihed for alle, hvor 12 modelkommuner blev støttet i at arbejde med tobaksforebyggelse blandt socialt udsatte. Her foregik implementeringen over en periode på 3 år og var en succes i forhold til projektets kriterier. Medarbejderne i denne undersøgelse havde på forhånd en relation til borgerne, hvilket ifølge undersøgelsen var en af årsagerne til, at implementeringen lykkedes (29).

Vedholdenhed er ifølge informanterne vigtig for at skabe en god og tillidsfuld relation til socialt udsatte. Det viser sig også i undersøgelsen af Chinmanns et al., der konkluderer, at det at opbygge en tillidsfuld relation kan være en hård proces, hvor den socialt udsatte ofte kæmper imod og forsøger at ryste den velmenende hjælper af sig (30). I L. Leiphart og M. G. Barnes' undersøgelse oplever størstedelen af socialt udsatte i begyndelsen et ubehag ved opmærksomheden fra gadeplansmedarbejdere (31). Ved at inddrage Honneths anerkendelsesteori kan man forklare medarbejdernes tålmodighed overfor de socialt udsatte, som anerkendelse inden for kærlighedssfæren (32).

Ifølge Gamst undersøgelse kan tillid i relationer mellem socialt udsatte og relationsmedarbejdere føre til genetablering af kontakt til offentlige myndigheder herunder sundhedssystemet. I undersøgelsen er dette eksemplificeret ved, at en relationsmedarbejder følger en hjemløs på skadestuen, der tidligere er blevet afvist samme sted. Nu anerkendes den hjemløse, fordi han har en støtteperson med (33). Samme oplevelser har informanterne, som møder socialt udsatte i deres miljø og oplever, at det er det, der skal til.

#### ***Evnen til bevidst at anvende sig engagement***

Ifølge rapporten *Fælles værdier*, pointeres det at arbejde med socialt udsatte må varetages af engagerede medarbejdere med overskud (13). Det samme erfarer informanterne. En informant fortæller "*At man tør lægge noget personlighed til den relation, så man faktisk, virkelig får skabt et bånd, af tillid. Så tror jeg, at man kommer længst*".

Flere af informanterne oplevede, at de manglede sparringspartnere i arbejdet med socialt udsatte, hvilket til tider gjorde det vanskeligt at lægge arbejdet fra sig, når de gik hjem. Ifølge seniorforsker Vilhelm Borg skal man arbejde med arbejdspladsens sociale kapital (34). Social kapital skal her forstås som sociale netværk på arbejdspladsen, hvilket ifølge informanterne ikke findes på nuværende tidspunkt.

#### ***Rummelighed og kreativitet i arbejdet med socialt ansatte.***

Ifølge rapporten *Fælles værdier* har socialt udsatte behov for rummelighed i form af fleksibilitet, tolerance og afvigelse fra standardpraksis i det sociale og sundhedsrelaterede arbejde (13). Rummelighed handler ifølge informanterne om at være medmenneskelig og indfølelse, da det er med til at skabe et godt fundament for samarbejdet med socialt udsatte. Dette understøttes af Axel Honneths teori i forhold til anerkendelse i kærlighedssfæren og socialsfæren (32). Ifølge Illeris kan det virke indlysende, at disse mere personlige kompetencer er egenskaber, der er gunstige i arbejdet med socialt udsatte. Men Illeris fremhæver, at det har vist sig, at områderne ikke normalt er medinddraget i andre definitioner og kompetencebeskrivelser. Det kan skyldes, at det for andre er indforstået i begrebet, eller fordi det er kompetencer, der er svære at måle på. (18) Ifølge Illeris og informanterne er det vigtige og til tider oversete kompetencer. Det kan diskuteres, hvorvidt disse personlige kompetencer og egenskaber kan implementeres i fremtidens uddannelse og dermed arbejde på området.

Det er muligt at rummelighed og kreativitet bliver sværere at honorere i fremtiden, hvor vi bevæger os mod et sundhedssystem, der prioriterer effektivisering. I rapporten *Klædt på til fremtiden – undersøgelse af kompetencebehov rettet mod fremtidens fysioterapeut- og ergoterapeutfaglige arbejdsområder* (2012) fra Århus Universitetshospital konkluderer Katrin Hjort, at vi i fremtiden bevæger os mod den realitet, at terapeuter får mindre tid sammen med patienterne (35). På baggrund af Informanternes erfaringer, de inddragede teorier og rapporter, vil det have konsekvenser for socialt udsatte og for udviklingen af fysioterapeutiske kompetencer generelt. Det vil blive sværere at være fleksibel og kreativ.

Ifølge Else Marie Bech et. al. kan kærlighed sagtens opstå i en professionel kontekst. Den professionelle kærlighed adskiller sig fra den personlige kærlighed ved, at den interpersonelle relation mellem fysioterapeuten og brugeren er afhængig af forholdet mellem komponenterne intimitet, passion og engagement, og uden en af disse komponenter er der således ikke tale om kærlighed. Professionel kærlighed i relationen er på den ene side faglig viden, der retter sig mod den socialt udsattes udvikling og behov, og på den anden side oprigtig nysgerrighed, engagement og forståelse for, hvad brugeren har brug for (36).

### *Kendskab til sociale udsattes bio-psyko-sociale situation*

Informanterne erfarede at de med deres viden om menneskers bio-psyko-sociale situation (28), kunne hjælpe de socialt udsatte, som ofte havde mange forskellige problemstillinger. Dette stemmer godt overens med, at strukturel forståelse og overblik er en del af Illeris' kompetencebegreb, som kræver, at individet gennem praksiserfaring og skoling kan danne sig et overblik, indsigt og forståelse for, hvad der er behov for i en pågældende situation (18). Illeris inddrager også begrebet empati i sin kompetenceblomst, og ifølge den anerkendte forsker indenfor psykologi M. Davis, er viden og forståelse for folks livsverden og følelser grundlæggende for empatien (37). Artiklen "Practitioner perspectives from seven health professional groups on core competencies in the context of chronic care" af C. Fouche et. al. belyser syv sundhedsprofessioners kernekompetencer. Ifølge artiklen, at en vigtig kernekompetence for alle professioner faglig viden om brugerne (25). På trods af, at der er enighed om at faglig viden om målgruppen er vigtig, kan det diskuteres, hvorvidt fysioterapeuter og andre sundhedsprofessionelle har nok viden om socialt udsatte borgere. Det er f.eks. først ved den nyeste studieordning på Fysioterapeutuddannelsen, at ulighed i sundhed for alvor er kommet på dagsordenen. I forbindelse med Danske Fysioterapeuters fagkongres 2015 gav en debat flere gode bud på, hvordan fysioterapeuter takler ulighed i sundhed. Et bud var, at fysioterapeuter skal passe på med at have store ambitioner på socialt udsattes vegne, fordi vi ofte har en anden sundhedsopfattelse end andre. Pointen var, at fysioterapeuter ikke skal presse socialt udsatte, men gå i dialog med dem og finde deres mål og sætte sig ind i deres bio-psyko-sociale situation (38).

### *Intern validitet*

Målet for denne undersøgelses validitet var ikke er at opnå én objektiv sandhed. Styrken i kvalitativ forskning er at nuancere og uddybe forståelser og erfaringer, som de erfares af subjektet. (21)

Valg af informanter var, til trods for deres heterogenitet i køn og arbejdsplads, alle fysioterapeuter, der var engagerede i at arbejde med socialt udsatte. Det er muligt, at materialet er påvirket af udvalgsbias i retning af forfatterens egen forforståelse, i stedet for at udfordre den, og gør derfor resultaterne mindre valide (21).

Dataindsamlingen er fortaget af forskellige uerfarne interviewere, hvilket foringer den interne validitet. Ifølge Kvale kræver det øvelse at blive en kvalificeret interviewer. Derfor ville gennemførelsen af alle interviews af samme forfatter have ført til højere validitet (26). Projektets interne validitet er forsøgt højnet ved at skabe trygge omgivelser for informanterne under interviewene og ved at bekræfte informanternes udtalelser løbende i selve interviewet og lave et pilotinterview inden dataindsamlingen (21).

Ved databearbejdningen blev der foretaget valg som påvirker validiteten. F.eks. ledte forfatterne efter fællestræk frem for forskelligheder i analysen (21). Der er fundet overvejende stor enighed blandt informanterne i de fundne resultater, dette sætter spørgsmålstegn ved, om det er allerede eksisterende viden, der er genskabt. Validiteten kunne være højnet, ved større fokus på forskellighederne i informanternes udsagn, fremfor primært at fokusere på lighederne som vi har gjort (21).

Det kunne med fordel i højere grad være anvendt flere former for triangulering, for at dobbelt- eller trippeltjekke resultatet og højne den interne validitet. Dette kunne bl.a. være gjort via mere systematisk anvendelse af teoritrianguleringen og kildetriangulering f.eks. kunne vi have inddraget interviews med socialt udsatte. Derudover ville metodetriangulering bidrage til et mere nuanceret indblik f.eks. observationsempiri (21).

### **Ekstern validitet**

Projektets generaliserbarhed og eksterne validitet er lav, fordi den kun er gennemført i en region i Danmark. Til trods for dette anses informanternes heterogenitet i alder, køn, erfaring og arbejdsplads, samt de gennemgående temaer i samtalerne med informanter som en styrke og højner generaliserbarheden (21).

Der er begrænset evidens på området, hvilket kan have svækket projektets validitet, men det var et uundgåeligt vilkår i bestræbelserne på at skabe ny viden, inden for et relativt uudforsket område af fysioterapien. Til trods for den sparsomme viden anser forfatterne, at rapporten *Fælles værdiers* udviklingstemaer højner denne undersøgelses overførbare, fordi den har gjort lignende fund, i henhold til brugernes behov i det sociale og sundhedsmæssige arbejde (21).

### **Konklusion**

Ulighed i sundhed i relation til socialt udsatte er et voksende og komplekst problem. Fysioterapeuter har relevante kompetencer i arbejdet med socialt udsatte som: tålmodighed og vedholdenhed, engagement, rummelighed og kreativitet samt kendskab til socialt udsattes bio-psyko-sociale situation. Kompetencerne anses som reelle til at målrette og udvikle fysioterapeuters handlemuligheder og fysioterapeutiske interventioner i deres arbejde med socialt udsatte. En problematik er at få kompetencerne implementeret, bl.a. fordi kompetencer er svære at måle på. Derfor er det vigtigt at indtænke langsigtede implementeringsprocesser og være opmærksom på, at kompetencer udfolder sig i handling og udvikles gennem erfaring.

### **Perspektivering**

I fremtidig klinisk praksis på sygehuse vil der højst sandsynligt blive endnu mindre tid til patienterne (35). Fysioterapeuter kan være med til at sikre socialt udsatte patienter et bedre forløb og undgå indlæggelser ved f.eks. at følge patienter igennem deres forløb i sundhedsvæsenet fra regionalt til kommunalt og lign.

En ny problemstilling, som dukkede op undervejs opgaveprocessen, var manglende faglig sparring og et manglende netværk blandt fysioterapeuter, som var engagerede i fysioterapi til socialt udsatte. Dette er yderst relevant at indtænke i fremtidige tiltag med socialt udsatte.

Det vil være relevant at indhente yderligere information og gennemføre flere undersøgelser af fysioterapi til socialt udsatte for at få et mere nuanceret indblik i fysioterapeutiske kompetencer til socialt udsatte. Dette kan ske med gruppeinterviews og observationer, både af fysioterapeuter og socialt udsatte.

Ulighed i sundhed er et stigende problem, som kræver en massiv og tværfaglig indsats. Alle sundhedsprofessionelle bør tænke i nye sundhedsstrategier, og fysioterapeuter bør i højere grad, end det er tilfældet, være en del af indsatsen. En idé kunne være et gadehospital, hvor personalet har særlige kompetencer til at håndtere socialt udsattes komplekse livssituation i stil med Norge, hvor fysioterapeutstuderende bl.a. har mulighed for at komme i praktik på Gadehospitalet, hvilket giver dem et indblik i socialt udsattes problematikker.



# Resumé

## Baggrund

Ulighed i sundhed er et stigende problem og har længe været på den politiske dagsorden og er offentligt debatteret bl.a. i DR1-programmet *En syg forskel*. Til trods for den øgede bevågenhed dør socialt udsatte 22 år før den generelle befolkning. I Danmark tilbydes der fysioterapi til socialt udsatte på lige fod med resten af befolkningen. Enkelte fysioterapeuter udfører en differentieret indsats, som bygger på opsøgende arbejde. Fysioterapeuter bør engagere sig i ulighed i sundhed, da de med de rette interventioner kan bidrage til at nedbringe uligheden. Viden om fysioterapeutiske kompetencer i arbejdet med socialt udsatte er derfor relevant, hvis vi som profession vil indgå i arbejdet for mere lighed i sundhed.

## Formål

Formålet med undersøgelsen var at skabe øget fokus og ny viden om fysioterapeutiske kompetencer i arbejdet med socialt udsatte. Dette kan bidrage til at målrette og forbedre de fysioterapeutiske interventioner til socialt udsatte og på sigt at kunne bidrage til at reducere ulighed i sundhed.

## Materiale og metode

Materialet består af fire individuelle semistrukturerede interviews. Den indsamlede empiri er transkriberet og analyseret med Kirsti Malteruds systematiske tekstkondensering.

## Resultat

Resultaterne fremstilles under fire hovedgrupper: Evnen til tålmodighed og vedholdenhed, evnen til bevidst at anvende sit engagement, rummelighed og kreativitet i arbejdet med socialt udsatte og kendskab til socialt udsattes bio-psyko-sociale situation.

## Konklusion

De fundne kompetencer anses som reelle til at målrette og forbedre fysioterapeutiske interventioner og fysioterapeuten. Det er udfordrende at implementere denne viden i både uddannelsen og sundhedssystemet, og det er væsentligt, at disse kompetencer udfolder sig i handling og udvikles gennem praksiserfaring.

## Perspektivering

Der er behov for at sætte mere fokus på området og for at tænke nyt. Fysioterapeuter bør i højere grad komme på banen, da de har kompetencer og kan inddrages i hele brugerens behandlingsforløb. Der bør oprettes et fagligt netværk for fysioterapeuter inden for feltet.

## Emneord

Socialt udsatte, fysioterapi, kompetencer, ulighed i sundhed, sundhedsfremme.

## Referencer

1. **Ploug N.** *Social arv og social ulighed*. 2. udgave, 1. oplag. København: Hans Reitzels Forlag; 2017
2. **Sundhedsstyrelsen.** *Ulighed i Sundhed - årsager og indsatser* [Internet]. Kbh; 2011 maj. [henvist 7. juni 2017]. Tilgængelig hos: <https://www.sst.dk/~media/F674C77308FB4B0CA00EB-038F17E239B.ashx>
3. **Rådet for Socialt Udsatte.** *Jo mere udsat - jo mere syg: om socialt udsatte danskeres sundhed og sygdom* [Internet]. Rådet for Socialt Udsatte; 2014. [henvist 7. juni 2017]. Tilgængelig hos: [http://www.udsatte.dk/dyn/resources/Publication/file/1/61/1399898293/pix-sundheds sygdom\\_23\\_web-final.pdf](http://www.udsatte.dk/dyn/resources/Publication/file/1/61/1399898293/pix-sundheds sygdom_23_web-final.pdf).
4. **Dansk Sundhedsinstitut.** Omkostningseffektanalyse af kombinerede tekst og billedadvarsler samt telefonnummer til STOP-linien på tobakspakker - en opgørelse af vundne leveår og omkostninger [Internet]. Kbh; 2009 [henvist 7. juli 2017]. Tilgængelig hos: <https://www.kora.dk/media/1039639/omkostningseffektanalyse-af-kombinerede-tekst-ogbilledadvarsler-samt-telefonnummer-til-stop-linien-paa-tobakspakker.pdf>.
5. **WHO.** *Reducing health inequities through action on the social determinants of health*. 2009. [Internet]. [henvist 6. maj 2017]. Tilgængelig hos: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/2257/1/A62\\_R14-en.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/2257/1/A62_R14-en.pdf)
6. **Hildebrandt S.** *Bæredygtig global udvikling: FN's 17 verdensmål i et Dansk perspektiv*. 1. udgave, 2. oplag. København. Jurist- og Økonomforbundets Forlag; 2016.
7. **Norden TemaNord.** *The Nordic model: challenged but capable of reform*. 2014. [Internet]. [henvist 7. juni 2017]. Tilgængelig hos: <http://norden.divaportal.org/smash/get/diva2:715939/FULLTEXT02.pdf>
8. **Kaspersen LB.** *Anthony Giddens - introduktion til en samfundsteoretiker*. 2. reviderede udgave. Kbh.: Hans Reitzels Forlag; 2001.
9. **Habersaat KB, Sandø N, Primdahl R.** Et sundt liv for udsatte borgere: erfaringer fra 13 indsatser, der har sat fokus på sundhed for misbrugere, alkoholikere, hjemløse og psykisk syge mennesker. Sundhedsstyrelsen, Socialstyrelsen. Kbh.; 2012. [Internet]. [henvist 7. juni 2017]. Tilgængelig hos: <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2012/~media/3B4C48CC76814366994C-C28EDDADF367.ashx>.
10. **Juel K, Davidsen M, Pedersen PV, Curtis T.** *Socialt udsattes brug af sundhedsvæsenet*. Rådet for Socialt Udsatte, Statens Institut for Folkesundhed Kbh. 2010. [Internet]. [henvist 7. juni 2017]. Tilgængelig hos: [http://www.niph.dk/upload/socialt\\_udsattes\\_brug\\_af\\_sundhedsv%C3%A6snet\\_\\_endelig\\_rapport.pdf](http://www.niph.dk/upload/socialt_udsattes_brug_af_sundhedsv%C3%A6snet__endelig_rapport.pdf).
11. **Rådet for Socialt Udsatte.** *Dårligt liv – dårligt helbred Socialt udsattes oplevelse af eget liv og sundhed*. Statens Institut for Folkesundhed. 2009. [Internet]. [henvist 7. maj 2017]. Tilgængelig hos: [http://www.si-folkesundhed.dk/upload/susy\\_udsat\\_nr.2\\_feb.\\_2009.pdf](http://www.si-folkesundhed.dk/upload/susy_udsat_nr.2_feb._2009.pdf).
12. **Røgfrihed for Alle.** *Hvad vil det sige at være socialt udsat?* [Internet]. [henvist 4. juni 2017]. Tilgængelig hos: <http://rogfrihed.dk/index.php?id=1940>
13. **Juul S, Riskjær E.** *Fælles Værdier - I det sociale og sundhedsmæssige arbejde med socialt udsatte*. Rådet for socialt udsatte. 2012. [henvist 7. maj 2017]. Tilgængelig hos: [http://forskning.ruc.dk/site/files/37519587/Rapport\\_faelles\\_vaerdier\\_2012.pdf](http://forskning.ruc.dk/site/files/37519587/Rapport_faelles_vaerdier_2012.pdf).
14. **Honneth A.** *Kamp om anerkendelse: sociale konflikters moralske grammatik*. Kbh.: Hans Reitzel; 2010.
15. **Danske Fysioterapeuter.** *Sundhedsloven*. 2015 [Internet]. [henvist 26. april 2017]. Tilgængelig hos: <https://fysio.dk/radgivning-regler/sundhedsjura/sundhedsloven>.
16. **Sund By Netværket.** *LAKS*. [Internet]. [henvist 7. maj 2017]. Tilgængelig hos: <http://sund-by-net.dk/projekter/laks/>

17. Hye-Knudsen, T. *Fysioterapeuten kan være indgangen til sundhedsvæsenet*. Fysioterapeuten. 2014. [Internet]. [henvist 7. maj 2017]. Tilgængelig hos: <https://fysio.dk/fysioterapeuten/arkiv/nr.-11-2014/Fysioterapeuten-kan-vare-indgangentil-sundhedsvasenet>.
18. Illeris K. *Kompetence: hvad - hvorfor - hvordan?* Frederiksberg: Samfundslitteratur; 2013.
19. Erasmus+. *Relevance in practice placements - inclusion of marginalized people* [Internet]. [henvist 7. juni 2017]. Tilgængelig hos: <http://ec.europa.eu/programmes/erasmusplus/projects/eplus-project-details-page/?nodeRef=workspace://SpacesStore/b67b52d5a572-49b3-a10b-c10690a98bf8>.
20. *OMBOLD* [Internet]. [henvist 7. juni 2017]. Tilgængelig hos: <http://ombold.dk/>
21. Malterud K. *Kvalitative forskningsmetoder for medicin og helsefag; en indføring*. Oslo: Universitetsforlaget; 2017.
22. Thornquist E. *Videnskabsfilosofi og videnskabsteori for sundhedsfagene*. Kbh.: Gad; 2006.
23. Lund H, redaktør. *Håndbog i litteratursøgning og kritisk læsning: redskaber til evidensbaseret praksis*. 1. udgave, 1. oplag. København: Munksgaard; 2014.
24. Lindahl M, Juhl C. *Den sundhedsvidenskabelige opgave: vejledning og værktøjskasse*. Kbh.: Munksgaard; 2016.
25. Fouche C, Kenealy T, Mace J, Shaw J. *Practitioner perspectives from seven health professional groups on core competencies in the context of chronic care*. J Interprof Care. november 2014;28(6):534-40
26. Kvale S, Brinkmann S. *Interview: det kvalitative forskningsinterview som håndværk*. København: Hans Reitzels Forlag; 2014.
27. The World Medical Association. *Declaration of Helsinki* [Internet]. [henvist 5. juni 2017]. Tilgængelig hos: <https://www.wma.net/what-we-do/medical-ethics/declaration-ofhelsinki/>
28. Datatilsynet. *Studerendes specialeopgaver mv*. 2012. [Internet]. [henvist 4. juni 2017]. Tilgængelig hos: <https://www.datatilsynet.dk/erhverv/studerendes-.specialeopgaver-mv/>
29. Sundhedsstyrelsen. *Inspiration til implementering af kommunale sundhedsindsatser*. 2011. [Internet]. [henvist 2. juni 2017]. Tilgængelig hos: <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2011/in-spiration-til-implementering-af-kommunalesundhedsindsatser>
30. Chinman MJ, Rosenheck R, Lam JA. *The development of relationships between people who are homeless and have a mental disability and their case managers*. Psychiatr Rehabil J. Sum 1999;23(1):47-55.
31. Leiphart LR, Barnes MG. *The Client Experience of Assertive Community Treatment: A Qualitative Study*. Psychiatr Rehabil J. 2005;28(4):395-7.
32. Honneth A. *Kamp om anerkendelse: sociale konflikters moralske grammatik*. Kbh.: Hans Reitzel; 2010.
33. Gamst B. *Støtte- og kontaktpersonarbejdet for hjemløse: erfaringer fra Socialministeriets forsøgsordning*. Esbjerg: Konsulentkompagniet; 2003.
34. Videncenter for arbejdsmiljø. *Hvad er social kapital?*. 2017. [Internet]. [henvist 7. juni 2017]. Tilgængelig hos: <http://www.arbejdsmiljoviden.dk/Emner/Psykosocialt-arbejdsmiljo/Social-kapital/Hvad-er-social-kapital>
35. Nielsen H. *Klædt på til fremtiden? - Undersøgelse af kompetencebehov rettet mod fremtidens fysioterapeut- og ergoterapeutfaglige arbejdsområder på Aarhus Universitetshospital* [Internet]. 2012 [henvist 6. juni 2017]; Tilgængelig hos: <http://www.auh.dk/siteassets/afdelinger/fysioterapi--og-ergoterapiafdelingen/nbgthg/forskning-og-udvikling/kompetenceudvikling/projekt-rapport-kladt-pa-til-fremtiden.marts-2012.pdf>
36. Bech E. *Professionel kærlighed: er der plads til følelser i professionelle relationer?* Frederikshavn: Dafolo; 2014.
37. Davis MH. *Empathy: a social psychological approach*. Boulder, Colo: Westview Press; 1996.

38. **Danske Fysioterapeuter. Guldager, A.** *Hvordan tackler vi ulighed i sundhed?*. 2015. [Internet]. [henvist 6. maj 2017]. Tilgængelig hos: <https://fysio.dk/fysioterapeuten/arkiv/nr.4-2015/hvordan-tackler-vi-ulighed-i-sundhed>
39. *Gatehospitalet, Oslo - Frelsesarmeen* [Internet]. [henvist 6. juni 2017]. Tilgængelig hos: [http://www.frelsesarmeen.no/no/vart\\_arbeid/rusomsorgen/hoyre\\_kolonne/vare\\_tilbud/rus\\_omsorgen\\_region\\_ost/hoyre\\_kolonne/vare\\_tilbud/gatehospitalet\\_oslo/](http://www.frelsesarmeen.no/no/vart_arbeid/rusomsorgen/hoyre_kolonne/vare_tilbud/rus_omsorgen_region_ost/hoyre_kolonne/vare_tilbud/gatehospitalet_oslo/)