

En vej ud af social ulighed i sundhed?

En kvalitativ undersøgelse
af styringsmekanismers
betydning for arbejdet
med sårbare gravide og
deres familier

Sophie Knakkegaard
Studienummer: 20211186

Caroline Dencker
Studienummer: 20201502

Camilla Haulund Christensen
Studienummer: 20201499

Kandidat i Socialt Arbejde

Aalborg Universitet

Anslag (inkl. mellemrum): 189.111

Vejleder: Pia Ringø

Abstract

This thesis employs qualitative analysis of the growing inequality in the social- and healthcare system in Denmark and how it is being addressed. Through close collaboration with FAMKO (a project in Odense Municipality, Denmark, working with early intervention for families with various social vulnerabilities), the project explores the impact of the politically determined framework for early, interdisciplinary, prevention efforts for socially disadvantaged families. This approach has been utilised to examine the impact of FAMKO for the families included in the project, and their further prospects for social development towards better social- and health status.

The thesis is inspired by the fact that social inequality in the healthcare system continues to grow despite it being recognised as a cause for concern for several decades, both politically and socially. The thesis examines if social inequality in the healthcare sector can be averted through targeted efforts like FAMKO.

The thesis utilises hermeneutic scientific theory and its empirical examinations are answered through qualitative research methods. This approach is reflected in the thesis' research design, ethical considerations, and the quality of the research process.

In order to answer the thesis' problem statement in a nuanced manner, the analysis divides the social work into three levels: macro, meso and micro. This approach is utilised to demonstrate how the three levels complement each other in the field of social work and simultaneously illustrate the complexities of working with the overlying problem and with socially disadvantaged families.

The analysis is supported theoretically by governance tools including New Public Management (NPM), neoliberal tendencies, and New Public Governance (NPG). Bourdieu's analytical concepts including 'fields', 'doxa' and 'symbolic violence' are utilised in the analysis on a meso level. Becker's theory of social stigma, together with theories on social recognition and citizen involvement, are incorporated on the micro level of the analysis.

The project concludes that:

- Because of the complexity of several political objectives, the practical terms are difficult to implement, due to the lack of clearly defined requirements and expectations.
- NPG-tendencies frames the efforts in FAMKO, which inspires to voluntary and co-created work between the staff and the families involved.
- FAMKO's approach is essential for the target group's abilities to further develop and strengthen their parental skillset.
- Government institutions have an essential impact on how socially vulnerable pregnant women and their families are defined. Furthermore, the impact effects how FAMKO is implemented within the social political objectives and how their approach could be a solution to the social problems.
- Previous experience with the social and/or healthcare system can be marked by stigmatization and lack of recognition. This can be consequential for the families' willingness to receive future assistance.
- Early and preventive efforts using an inclusive and recognizing approach can lead the way to better parenthood and reducing social inequality in healthcare.

Indholdsfortegnelse

ABSTRACT	2
1. INDLEDNING	5
1.1 PROBLEMFELT	6
<i>Velfærdssystemets historik og opbygning</i>	<i>6</i>
<i>Det samfundsmæssige fokus på sundhed</i>	<i>7</i>
<i>Ulighed i sundhed.....</i>	<i>8</i>
<i>Ulighed i sundhed hos børnefamilier.....</i>	<i>10</i>
FAMKO.....	12
1.2 PROBLEMFOMULERING.....	14
1.3 BEGREBSAFKLARING	14
<i>Styringsmekanismer</i>	<i>14</i>
<i>Social ulighed i sundhed</i>	<i>14</i>
Udvikling.....	14
2. VIDENSKABSTEORETISK STÅSTED.....	15
3. FORSKNINGSMETODE OG DESIGN	17
3.1 KVALITATIV FORSKNINGSMETODE.....	18
3.2 DESIGN	19
3.3 KONTAKT OG ADGANG TIL FELTET.....	20
3.4 PRÆSENTATION AF INFORMANTER	21
<i>Familiebehandlere.....</i>	<i>21</i>
<i>Sundhedsplejersker.....</i>	<i>21</i>
<i>Projektleder.....</i>	<i>21</i>
FAMKO-familie.....	22
3.5 INTERVIEWFORM, INTERVIEWGUIDE OG INTERVIEWSITUATION	22
3.6 ETISKE OVERVEJELSER	23
<i>Informeret samtykke</i>	<i>24</i>
<i>Fortrolighed.....</i>	<i>24</i>
<i>Konsekvens</i>	<i>25</i>
<i>Forskerens rolle</i>	<i>25</i>
3.7 KVALITET I FORSKNINGSPROCESSEN	26
<i>Validitet</i>	<i>26</i>
<i>Reliabilitet</i>	<i>27</i>
<i>Objektivitet.....</i>	<i>28</i>
<i>Generaliserbarhed.....</i>	<i>29</i>
4. ANALYSESTRATEGI	30
4.1 TRANSSKRIBERING.....	31
4.2 MENINGSKONDENSERING	31
5. PRÆSENTATION AF TEORI	32
<i>Neoliberalisme</i>	<i>33</i>
<i>New Public Management</i>	<i>33</i>
<i>New Public Governance.....</i>	<i>34</i>
<i>Pierre Bourdieu.....</i>	<i>34</i>
<i>Felt.....</i>	<i>35</i>
<i>Doxa</i>	<i>35</i>

<i>Symbolisk vold</i>	36
<i>Howard S. Becker- Stempingsteori</i>	37
<i>Anerkendelsesteorien</i>	37
<i>Borgerinddragelse</i>	39
6. ANALYSE	40
6.1 ANALYSEDEL 1 - MAKRONIVEAU	40
<i>Konsekvenser af neoliberalisme og NPM</i>	41
<i>FAMKO i fremtiden</i>	48
<i>Fra delforståelse til ny og revideret helhedsforståelse</i>	48
<i>Delkonklusion 1</i>	49
6.2 ANALYSEDEL 2-MESONIVEAU	50
<i>Felt og Doxa i FAMKO</i>	50
<i>Selektering, magtkampe og symbolsk vold</i>	53
<i>Fra delforståelse til ny og revideret helhedsforståelse</i>	63
<i>Delkonklusion 2</i>	64
6.3 ANALYSEDEL 3- MIKRONIVEAU	65
<i>Stemplet af systemet</i>	65
<i>Anerkendelse og borgerinddragelse</i>	70
<i>Fra delforståelse til ny og revideret helhedsforståelse</i>	80
<i>Delkonklusion 3</i>	80
7. KONKLUSION	81
8. LITTERATURLISTE	83

1. Indledning

Nærværende speciale tager udgangspunkt i social ulighed i sundhed, og en interesse i at undersøge hvorfor vi, i et universelt velfærdssamfund som det vi har i Danmark, har en stigning i social ulighed i sundhed. Den sociale ulighed i sundhed kommer for nogle grupper i samfundet til udtryk som større forekomst af sygdom, at sygdomme rammer tidligere og hårdere, bl.a. når man ser på konsekvenserne målt på tidligere død (Sundhedsstyrelsen, 2020). Til trods for at alle i princippet har lige adgang til sundhed, viser flere rapporter at den sociale ulighed i sundhed i Danmark er stigende, og har været det gennem mange år. Bl.a. beskrives det i rapporten *Social ulighed i sundhed og sygdom*, udgivet af Sundhedsstyrelsen, at der fra 1990-2015 er sket en stigning i social ulighed i sundhed i Danmark (SDU, 2017). Dette synes problematisk, og må have store konsekvenser for befolkningen, og samfundet som helhed. Det undrer os, at det tilsyneladende er så vanskeligt at gøre noget ved denne problematik, til trods for at det står højt på den politiske dagsorden. Men hvad kan ligge til grund for denne udvikling? Er det tiltagende, neoliberalistiske tendenser der favoriserer dem der har bedst chancer som udgangspunkt, og som gennem sundhedsforsikringer kan nyde godt af omfattende, specialiserede, private sundhedsydelser, i takt med at de offentlige tilbud forringes og spares væk? Hvis dette er tilfældet, kan man forestille sig at der efterlades en temmelig stor mellemgruppe, som ikke har disse ydelser til deres rådighed, men hvordan favner man dem?

Dette speciale har som mål, ud fra et hermeneutisk perspektiv, at undersøge hvordan man i det offentlige system, kan bidrage til at udligne den sociale ulighed i sundhed allerede ved fødslen. Målgruppen vi vil undersøge, favner både dem der er socialt udsatte, men også dem der har brug for ekstra støtte i forbindelse med forældreskab, med henblik på at styrke det gode forældreskab, og give de bedste forudsætninger for familierne. Det hermeneutiske, videnskabsteoretiske ståsted vil blive foldet ud i afsnittet om videnskabsteori, men for at få et overordnet billede af hvordan vores forforståelser udvikles i processen, vil de fremtrækkes løbende gennem specialet. Vores umiddelbare forforståelser for problematikken tager udgangspunkt i vores individuelle erfaringer fra hhv. Social- og sundhedsvæsenet, idet den ene af os har arbejdsmæssig erfaring som socialrådgiver, og de to andre som jordemødre. De fælles forforståelser der har haft indflydelse på at se nærmere på problematikken, og som har ledt os videre gennem processen kan opridses som følger: De offentlige tilbud i sundhedsvæsenet forringes gradvist, i takt med at neoliberalistiske

tendenser bliver stadig mere styrende. Dette kan have den konsekvens at der forefindes en relativt stor gruppe mennesker i samfundet, der ikke har ressourcer til at indhente de sundhedsfaglige behandlinger de har brug for, og krav på, hvad enten det er pga. økonomi, overskud eller social status. Konsekvenserne for at få en dårlig start på livet, både som barn og forældre kan være omfattende, med forringede livschancer og dårlige opvækstvilkår, dårlig trivsel og forringet livskvalitet. Derudover har den kommune man bor i, afgørende betydning for hvilke social- og sundhedsydelser der tilbydes. Et af de vigtigste steder, vi mener man har mulighed for at gøre en forskel, er allerede ved graviditet, fødsel og barsel. Dette med tanker på, at man i den periode i livet er under stor udvikling, både som forældre, og barn, og det derfor ville være gavnligt for hele familien, at sætte en ekstra, social- og sundhedsmæssig indsats ind her. Disse forforståelser leder os hen til følgende problemfelt.

1.1 Problemfelt

Velfærdssystemets historik og opbygning

Vi lever i et universelt velfærdssamfund, hvor alle har mulighed for gratis adgang til grunduddannelse, videreuddannelse, økonomisk støtte og ikke mindst sundhedssystemet.

Sundhedsområdet ekspanderede kraftigt frem til oliekrisen i 1973, hvorefter der fulgte nedskæringer. Fra 1980'erne og frem var forandringerne på sundhedsområdet sket med inspiration fra den private sektor og New Public Management (NPM). Trods den lige adgang til universelle ydelser, og trods politiske initiativer til udgiftsstyring og udlicitering, viser tal fra Sundhedsstyrelsen at uligheden i sundhed på flere parametre er steget siden 1990'erne (Bjerge et al., 2021). Kampen mod ulighed i sundhed har i Danmark været på den sociale og sundhedspolitiske dagsorden i mere end 100 år, og frem til midten af det 20. århundrede var der opnået imponerende resultater hvad angår forventet levealder. Dette blev i vid udstrækning, tilskrevet ændringer i socioøkonomiske faktorer og velfærdsforanstaltninger, snarere end medicinsk behandling (Ibid.).

Sundhedsydelser har i den universelle velfærdsstat været et fælles velfærdsgode, men i konkurrencestaten er adgangen til sundhedsydelser i tiltagende grad bestemt ud fra befolkningens ressourcer og motivation og dermed deres eget ansvar. Sundhedsvæsenet er samtidig gået fra at

være funderet på faglige fortolkninger, til at blive styret gennem NPM, hvor resultater, konkurrenceevne og omkostninger er prioriteret. Synet på mennesket som individ har i samme periode udviklet sig fra at anskue mennesket som socialt og unikt, til i konkurrencestaten at anskue mennesket som selvstændigt og opportunistisk og at manglende succes, herunder sundhedsmæssigt, er individets eget ansvar (Lehn-Christiansen et al., 2017). I det danske velfærdssamfund roser vi ofte forskellighed, individualitet, den vidtgående arbejdsdeling og belønner uddannelse og arbejdsindsats. Dette medfører uundgåeligt en vis grad af forskellighed og ulighed i arbejdsforhold og indkomster, men det er ikke alle forskelle vi værdsætter. Nogle forskelle opleves som ulighed og visse former for ulighed anerkendes som noget der bør gøres noget ved, for at udligne (Bjerge et al., 2021). Dette gælder også på sundhedsområdet, hvor social position har betydning for levevilkår og sundhed, psykisk og somatisk sygdom og for levetiden. Ulighed i sundhed og helbred er ikke på nogen måde til gavn for samfundet eller den enkelte, og det beskrives i rapporten *Social ulighed i sundhed og sygdom*: "Samfundsskabt ulighed i sundhed er kun uretfærdigt og uhensigtsmæssigt" (SDU, 2017 s.18).

Det samfundsmæssige fokus på sundhed

Strategien *Sundhed for alle* blev lanceret som en global sundhedsstrategi af World Health Organization (WHO) i 1981 og har længe været en del af missionen for Sundhedsstyrelsen i Danmark (SDU, 2017). Rapporten *Social ulighed i sundhed og sygdom* beskriver udviklingen af social ulighed i sundhed, for perioden 2010-2017, gennem strategien *Sundhed for alle*. Daværende direktør for Sundhedsstyrelsen, Søren Brostrøm, udtrykker i forordet udtrykker: "Lighed i sundhed kendetegner et samfund i sund udvikling!" (SDU, 2017, s. 3). Sundhedsstyrelsens definition af sundhed er inspireret af WHO, som i 1986 formulerede: "Sundhed er et stadium af fuldstændig fysisk, psykisk og socialt velvære og ikke kun fravær af sygdom og svaghed" (WHO, 1986). Sundhedsstyrelsen arbejder, i forlængelse af definitionen, ud fra en forståelse af, at der kan være mange årsager til sygdom og sundhed. Dette gælder for det enkelte individ og grupper af individer, herunder gravide og børn. Sundhedsbegrebet i Danmark inddrager samtidig det at trives med sig selv, sine omgivelser og at kunne styrke sit selvbeholdende. Denne tilføjelse bygger på en veldokumenteret viden om, at sundhed i almindelighed øges med positiv trivsel og social integration til samfundet og blandt andre mennesker (Sundhedsstyrelsen, 2008). Finn Diderichsen, professor emeritus italesætter i ovennævnte rapport, at samfundsudviklingen på mange måder

handler om at øge menneskers frihed til at leve det liv de sætter pris på. Et godt helbred sikrer en grundlæggende frihed, hvilket har værdi i sig selv og udgør en ressource for at kunne uddanne sig, arbejde og deltage i sociale aktiviteter. Sidstnævnte er omvendt også en vigtig forudsætning for et godt helbred (SDU, 2017).

Ulighed i sundhed

Ulighed i sundhed er tæt forbundet med biologi og genetik, men i høj grad også med strukturelle, systematiske og sociale forskelle (Udesen et al. 2020). Social ulighed i sundhed betyder, at sundhed er systematisk og socialt skævt fordelt i befolkningen og det betyder således, at der er en systematisk forskel i hvordan mennesker rammes af sygdom, svækkelse og de efterfølgende konsekvenser af sygdom, ud fra deres socioøkonomiske position (Sundhedsstyrelsen, 2020, Sundhedsstyrelsen, 2022). Som tidligere nævnt defineres sundhed som den enkeltes fuldstændige fysiske, psykiske og sociale velbefindende af WHO. Man kunne tilsvarende forestille sig at alle som udgangspunkt ikke har de samme levevilkår og status, og dermed ikke har samme muligheder eller ressourcer for at opnå velbefindende på alle de omtalte parametre. Strategien Sundhed for alle understreger at sundhedssektoren ikke alene kan løse udfordringerne med ulighed i sundhed, men bør integreres i alle politiske områder, herunder beskæftigelses-, uddannelses-, økonomi- og socialområdet, hvilket blev pointeret af WHO for mere end fyrré år siden. Her blev det italesat at sundhed for alle bør være målet for økonomisk og samfundsmæssig udvikling, og ikke blot et middel til at opnå denne udvikling (SDU, 2017).

Som tidligere beskrevet er der lige adgang til sundhedsvæsenet i Danmark, men sundhedsvæsenet benyttes ikke på samme måde, eller i samme grad af borgere med lavere socioøkonomisk status. Denne gruppe oplever at modtage mindre behandling og har dårligere udbytte af samme behandling, set i forhold til borgere med højere status. Samtidig med at den generelle befolknings sundhed er blevet bedre, er det ikke lykkedes at reducere den ulighed, der relateres til socioøkonomiske forhold. Forandringerne i forventet levealder er heller ikke blevet fordelt ligeligt, og i dag er der fortsat ulighed i sundhed på trods af universel adgang til sundhedssystemet og hospitalerne (Bjerge et al., 2021).

Forskning i social ulighed i sundhed peger på flere forhold der knytter sig til borgernes møde med sundhedsvæsenet. Disse forhold kan have betydning for udbyttet af ydelser og behandlinger, samt

påvirke de relationelle forhold, i form af kommunikation og interaktion i mødet mellem borgere og sundhedsprofessionelle (Sundhedsstyrelsen, 2022).

I en analyse foretaget af sundhedsstyrelsen fremgår det bl.a. at borgere med lavere socioøkonomisk status kan opleve flovhed og skam over symptomer og generelle livssituation. Dette kan vise sig ved at de er stille i konsultationen, afholder sig fra at stille spørgsmål, have en aktiv holdning eller have kendskab til sine rettigheder, hvilket kan skabe en barriere for kommunikationen. Forskellige opfattelser af og forventninger til mødet, kan som konsekvens føre til social distance mellem borgeren og den sundhedsprofessionelle. Fordomme og moralisering kan medføre misforståelser hos begge involverede, hvilket kan føre til et ulige partnerskab, hvor borgere eksempelvis kan opleve at blive dikteret et patientforløb. Analysen peger ligeledes på at borgere med lav socioøkonomisk status i mindre grad oplever at blive behandlet med respekt og empati, og det fremhæves at de har et ønske om at blive hørt og taget alvorligt (Ibid.). Når sundhedsprofessionelle har en respektfuld og ikke fordømmende tone i konsultationen, er der større chance for et positiv udfald for tilvalgte ydelser og behandlinger. Modsat indtager borgere med højere socioøkonomisk status oftere en mere proaktiv rolle i mødet og behandlingen. Borgernes oplevelser i forbindelse med ulighed i sundhed ses også i forhold til tillid og tidligere oplevelser i sundhedssystemet. Den manglende tillid ses særligt i forlængelse af tidligere dårlige erfaringer og oplevelser, hvilket i nogle tilfælde forhindrer borgerne i at bruge sundhedsvæsenet, herunder at få den nødvendige råd- og vejledning, behandling og ydelse. Diskrimination opleves for nogle, pga. deres socioøkonomiske baggrund, hvilket også er forbundet med en dårligere kvalitet i kommunikation, hvilket igen kan medføre til ulighed på flere parametre. Sundhedsprofessionelle føler sig omvendt ofte ikke klædt tilstrækkeligt på til at arbejde med denne borgergruppe, hvilket kommer til udtryk gennem manglende viden om social ulighed, og nødvendigheden af det tværsektorielle samarbejde imellem socialområdet og sundhedsområdet. Det kan medføre stigmatisering og negative holdninger, men også manglende fokus på sårbare borgere, deres svære problemstillinger og behov (Ibid.).

Ulighed i sundhed hos børnefamilier

Ulighed i sundhed kan have indflydelse på børns trivsel og udvikling, som i sidste ende kan have betydning for deres livsmuligheder. Da børns socioøkonomiske position, bestemmes ud fra deres forældres, refereres der ofte til forældrenes uddannelsesniveau, erhverv eller indkomst, ligesom også barnets nærmiljø typisk inkluderes (Nielsen et al., 2022). Et nyt studie, som tager afsæt i en rapport fra Databasen Børns Sundhed, undersøger, hvordan socioøkonomiske forhold er forbundet med forældre-barn relationen i barnets første leveår (SDU, 2022). Baseret på data fra 11.765 danske børn finder studiet, at risikoen for en problematisk relation mellem forældre og spædbarn er forhøjet for børn, hvis forældre har en kort uddannelse eller står uden for arbejdsmarkedet eller uddannelsessystemet (Ibid.). I rapporten Social ulighed i børn og unges udvikling, sundhed og trivsel fremgår det at social ulighed har indflydelse på samtlige af de undersøgte mål for graviditets- og fødselsfaktorer, herunder graviditetskomplikationer, kejsersnit, for tidlig fødsel og lav fødselsvægt. Samtidig viser rapporten, at der i barnets første leveår også er en social ulighed, f.eks. i forhold til amning, sprog og kommunikation samt barn-forældre relationen (Ibid.).

Tilknytning og udvikling af hjernen er forbundet med de udfordringer forældrene har, hvilket kan få betydelige konsekvenser for barnets chancer for at få en god start på livet. Fostres og nyfødte børns hjerner er afhængige af alderssvarende og tilpas stimulering, samt beskyttelse mod u hensigtsmæssige situationer for at kunne udvikle sig (Vive, 2021). Vi ved samtidig, at når små børn udsættes for omsorgssvigt, vanrøgt eller misbrug, kan det få alvorlige konsekvenser senere i livet, herunder tilknytningsproblemer, mentale helbredsproblemer og udfordringer i forhold til uddannelse og arbejde, som kan føre til ulighed og udsathed (Ibid.). I Danmark er børnefattigdommen steget i takt med at børn af mødre med grundskole som højeste, fuldførte uddannelsesniveau er steget (Sundhedsstyrelsen, 2017). Forskning viser at børn der vokser op med forældre uden, eller med kort uddannelse, er i større risiko for at blive associeret med at være fattig, bo i et udsat boligområde og at have en psykisk syg mor. At vokse op i fattigdom og lide materielle afsavn, kan ligeledes aflede psykologiske og sociale konsekvenser for børn. Derfor efterlyser danske forskere en systematisk og fagligt funderet tilgang i den tidlige indsats, som er virksomme handlestrategier overfor de familier, der af forskellige grunde er udsatte og sårbare (DPU, 2021).

Det er vanskeligt at få overblik over antallet af sårbare familier og familier med lav socioøkonomisk status i Danmark, bl.a. fordi det afhænger af, hvilke grupper der medregnes, og langt fra alle er registreret i de offentlige systemer. Tal fra Danmarks Statistik viser at i 2022 var 7,4 procent af befolkningen, svarende til 422.000 personer økonomisk sårbare. Der er flest i alderen 35-44 år svarende til 9,3 procent. Ifølge Danmarks Statistik skal svaret på dette findes i, at mange i denne aldersgruppe har hjemmeboende børn og heraf store boligydelse. Familier med børn i alderen 0-5 år, som modtog en social foranstaltning, lå i 2022 på 3986 i Danmark, hvoraf 75,7 procent var en forebyggende familierettet indsats, f.eks. familiebehandling (Danmarks statistisk, 2022).

Familiebehandling: "tilbydes til familier, hvor børn og unge mistrives, ofte på grund af samværsproblemer i familien, og hvor forældrene samtidig vurderes at have tilstrækkelige ressourcer til at have glæde af forløbet" (Danmarks statistik, 2022). Sårbare familier kan derved også opfattes som et strukturelt problem, som man forsøger at løse gennem forebyggende indsatser. For at forebygge at børn fødes ind i social ulighed i sundhed, er der i vores forståelse, gennem årene gjort flere regionale og kommunale tiltag. Det er efterhånden en kendt udfordring i det sociale arbejde i offentligt regi, at organisatoriske udfordringer, herunder siloopdeling, krydspres, bureaukrati og kontrol spiller ind på fagpersoners handlerum og faglige skøn. Vi forestiller os, at disse udfordringer kan få indflydelse på borgernes udbytte af indsatsen, hvorfor man fortsat bør være optaget af, hvordan rammerne for indsatser kan nytænkes.

På baggrund af analyser af social ulighed i sundhed i Danmark blev det beskrevet af Sundhedsstyrelsen og Københavns universitet, hvad man vidste om årsagerne og mulige indsatser for at reducere uligheden. Dette førte til nationale opfølgninger af udviklingen på ulighed i sundhed på en række indikatorer (SDU, 2017). Derfor kan det undre at uligheden i sundhed stiger i Danmark, trods at den generelle sundhed stiger med tanke på at Danmark er et af de rigeste velfærdssamfund i verden, med universel og lige adgang til social- og sundhedssystemet.

Ifølge Indenrigs- og sundhedsministeriet er det en topprioritet at bekæmpe ulighed i sundhed – også blandt små børn (Sundhedsstyrelsen, 2022). Effekten af god forældreomsorg kan modificere effekten af socioøkonomiske forhold, og derfor er forældrenes fysiske-, mentale- og sociale sundhed og trivsel afgørende for barnets (Browne & Jenkins, 2012). I rapporten *Social ulighed i sundhed og sygdom* udtrykkes det at: "Alt, der kan gøres for at give børn en optimal start i livet,

kan bidrage til at reducere ulighed i sundhed, fordi barnets tidlige udvikling påvirker, hvordan de klarer sig uddannelsesmæssigt og helbredsmæssigt” (SDU, 2017 s. 22).

Ovenstående favner en omfattende og problematisk udvikling af social ulighed i sundhed i Danmark, og understreger vigtigheden af udligning af denne ulighed. Politikere, kommuner, regioner og frivillige organisationer har således, gennem flere år forsøgt at reducere ulighed i sundhed for små børn og deres familier gennem forskellige indsatser. Afhængig af det konkrete mål for indsatsen, kan der eksempelvis være fokus på styrkelse af tilknytning, mentaliserings evne og mor-barn-relation, mors trivsel og mentale helbred. Andre tidlige og forebyggende tilbud kan være gruppebaserede forældreprogrammer, interventioner med fokus på forældrestress og styrkelse af den reflektive funktion, samt tværfaglige indsatser og samarbejde med frivillige organisationer. Afhængig af samarbejdsaftaler mellem regioner og kommuner udmønter de nationale strategier for at udligne ulighed i sundhed for små børn og deres forældre sig forskelligt, hvilket ses i tilbud, indsatser og varigheden heraf.

Vi har fundet frem til projektet FAMKO i Odense kommune. Her arbejdes der målrettet med en konkret indsats, i et forsøg på at favne ovennævnte problematik, med at udligne social ulighed i sundhed, gennem tidlig indsats. I det følgende en kort beskrivelse af FAMKO.

FAMKO

FAMKO-projektet er et tværsektorielt samarbejde mellem Familieambulatoriet, Gynækologisk Obstetrisk Afdeling D på Odense Universitetshospital og Odense Kommune. Projektet henvender sig til gravide, småbørn og familier der af forskellige årsager, kunne have brug for ekstra omsorg og støtte gennem graviditeten og frem til barnets skolestart. FAMKO er en sammentrækning af FAMilieambulatoriet og Odense KOmmune. Projektet bygger på ideen om tidlig indsats og tilbyder fra graviditeten og frem til skolestart, et skræddersyet forløb med fokus på den enkelte familie. Projektet er blevet til med støtte fra Den A.P. Møllerske Støttefond, der har doneret 19,6 mio. kr. over 10 år, til udvikling, tværsektorielt samarbejde og udvidet indsats. Projektet evalueres på forskningsniveau af VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd og Syddansk Universitet/Odense Universitetshospital. Evalueringen følger projektet i de første 6 år fra 2017 til 2023, hvor alle børn vil være fyldt 2 år (Vive, 2021). Projektbeskrivelsen beskriver således, om det overordnede formål.

Det overordnede formål med FAMKO-projektet er ifølge projektbeskrivelsen at mindske ulighed i sundhed og social ulighed ved at give sårbare gravide, småbørn og familier den bedst mulige start gennem udvidet, tværfaglig støtte på tværs af kommune, region og frivillige organisationer (*FAMKO – Beskrivelse af de gravide ved opstart i projektet, u.å.*).

I denne rapport er der fokus på at give en beskrivelse af de graviders sociodemografiske og familiemæssige karakteristika ved opstarten af projektet.

FAMKO-indsatsen består af kontinuerlig kontakt med en FAMKO-person gennem hele småbarnsperioden fra graviditet til skolestart. FAMKO-personen vil, afhængigt af familiens behov, enten være en sundhedsplejerske eller en familiebehandler. FAMKO-personen vil følge familien fra graviditeten og vil opbygge en god og tillidsfuld relation til familien. Den løbende kontakt skal både hjælpe med konkrete udfordringer og afsøge behovet for yderligere hjælp og støtte, samt motivere familien i at søge og modtage relevante tilbud på tværs af sektorer og frivillige organisationer. Derudover består FAMKO indsatsen også af et forløb med fokus på den tidlige tilknytning mellem forældre og barn (Vive, 2021).

I indsatsen indgår fagpersoner fra følgende aktører: Odense Universitetshospital afdeling D og H (OUH), Børn- og Ungeforvaltningen (BUF) og Beskæftigelses- og Socialforvaltningen (BSF) i Odense Kommune samt relevante frivillige organisationer. FAMKO-indsatsen er en helhedsorienteret indsats, som ser på hele familien. Den ekstra støtte til familien skal give forældrene mere ro til at være forældre for deres børn, i stedet for at bruge kræfter på alt det der ellers fylder i hverdagen. Ved at medarbejderne øger kendskabet til hinanden på tværs af faggrupper styrkes det tværfaglige samarbejde. Alle fagpersoner arbejder mod et fælles mål, nemlig at finde den bedste løsning for hver enkelt familie (Vive, 2021).

Ud fra vores primære forforståelser, og problemfeltets omfattende antydning af en stor mængde data, der omhandler vores interessefelt om social ulighed i sundhed, har vores forståelseshorisont udviklet sig i den retning der omhandler FAMKO-projektet. De omtalte problematikker findes relevante at forfølge i nærværende speciale, for herigennem at undersøge det sociale arbejde med sårbare gravide, småbørn og familier. Derfor er det specialegruppen magtpåliggende at få en større forståelse for hvilke samfundsstrukturer og politiske diskurser der danner ramme for arbejdet med ulighed i sundhed. Yderligere, hvordan sociale indsatser arbejder med ovennævnte målgruppe i

forhold til udligning af social ulighed i sundhed, og søge at afdække familiernes erfaringer med indsatsen, og mulighed for udvikling. Det er ønskværdigt hvis nærværende speciale kan bidrage med ny viden om muligheder for udvikling i forhold til udligning af social ulighed i sundhed. For at udfolde et aspekt, der både favner specialegruppens interessefelt og findes relevant for målgruppen, er specialets fokus og problemformulering som følger:

1.2 Problemformulering

Hvilke styringsmekanismer har betydning for hvordan der arbejdes med social ulighed i sundhed i Danmark? Hvordan har disse indflydelse på rammerne og tilgangen i FAMKO, og hvilken betydning har det for familierne og deres mulighed for udvikling?

1.3 Begrebsafklaring

Styringsmekanismer

Styringsmekanismer er et af de begreber der løbende bruges gennem specialet. Med styringsmekanismer hentyder vi til nogle af de politiske beslutninger og tiltag, der i løbet af de sidste 20-30 år har medvirket til at det danske samfund, herunder rammerne for det sociale arbejdes felt, er under indflydelse af neoliberalistiske og New Public Management tendenser.

Social ulighed i sundhed

Vi forstår social ulighed i sundhed, som forskelle i sundhed mellem grupper i Danmark. Disse forskelle opstår pga. risikofaktorer og forskelle i behandling på baggrund af forskelle i social position.

Udvikling

Begrebet udvikling, eller mulighed for udvikling, bruges som familiens mulighed for udvikling inden for de organisatoriske rammer i FAMKO, herunder f.eks. medarbejdernes tilgang til familien. Med udvikling forstår vi at man flytter sig fra en bestemt position til en højere eller bedre. I nærværende speciale, omhandler dette at man flytter sig til en bedre social position, hvor mængden af sociale

problemer falder, og handlemulighederne stiger. Hermed bliver forekomsten og konsekvenserne af sygdom mindre, og mulighederne for at leve det liv man ønsker, øges.

2. Videnskabsteoretisk ståsted

I følgende afsnit præsenteres specialets videnskabsteoretiske grundlag, samt hvordan denne bruges som en bevidst og aktiv del af specialet. Der vil indgå overvejelser omkring hvordan vi med individuelle forforståelser, vil forsøge at tage udgangspunkt i en fælles forståelseshorisont og overvejelser om mulige udfordringer og styrker dette kan bidrage til. Afslutningsvis vil gruppens fælles forståelseshorisont indgå som et fælles udgangspunkt for undersøgelsen, velvidende at individuelle erfaringer og forforståelser ikke kan sættes i parentes.

Indeværende speciale læner sig op af Hans-Georg Gadammers filosofiske hermeneutik, hvor grundantagelsen er, at forskeren hverken kan eller skal tilgå feltet uden sine fordomme (Juul & Bransholm Pedersen, 2012). Inden for den filosofiske hermeneutik opstår viden i samspillet mellem forskerens fordomme og de nye erfaringer der fremkommer af en given undersøgelse af menneskers *væren i verden*. Forskerens forforståelse bruges altså som en aktiv del af at producere ny viden (Ibid.).

Da en vigtig pointe inden for den hermeneutiske tankegang er at alle individer, herunder også forskeren, møder verden med individuelle forforståelser, er vi opmærksomme på, at gruppens medlemmer ligeledes har hver sin forståelseshorisont (Birkler, 2009). Vi har altså hver vores forforståelse for verden, som er grundlaget for vores individuelle forforståelser og handlinger (Kristiansen, 2017). Denne opgave vil forsøge at tage udgangspunkt i en fælles forståelseshorisont, som har sit udspring i de indledende diskussioner gruppen har haft forud for specialets start samt løbende i processen. Vi erkender at egne forforståelser ikke kan tilsidesættes i forløbet, da alle mennesker medbringer individuelle forudsætninger i mødet med andre mennesker (Gilje, 2017). Vi vil dog argumentere for, at forskellige forforståelser bidrager til nuancerede diskussioner og forforståelser af den viden vi producerer. For opgavens overordnede overskuelighed, vurderer vi at en fælles forståelseshorisont er at foretrække. I forlængelse heraf, gør endnu en vigtig hermeneutisk pointe sig gældende, nemlig vigtigheden af sproget. Sproget kan ses som det medium hvorigennem forståelsen koncentrerer sig (Birkler, 2009). Altså at sproget som kommunikation vil

sætte de bedste betingelser for en fælles forståelse i gruppen (Ibid.). Sproget er endvidere en forudsætning for forståelsen af det genstandsfelt vi ønsker at opnå i indeværende speciale, hvorfor sproget har en stor betydning for udarbejdelsen af f.eks. interviewguiden.

En filosofisk hermeneutisk tilgang til specialets genstandsfelt vil derfor bero sig på, at vi som forskere har en fælles forståelsehorisont, som er afgørende for at opbygge en ny forståelse. Nye forståelser, som tager afsæt i de eksisterende forforståelser, vil bidrage til at skabe flere nuancer og dermed en ny forforståelse (Monrad, 2018).

Ovenstående leder op til at inddrage den hermeneutiske cirkel, som bidrager til forståelsen af hvordan en hermeneutisk undersøgelse ser ud, nemlig som en cirkulær bevægelse mellem del og helhed (Birkler, 2009). Grundtanken er at: " (...) delene kun forstås, hvis helheden inddrages, og omvendt kan helheden kun forstås, i kraft af delene" (Birkler, 2009, s. 98) Sat i forbindelse med gruppens fælles forståelsehorisont, vil vi løbende i de forskellige stadier af specialet, tilegne os nye, fælles delforståelser, som efterlader os med en ny og revideret fælles helhedsforståelse, som da ligger til grund for næste skridt i specialet. Altså en cirkulær bevægelse mellem delforståelse og helhedsforståelse.

Som nævnt tidligere i dette afsnit vil vi, for overskuelighedens skyld arbejde ud fra en fælles forståelsehorisont af genstandsfeltet. Vores individuelle baggrunde, og dermed individuelle forforståelser, går dog forud for vores fælles forståelsehorisont, og flere overvejelser knytter sig hertil, f.eks. at to af gruppens medlemmer er sundhedsfagligt uddannet og dermed har erfaring med målgruppen fra denne kontekst. Tredje gruppemedlem har en socialfaglig baggrund, som ligeledes taler ind i målgruppen, dog fra et socialfagligt perspektiv. Tidligere erfaringer med målgruppen og emnet kan f.eks. have stor betydning for vores interviewguide. De spørgsmål vi stiller og den måde hvorpå vi stiller dem, vil sandsynligvis afspejle vores faglige baggrunde og vores individuelle erfaringer. Denne bevidsthed om at vores individuelle baggrunde og dermed forforståelser om genstandsfeltet kan påvirke processen, vil vi bruge aktivt og løbende inkludere i de nye forståelser vi erfarer. Inden for hermeneutikken og jf. ovenstående forklaring om del og helhed, forforståelse og ny forståelse, erkender vi at en besvarelse af specialets problemformulering, blot vil være endnu en ny forståelse af genstandsfeltet og ikke et endegyldigt svar på den givne problematik.

I det følgende er inddraget nogle af gruppemedlemmernes forforståelser, i et forsøg på at opridse den fælles forståelseshorisont der er i spil, og som danner grundlag for den hermeneutiske analyse i specialet:

- De offentlige tilbud i social- og sundhedsvæsenet forringes gradvist, i takt med at neoliberalistiske tendenser bliver stadig mere styrende.
- Forskning viser at en tidlig indsats kan være afgørende for et barns fremtid. Det offentlige systems tilbud til sårbare gravide og deres familier er ikke optimal.
- Muligheder for ekstra tilbud afhænger af den kommune man bor i.
- Sårbare gravide oplever stemping i det offentlige system, og har derfor dårlige erfaringer med sig.
- Offentligt ansatte er presset i deres arbejde, og det går ud over kerneopgaven – borgeren.
- FAMKO-projektet er et tilbud til sårbare gravide og deres familie som har en positiv betydning for udvikling.
- FAMKO-projektet kunne være en national løsning for målgruppen.

Vi vil løbende forsøge at inddrage vores fælles forståelseshorisont i de forskellige dele af specialet, særligt i forbindelse med delkonklusionerne og den endelige konklusion. Specialet har til formål at bidrage til læserens forståelse af hvordan FAMKO forsøger at udligne den stigende sociale ulighed i sundhed, både fra samfunds-, medarbejder- og brugerperspektiv. Dette vil vi forsøge at opnå, ved at fremlægge en klar og meningsfuld forståelse, der igennem en cirkulær bevægelse mellem delforståelse og helhedsforståelse, udvides og kvalificeres (Kristiansen, 2017).

3.Forskningsmetode og design

I følgende afsnit introduceres de metodiske overvejelser i specialets empiriske undersøgelse, som rammesættende for besvarelse af problemformuleringen:

Hvilke styringsmekanismer har betydning for hvordan der arbejdes med social ulighed i sundhed i Danmark? Hvordan har disse indflydelse på rammerne og tilgangen i FAMKO, hvilken betydning har det for familierne og deres mulighed for udvikling?

Forskningsdesign, herunder kvalitativ forskningsmetode, etiske overvejelser og kvalitet i forskningsprocessen vil i det følgende blive udfoldet.

De metodiske overvejelser for specialet tager udgangspunkt i den viden vi ønsker at frembringe,

hvilket danner rammen for fremgangsmåden i forbindelse med indsamling af egen empiri, koblet til relevant teori med henblik på besvarelse af problemformuleringen. Metodologierne for nærværende speciale tager udgangspunkt i forskellige forståelser for samfundet og for individer, men som i kombination kan bidrage til et mere nuanceret billede. De samfundsmæssige strukturer og rammers betydning for det sociale arbejde afspejles i den kollektivistiske metodologi. Denne metodologi er valgt, idet den kan udfolde hvordan strukturelle forhold kan præge grupper eller individer, i dette tilfælde rammerne i FAMKO. Aktørernes individuelle oplevelser og erfaringer fra hhv. projektleder, frontmedarbejdere og brugere af indsatsen, afspejles gennem metodologisk individualisme. Ved at kombinere de to metodologier med den relationelle, kan vi få blik for dannelse af handlingsmønstre i indsatsen, herunder feltet af positioner og relationer mellem aktør og struktur i samfundet (Olsen & Monrad, 2018). De forskellige metodologier bruges gennem analyserne, på hhv. makro- meso- og mikroniveau, med henblik på en nuanceret besvarelse af problemformuleringen.

3.1 Kvalitativ forskningsmetode

I nedstående afsnit redegøres for den kvalitative forskningsmetode, som metodisk tilgang i nærværende speciale.

Mening og fortolkning har en særlig betydning i den kvalitative metode for opnåelsen af forståelse for sociale fænomener, hvilket gør forskningsmetoden særlig velegnet for os, og som også afspejles i det videnskabsteoretiske ståsted, hvori mening søges gennem fortolkning i hermeneutikken (Järvinen & Mik-Meyer, 2017).

Problemstillingen undersøges i den kontekst, hvor den oplevede virkelighed udspiller sig. Målet er således at opnå en forståelse for informanternes individuelle perspektiv. Vi er opmærksomme på at være åbne for løbende ændringer i undersøgelsen, hvilket ligeledes er kendetegnet ved den kvalitative metode. Specialets producerede empiri kan have betydning og indflydelse på retningen, idet vi forholder os åbent overfor interessante fund, som kunne åbne op for ændringer og justeringer. Dette skulle gerne afspejles i vores udvalgte teoretiske perspektiver og endelige problemformulering (Thagaard, 2015).

Specialets metodiske tilgang er overordnet abduktivt, idet vi udvikler forståelser og begreber over tid på baggrund af empirisk materiale med henblik på at finde sammenhænge og mønstre i data,

forskning og litteratur. På den måde kan vi bevæge os fra det specifikke til det mere generelle, når vi behandler vores empiriske materiale. Vi har forud for indsnævring af problemformuleringen, lavet litteratursøgning på området. Denne litteratursøgning indebar offentligt tilgængelige rapporter, fundet ved simple søgninger på nettet. Særligt problemfeltet bærer præg af disse rapporter, som overvejende er udgivet af Sundhedsstyrelsen og Syddansk Universitet. Disse udgivelser vurderes at være valide kilder, idet flere af disse rapporter danner grundlag, både for statistikken omkring social ulighed i sundhed, og hvilke metoder der kan danne grundlag for det praktiske arbejde med problemstillingen. Den abduktive metodiske tilgang ønsker vi at anvende i vores søgning efter teorier, som kan hjælpe os til at fortolke interessante nye indsigter og empiriske fund. Herved bliver tilgangen i vores analyse, en veksling mellem empiridrevne fortolkninger og begrebsudvikling i forankret teori. Vores teorivalg bliver påvirket af empirien, samtidig med at teorien hjælper os med at fortolke og perspektivere vores empiriske fund (Järvinen & Mik-Meyer, 2017).

3.2 Design

Metodologien for besvarelse af specialets problemformulering lægger sig op ad den forståelse vi ønsker at opnå. Vi har derfor valgt det *kvalitative forskningsinterview* til indsamling af empirisk materiale, idet problemformuleringen har et fortolkende afsæt, hvor der blandt andet søges mod en forståelse af de strukturelle rammer omkring det sociale arbejde, i forhold til forebyggelse af social ulighed i sundhed gennem projektet FAMKO.

Med hermeneutikken som specialets videnskabsteoretiske ståsted undersøges og fortolkes problemformuleringen ud fra samfundsmæssige styringsmekanismer, tidligere forskning og informanternes oplevelser og erfaringer. På baggrund heraf finder vi det kvalitative forskningsinterview særlig anvendeligt og relevant som metode til dataindsamling, da denne giver os mulighed for at gå i dybden med problemformuleringen gennem interview, hvor informanternes subjektive viden og forståelse bringes frem (Kvale & Brinkmann, 2015). Fortolkningsprocessen og analysen vil overordnet være med afsæt i, og forståelser fra hermeneutikken, idet vi fortolker ud fra den mening, der kommer til udtryk i meningsfortolkningen af behandlingen af vores interviewdata, hvorefter det sammenholdes med vores egne forforståelser (Ibid.). Dette med henblik på at generere ny empirisk viden på baggrund af oplevelser og erfaringer i det sociale

arbejde med sårbare gravide, deres mulighed for udvikling og forebyggelse af social ulighed i sundhed gennem FAMKO.

3.3 Kontakt og adgang til feltet

Nedenstående afsnit beskriver fremgangsmåden for kontakten og adgangen til feltet, samt overordnede informationer om specialets informanter.

Med baggrund i specialegruppens interesse for den sociale ulighed i sundhed for gravide og familier med små børn, var det nærliggende at undersøge, hvem og hvilke indsatser der fandtes for at imødekomme denne udfordring. I den forbindelse var det sundhedsfaglige- og socialfaglige samarbejde yderst interessant at fokusere på, fordi indsatser med fokus på ulighed i sundhed for gravide og familier med børn i alderen 0-6 år stemte overens med strategien i Sundhed for alle (STU, 2017).

Forud for kontakt med eventuelle informanter, udarbejdede vi information omkring formålet med vores speciale, hvad vi ønskede at undersøge og hvordan. Vi har været bevidste om, at det ikke var alle kommuner der udbød et særligt socialt- og sundhedsfagligt tilbud med det formål at udligne den stigende sociale ulighed, og var derfor kun i kontakt med to foranstaltninger. Den ene var et projekt i Odense kommune, som bl.a. med midler fra private fonde skulle forløbe fra 2017-2027 og som var et samarbejde mellem OUH, familieambulatoriet og Odense kommune.

Den anden indsats var startet i 2013 som et projekt i Aalborg kommune, finansieret af satspuljemidler. Efter projektperioden overgik det til en kommunaliseret indsats, hvilket vil sige, at det blev et integreret tilbud for sårbare gravide i kommunen.

Adgang til felterne skete gennem projektlederne, som dermed fungerede som gatekeepere, idet de tog kontakt til de ansatte som havde mulighed og lyst til at deltage. Begge projekter vi var i kontakt med, var interesserede i at deltage, men af hensyn til mængden af interviews faldt valget på Projekt FAMKO fra Odense. Det lykkedes os at få en god kontakt og aftale med projektlederen, som ligeledes ville være behjælpelig med at finde medarbejdere og familier fra indsatsen, der ville fortælle om deres oplevelser og erfaringer.

Vi er bevidste om, at projektledere kan have en vis indflydelse på, hvilke medarbejdere vi kommer

til at tale med (Monrad, 2018). I forhold til vores in- og eksklusionskriterier valgte vi at ansatte og brugere af indsatsen skulle have et igangværende forløb på mere end 4 måneder. Dette på baggrund af at samarbejdet og relationsdannelsen for samarbejdet mellem aktørerne på den måde ville være etableret inden interviewsituationen.

3.4 Præsentation af informanter

Informanterne vil blive præsenteret gruppevis af hensyn til anonymisering.

Familiebehandlere

Familiebehandlerne blev uddannet hhv. socialpædagog og socialrådgiver i 1997 og har siden beskæftiget sig med udsatte børn og deres familier. Socialrådgiveren har en kandidatuddannelse i psykologi og er uddannet kognitivterapeut og systemfamilieterapeut. Socialpædagogen er også uddannet spædbarnsterapeut og traumeterapeut. Begge har de en del mentaliseringskurser og en NBO (Newborn Behavior Observation). De er boet og været ansat i Odense kommune stort set siden endt uddannelse. Siden 2013 har de beskæftiget sig med sårbare gravide med psykiske, fysiske eller rusmiddelproblematikker og har siden 2017 været tilknyttet FAMKO.

De tilknyttes en familie, når denne vurderes som "særlig sårbar", hvor der sideløbende også er en sundhedsplejerske fra projektet.

Sundhedsplejersker

Sundhedsplejerskerne har en grunduddannelse som sygeplejerske med hhv. 23 og 46 års erfaring. Som sundhedsplejerske har de imellem 14 og 27 års erfaring. Begge har de under deres tid som sygeplejerske og sundhedsplejerske haft en særlig interesse for sårbare gravide. De har været tilknyttet FAMKO fra starten. Sundhedsplejerskerne tilknyttes en familie, når denne vurderes som "sårbar" i forhold til psykiske eller fysiske udfordringer.

Projektleder

Blev i 2009 uddannet kandidat i folkesundhed, hvor hun siden har beskæftiget sig med projekter der har cirkuleret om sundhedsområdet og samarbejde med civilsamfundet. I FAMKO fungerer hun som projektleder og koordinator, hvor en del af tiden i disse funktioner bruges sammen med medarbejderne, men også med forskere, der er tilknyttet projektet, herunder Vive. Socialstyrelsen

og andre kommuner har været interesseret i at høre om projektet, hvorfor hun har været ude for at fortælle om FAMKO ca. 25 gange indenfor de sidste 3-4 år.

FAMKO-familie

Louise er 38 og mor til en dreng på 3½ år. Bor sammen med sin kæreste, som er far til drengen. Louise har mistet sin far for et år siden, som boede i Odense. Hun bor forholdsvis tæt på sin søster og mormor. Louises mor bor i Sønderjylland og de ses sjældent. Louise er født i Odense, men opvokset i Sønderjylland efter hendes forældres skilsmisse. Som voksen er Louise flyttet tilbage til Odense. Kærestens familie bor tæt på, hvilket Louise, kæresten og sønnen nyder godt af. Hun blev førtidspensionist i starten af 20'erne, grundet psykiske og fysiske udfordringer. Louise er tidligere diagnosticeret med skizofreni, depression, angst og PTSD. Hun har herudover fibromyalgi. Føler at det er svært at "komme af med" sine diagnoser i sundhedssystemet, idet hun oplever sig fejl-diagnosticeret. Hun har været tilknyttet FAMKO siden 2019 og er tilknyttet familiebehandler.

3.5 Interviewform, interviewguide og interviewsituation

Som primær dataindsamling har vi valgt at anvende det semi-strukturerede interview. Dette for at få viden om informanternes oplevelser og erfaringer ud fra deres individuelle perspektiver, samt mulighed for udligning af social ulighed i sundhed i FAMKO (Kvale & Brinkmann, 2015). I det semi-strukturerede interview forløber processen i interviewet som en interaktion og samtale, hvor omdrejningspunktet er interviewspørgsmålene, hvoraf nogle er nedskrevet forinden i en interviewguide. Denne interviewform er bidragende til et eksplorativt fokus, hvor der gennem samtale søges nye indsigter, forforståelser og viden for heraf at kunne meningsfortolke og opnå en fælles helhedsforståelse i tråd med den videnskabsteoretiske tilgang for hermeneutikken (Ibid.).

Vi har udarbejdet interviewguides, da det giver mulighed for en vis form for systematik i de forskellige tematikker, og samtidig giver rum for en levende fortælling (Brinkmann & Tanggaard, 2015). Vi har anvendt tre forskellige; en til sundhedsplejerskerne og familiebehandlerne, en til familien og en til projektlederen. Disse er blevet udarbejdet med overordnede temaer, forskningsspørgsmål og interviewspørgsmål, som vi på forhånd fandt relevante for vores problemformulering i specialet. I det forskningsspørgsmål sjældent fungerer som gode interviewspørgsmål, har målet været at udarbejde spørgsmål som også er af karakter i

overensstemmelse med interviewpersonernes hverdag og oplevelser. Disse er modificeret til hvert enkelt interview. Vi har ladet os inspirere af tidligere undersøgelser, herunder *Ulighed i sundhed og sygdom* (2017), *De første 1000 dage* (2022), *Indsatser mod ulighed i sundhed* (2020), *Ulighed i mødet med sundhedsvæsenet* (2022) og *den svære samskabelse* (2021). Undersøgelserne har ikke været styrende for interviewene, men retningsgivende med specialets problemformulering for øje (Kvale & Brinkmann, 2015).

Interviewsituationerne foregik på forskellige måder. Specialegruppen tog til Odense og foretog fysisk interview med Louise og med de to familiebehandlere. Interviewet med Louise blev afholdt af en af gruppens medlemmer, en anden supplerede og en tredje havde overblik over interviewguiden og tiden. Vi havde en formodning om, at de to familiebehandlere skulle interviewes hver for sig, men da de havde forestillet sig et fælles interview, endte det sådan. Dette viste sig at fungere godt, da medarbejderne løbende supplerede hinanden, og på den måde åbnede op for en fælles dialog mellem dem som fagpersoner, og åbnede op for et mere dybdegående indblik i deres oplevelse og erfaringer fra arbejdet i FAMKO. Udover de fysiske interview i Odense, afholdt vi to online interviews, ét med to sundhedsplejersker og et med projektlederen fra FAMKO. Oprindeligt havde vi håbet at vi kunne interviewe minimum én FAMKO-familie mere, men dette har ikke kunne lade sig gøre. Både familiebehandlere, sundhedsplejersker og projektlederen forsøgte ihærdigt at finde en familie mere. Dette lykkedes til sidst, men da tidspunktet for et muligt interview lå sent i processen, blev dette desværre ikke aktuelt. Det havde dog været ønskværdigt med endnu et interview med en familie, så flere perspektiver kunne udfoldes i en analyse.

3.6 Ethiske overvejelser

Det er nærliggende at koble en interviewundersøgelse med en hermeneutisk tilgang, da det menneskelige samspil der foregår under et interview, påvirker informanterne såvel som at den viden der produceres, påvirker forskerens forståelse af mennesker (Kvale & Brinkmann, 2009). Denne forståelse lægger sig op af forståelsen af den hermeneutiske cirkel, at del og helhed er i en konstant bevægelse, at vi som forskere har en forforståelse inden vi laver interviews, og efter interviewet har udviklet en ny og revideret helhedsforståelse. Fordi interviewundersøgelser har

med mennesker at gøre, følger der flere etiske overvejelser med, overvejelser der bør medtænkes fra begyndelsen af interviewundersøgelsen (Ibid.).

Gruppen har fra start været bevidst om flere etiske overvejelser i forbindelse med specialets tematisering, design, interviewsituation, transskription og analyse. Disse vil udfoldes i nedenstående afsnit, som har hentet sin inspiration fra Kvale og Brinkmanns beskrivelser af de fire områder, der traditionelt set udgøre etiske retningslinjer for forskere: Informeret samtykke, fortrolighed, konsekvens og forskerens rolle. Fordi vi både interviewer frontmedarbejdere, en familie og en projektleder, vil flere etiske overvejelser differentiere, da forskellige overvejelser knytter sig til de forskellige grupper.

Informeret samtykke

Informeret samtykke imødekommes ens for alle. Alle blev informeret om specialets formål, at deltagelsen var frivillig og at de til enhver tid kunne trække deres samtykke tilbage (Kvale & Brinkmann, 2009). Der blev indledningsvist lavet en briefing og afslutningsvist lavet en debriefing, som blandt andet omhandlede opbevaring af lydfiler og transskriptioner. Efter regler om GDPR, er én af gruppens medlemmer ansvarlig for opbevaring af fortrolige data samt at disse bliver slettet efter endt eksamen (*Danmark, EU og resten af verden*, u.å.). Alle deltagere har enten skriftligt eller mundtligt givet samtykkeerklæringer på både brug af data og at interviewene blev lydoptaget. Grunden til, at alle ikke har givet et skriftligt samtykke er, at flere af interviewene er foregået over Teams.

Fortrolighed

Fortrolighed handler om, at data der kan identificere interviewpersonerne, ikke må afsløres. Jf. ovenstående om informeret samtykke (Kvale & Brinkmann, 2009). Vi fremlagde ligeledes overfor deltagerne, hvem der vil få adgang til specialet, og at det efter endt, bestået eksamen vil ligge på internettet. I den forbindelse foreslog gruppen, at deltagernes navne skulle ændres i transskriptionen samt i analyserne, for på den måde at kunne anonymisere dem. I forhold til anonymisering af selve projektet og den respektive kommune, var der ingen forbehold. Vi fik tilladelse til at bruge navnene på begge. Grundet antallet af ansatte i FAMKO-projektet, vurderer vi ikke, at der med lethed kan forekomme data der kan spores tilbage til en bestemt person. Dette

dog med undtagelse af projektlederen, som med stor sandsynlighed nemt ville kunne identificeres. Fordi projektlederen er meget synlig i forbindelse med FAMKO og fordi de data vi har indsamlet fra hende ikke er af privat karakter, vurderer vi ikke at det har nogle konsekvenser. Ydermere udtrykte og samtykkede projektlederen med al sin tydelighed, at være indforstået med dette.

Konsekvens

Konsekvens handler om de potentielle konsekvenser der kan være for deltagerne ved at deltage i undersøgelsen (Kvale & Brinkmann, 2009). Her vurderer gruppen ikke at formålet er af en særlig sensitiv art, ej heller lægger op til kritik af FAMKO, dens medarbejdere eller Odense kommune. Derimod er formålet at reflektere over, og blive klogere på hvad FAMKO er og hvordan det opleves at være en del af. Kritikken er nærmere rettet mod samfundsstrukturer og politiske diskurser, som har indflydelse på det offentlige system i Danmark, og som potentielt er en del af forklaringen på den stigende sociale ulighed i sundhed.

Forskerens rolle

Forskerens rolle rummer en spænding mellem personligt venskab og professionel distance. Forskerens moralske integritet spiller en afgørende rolle i forbindelse med den viden der produceres, og endnu vigtigere, den måde hvorpå den opnåede viden fremlægges på (Kvale & Brinkmann, 2009). Grundet specialets hermeneutiske tilgang, vil gruppens individuelle forforståelser have indvirkning på de forskellige interviews, måden de forstås på og de spørgsmål gruppens medlemmer hver især stiller. Det vil derfor også være forskellige nye og reviderede forståelser, vi hver især efterlades med. Ifølge Kvale og Brinkmann, skal forskerne bestræbe sig på, at fremlægge de fremfundne resultater så nøjagtige som muligt (Ibid.). Der kan argumenteres for, at en hermeneutisk undersøgelse aldrig vil kunne fremlægge objektive resultater, da forskerens forforståelse altid vil være en del af de forskellige stadier af bearbejdelsen af data. Der kan være en tilbøjelighed til at forskerne lader sig påvirke af interviewpersonerne, idet det kvalitative interview er interaktiv forskning. Det vil sige, at vi som forskere identificerer os med interviewpersonerne og at den professionelle afstand derfor forsvinder (Ibid.). Faren er at forskerne kommer til at rapportere og fortolke det hele ud fra interviewpersonernes perspektiv (Ibid.). Dette forsøger

gruppen er være bevidste om af flere årsager, blandt andet at gruppens medlemmer har en baggrund inden for hhv. sundheds- og socialsystemet, og derfor kan være tilbøjelig til at være bias. Derudover forsøger vi at være bevidste om ikke alene at rapportere og fortolke ud fra informanternes perspektiv i udarbejdelsen af analysen. Vi ønsker at fokusere på, hvordan vi på hermeneutisk vis ender med en foreløbig besvarelse af problemformuleringen.

3.7 Kvalitet i forskningsprocessen

I kommende afsnit vil vi forsøge at vurdere kvaliteten af indeværende speciale. For at kunne vurdere specialets forsknings kvalitet, vil validitet, reliabilitet, objektivitet og generaliserbarhed inddrages i forbindelse med de overvejelser samt beslutninger der er truffet i specialeprocessen (Olesen & Monrad, 2018). Grundet omfanget af dette speciale, vil nedenstående afsnit om validitet, reliabilitet, objektivitet og generaliserbarhed, ikke være afdækkende for hele specialet, men blot frembringe eksempler.

Validitet

Validitet handler om hvorvidt vi undersøger det vi påstår vi undersøger (Olesen & Monrad, 2018). Der skal være overensstemmelse mellem empirien og det empirien skal kunne forklare noget om. Man kan medtænke nogle validitetsspørgsmål, som kan øge validiteten i specialet:

- Udvalgelse af data
- Metodevalg
- Teorianvendelse og analyse (Olesen & Monrad, 2018)

Spørgsmålet om validitet handler om hvorvidt der er sammenhæng mellem specialets problemformulering, empiri og udvalgt teori, og om problemstillingen omsættes til noget der kan undersøges i specialet (Ibid.). Med dette speciale, ønsker vi at undersøge hvilke politiske styringsmekanismer der ligger til grund for hvordan der arbejdes med social ulighed i sundhed i FAMKO. Derudover hvordan medarbejdere arbejder under disse, samt hvilken effekt det har på familierne og deres mulighed for udvikling. På baggrund af dette fokus, har gruppen vurderet at kvalitative undersøgelser i form af interviews har været at foretrække, for at kunne svare på den

del af problemformulering der omhandler FAMKO-medarbejdernes arbejde og handlemuligheder, samt familiernes oplevelse af deltagelse i projektet. Dertil har en omfattende litteraturundersøgelse gået forud for disse interviews, først og fremmest for at skabe overblik over eksisterende viden på området, men ligeledes for at få en forståelse for de samfundsmæssige strukturer og politiske beslutninger der danner ramme om vores samfund. Vi vurderer at metodevalget i dette speciale har bidraget til den viden som vi har ønsket at opnå. Vi kunne med fordel have koblet de kvalitative interviews med observationsstudier, for bedre at kunne vurdere om medarbejderne rent faktisk arbejder på den måde, som de fortæller de arbejder på (Ibid.). Denne kombination ville bidrage til en øget validitet, men flere omstændigheder var med til at besværliggøre denne mulighed. I forhold til teoriudvælgelse har vi blandt andet valgt at inddrage anerkendelses- og dømmekraft teori, borgerinddragelse og stemplingsteori, for det første for at få en forståelse for, hvordan FAMKO-medarbejderne arbejder og interagerer med familierne, og for det andet for at blive klogere på familiernes tidligere erfaringer med det offentlige system. Dette for bedre at kunne vurdere hvilke handlemuligheder FAMKO-medarbejderne har, og betydningen heraf.

Reliabilitet

Reliabilitet eller nøjagtighed handler om præcision i undersøgelsen, blandt andet i forbindelse med datatilvirkningen og bearbejdningen heraf (Olesen & Monrad, 2018). Det kan f.eks. være spørgsmål om hvorvidt informanterne er i stand til at svare på interviewspørgsmålene, har kendskab til feltet og om gruppen har lavet en grundig og systematisk kodning af data. I forhold til hvorvidt informanterne er i stand til at svare på spørgsmålene samt deres kendskab til feltet, vurderes graden af reliabilitet, høj. Viften af informanter er bred i form af faglighed, alle har været en del af FAMKO i flere år og har erfaring med at arbejde i den offentlige sektor før deres ansættelse i FAMKO. Vi vurderer derfor at informanter er godt rustet i forhold til at svare på interviewspørgsmålene. Det at både familiebehandlerne og sundhedsplejerskerne har været sammen under interviewene, altså at de har deltaget to og to, vurderer vi har betydning for, at de kunne tale frit uden f.eks. påvirkning af en leder eller en familie fra FAMKO, hvilket ville kunne påvirke reliabiliteten (Ibid.). Derudover kan der overvejes om denne fremgangsmåde som minder om en diskussion bidrager til flere nuancer i samtalen, og som enten vil øge eller sænke

reliabiliteten. Det må dog sætte store krav til databearbejdelsen og kodning af data, da blandt andet lydoptagelserne kan være svære at tyde, fordi informanterne har tilbøjelighed til at tale ind over hinanden. I forlængelse heraf, og især fordi gruppens medlemmer har delt transskriptionerne ud i mellem os, sætter det store krav til hvordan vi på forhånd har aftalt fremgangsmåden, i forhold til ensformighed. Dét at vi har delt transskriptionerne op, vil påvirke reliabiliteten og nøjagtigheden (Ibid.). Vi forestiller os, at havde samme person transskriberet alle interviews, så ville reliabiliteten stige. Dette gælder ligeledes for kodning af data, som også er gjort på tværs af gruppens medlemmer. Selvom reliabiliteten i denne forbindelse kan argumenteres for at være lav grundet opdelingen af transskriptionerne, kan der på den anden side argumenteres for, at samme beslutning kan bidrage til fremkomst af endnu flere tematikker og pointer fra materialet. En del af at vurdere reliabiliteten, er at vurdere hvorvidt informanterne kan være påvirket af konteksten (Ibid.). I denne forbindelse kan man overveje, om informanterne kan være påvirket af, at specialegruppens medlemmer har en baggrund inden for henholdsvis det sundhedsfaglige- og socialfaglige felt. På den ene side kan vi argumentere for, at informanterne kan føle sig hjemme i interviewsituationen, fordi vi taler samme sprog og har samme forståelser for f.eks. sundhedsvæsenet, og at de derfor føler sig trygge i situationen og udfolder og nuancerer emner og beskrivelser. Omvendt, kan der argumenteres for at interviewet kan blive for indforstået, så vigtige udtalelser ikke optræder i transskriptionerne. Om det er det ene eller det andet, så må det stille store krav til interviewpersonen, at skulle være opmærksom på denne udfordring under selve interviewet. Vi mener dog at have været opmærksomme på denne problematik, idet vi var tre personer til stede under alle interviewene. Én person der var den primære interviewer, én der supplerede og én der observerede.

Objektivitet

Objektivitet og bekræftbarhed er to meget forskellige forståelser af forskerens positionering og interesse for feltet. Objektivitet handler om at mindske forskernes personlige påvirkning af feltet og undersøgelsen, hvor bekræftbarhed er en erkendelse af, at forskerne medproducere data, hvorfor forskerne uundgåeligt vil påvirke undersøgelsen (Monrad & Olesen, 2018). Taget vores videnskabsteoretiske ståsted i betragtning, som har den grundantagelse at forskeren hverken kan eller skal tilgå feltet uden sine fordomme, og at forskerens forforståelser bruges aktivt i forhold til at producere ny viden, læner dette speciale sig op af bekræftbarheds forståelsen (Juil &

Bransholm Pedersen, 2012). Bekræftbarhed kan behandles som en del af reliabilitet, som omhandler hvorvidt forskerens forforståelser og relationer til feltet vil påvirke undersøgelsen (Olesen & Monrad, 2018). Denne overvejelse påpegede vi i afsnittet om reliabilitet, i forbindelse med om vores faglige baggrunde har påvirket informanterne. Der argumenteredes da for, at bekræftbarheden er tydelig blandt gruppens medlemmer, men at dette stemmer overens med vores videnskabsteoretiske ståsted. Gennemsigtighed er vigtig for at imødekomme bekræftbarhed. Derfor har vi gjort opmærksom på, at vi potentielt har påvirket informanterne og dermed datamaterialet, hvilket vidner om en grad af gennemsigtighed (Ibid.).

Generaliserbarhed

Generaliserbarhed og *overførbarhed* handler overordnet om, hvorvidt man kan overføre specialets resultater til andre personer og andre kontekster (Olesen & Monrad, 2018). For at give et svar på dette, er det vigtigt at vide hvem og hvad man ønsker at drage konklusioner om (Ibid.). Målet med dette speciale, har umiddelbart ikke været at kunne generalisere de fremfundne konklusioner, med det formål at overføre konklusionerne til en anden kontekst. Det har derimod været med det formål, at opnå forståelse for, hvorfor det tilsyneladende er så svært at udligne social ulighed i sundhed i Danmark, på trods af store mængder evidens der viser at en tidlig indsats har stor betydning for at udligne ulighed i sundhed. Man kunne dog forestille sig, at fremanalyserede pointer om hvorfor FAMKO har succes med deres projekt, kunne overføres til andre kommuner som inspiration til et lignende projekt. Man kunne ligeledes forestille sig, at udtalelserne fra familien om hvordan de bliver mødt af FAMKO-medarbejderen og hvordan det opleves, kunne bruges som motivation til at iværksætte lignende projekter andre steder. Vi overvejer altså hvorvidt andre kommuner kan bruge viden fra FAMKO, til at tænke mere progressivt i forbindelse med udligning af ulighed i sundhed med fokus på tidlig indsats. Vi overvejer ligeledes om begreber som tillid og relationer, som spiller en stor rolle i forbindelse med at FAMKO fungerer som det gør, kan overføres til andre sårbare målgrupper end sårbare gravide og deres familier. Dette velvidende, at alle regioner og kommuner er forskellige og har forskellige ressourcer og udfordringer, hvorfor FAMKO aldrig vil kunne overføres 1:1.

4. Analysestrategi

Vi ønsker at analysere vores problemformulering med afsæt i det sociale arbejde på tre forskellige niveauer: et makro-, et meso- og et mikroniveau. Dette med henblik på en så nuanceret besvarelse som muligt, men også for at demonstrere, hvordan de tre niveauer komplementerer hinanden i det sociale arbejdes felt. Dette med afsæt i, at det sociale arbejde konstrueres i cirkulære politiske og sociale processer. Her påvirker samfundets forventninger, social- og sundhedssystemer, borgerne og socialarbejderne gensidigt hinanden. Dette skaber processerne i det sociale arbejdes felt, hvori borgernes problemer skal løses.

Analysen på makroniveau belyser sociale problemer på samfundsniveau, som er under påvirkning af politikker og diskurser i forhold til, hvordan anerkendte sociale problemer, herunder social ulighed i sundhed afhjælpes. Formålet med denne analyse er at give et historisk overblik og eksempler på nogle politiske beslutninger, som NPM og neoliberalistiske overvejelser har haft en væsentlig betydning for. Vi ser deri hvilke konsekvenser dette har for styringen af det sociale arbejde, men også hvordan FAMKO forsøger at styre indsatsen anderledes. Her er udgangspunktet mere New Public Governance (NPG)-inspireret, hvor det tværsektorielle og tværfaglige samarbejde danner rammen for tilgangen i det sociale arbejde. Heri er tillid, relation og den tidlige intervention omdrejningspunktet for at løse sociale problemer for sårbare gravide.

På mesoniveau har vi fokus på det sociale arbejdes felt i snitfladerne mellem mikro- og makroniveau. Her er rammerne og tilgangen i FAMKO afgørende for, hvordan de sociale problemer løses i praksis og hvordan dette opleves at have indflydelse på udviklingsmulighederne. Med udgangspunkt i Bourdieus analytiske begreber felt, doxa og symbolsk vold ønsker vi at belyse, hvordan udviklingsmulighederne i praksis relaterer sig til interaktionen men også de strukturelle vilkår.

Mikroniveauet fokuserer på de familier, som er tilknyttet projektet FAMKO samt deres tidligere og nuværende oplevelser med social- og sundhedssystemet. Her er stempeling som afviger, men i høj

grad også anerkendelse og dømmekraft i det sociale arbejde afgørende for oplevelsen af den modtagne hjælp. Borgerinddragelse og samarbejde opleves desuden at være afgørende for mulighed for udviklingen gennem indsatsen.

Vi håber at de teoretiske udgangspunkter i delanalyserne på makro-, meso-, og mikroniveau kan styrke besvarelsen af problemformuleringen.

4.1 Transskribering

Med henblik på dokumentation og senere analyse, har vi anvendt lydoptagelse som metode, idet interessen retter sig mod indholdet af det der siges i de enkelte interviews. I forlængelse heraf har vi transskriberet de kvalitative interviews for at få overblik over temaer og mønstre. Umiddelbart kort tid efter hvert interview blevet transskriptionen foretaget. Gruppen har deltaget i alle interviews, hvilket har lettet transskriptionerne, idet vi i et vist omfang har kunnet genkende de sociale og emotionelle refleksioner fra interviewsituationen under transskriptionen (Kvale & Brinkmann, 2015). For at sikre en formel og skriftsproglig stil har vi valgt at transskribere uden angivelse af lange pauser, "øh", "hmm" og lignende for at gøre citater og referencer letlæselige. Interviewene er elektronisk opbevaret og slettes d. 16.06.2023, hvilket informanterne har givet mundtligt og skriftligt samtykke til, gennem udarbejdet samtykkeerklæring og dokument omhandlende behandling af data (Ibid.). De interviewede er tilbudt at få tilsendt deres interview efter endt transskription, hvilket ingen dog har ønsket at benytte sig af.

4.2 Meningskondensering

For at skabe overblik og systematik anvender vi den analytiske metode kodning, hvor data knyttes til meningsfulde temaer. Dette er gjort ud fra datastyret kodning, hvor nøgleord blev sat i relation til et tekstafsnit og forskningsspørgsmålet, hvilket gjorde kodedannelsen i forhold til identifikation af en udtalelse struktureret kategoriserbar. Meningskondensering som sammenfatter centrale aspekter af interviewene, som dermed kan analyseres i kontekst til forskningsspørgsmålet. I nærværende speciale med inspiration til analyse af interview i afsæt af 5 trin (Kvale & Brinkmann, 2015). De tre første trin omhandler kodning igennem læsning af interviewene, naturlige meningsenheder og herefter dominerende temaer. Til besvarelse af specialets problemformulering vurderes hvilke temaer, der er mest brugbare, som slutteligt kædes sammen med en beskrivende

udtalelse, som senere anvendes til mere omfattende fortolkning og analyse (Ibid.). Kodningerne er foregået ved computer, hvor koderne har fået forskellige farver. Nedenfor illustreres koderne i databehandlingen, dog uden farver.

Koder – perspektivet primært fra projektlederen	Koder - perspektivet fra fagprofessionelle	Koder - perspektivet fra borgere
NPM som styringsmekanisme	De organisatoriske rammer og det sociale arbejdes felt i FAMKO	Stempling
NPG som styringsmekanisme	Forståelser af målgruppens problematikker og udviklingsmuligheder (Doxa)	Anerkendelse og dømmekraft
Social ulighed i sundhed Intentioner, kompleksitet og udviklingsmuligheder igennem socialpolitik	Symbolisk vold og udviklingsmuligheder	Borgerinddragelse og udviklingsmuligheder

5. Præsentation af teori

Nedenstående indeholder et kort opids af de analytiske begreber som anvendes i analysen på makro-, meso- og mikroniveau. De analytiske begreber understøtter besvarelsen af problemformuleringen, og vil blive foldet ud løbende gennem analysedelene.

I analysen på makroniveau vil begreberne neoliberalisme, NPM, NPG inddrages. Disse begreber udfoldes kort i det følgende, og vil løbende udfoldes yderligere sammen med empirien gennem delanalyse 1.

Neoliberalisme

Neoliberalismen er en ideologi der er stærkt økonomisk orienteret og har til formål at rehabilitere markedet i forhold til velfærdsstaten, blandt andet ved at inddrage markedsløsninger i samfundsøkonomien (Herløv Lund, 2015). I løbet af både 90'erne og 00'erne, kan en stigende neoliberalistisk tendens spores i de politiske beslutninger der blev truffet i perioden. Et eksempel på en politisk beslutning der bærer præg af en neoliberalistisk tankegang, er landets første langtidsøkonomiske plan, kaldet 2010-planen, som den daværende statsminister Poul Nyrup-Rasmussen fra Socialdemokratiet stod i spidsen for. Planens sigte var at begrænse udgifterne til den offentlige sektor for dermed at prioritere væksten i den private sektor (ibid.). Ved regeringskiftet i 2001, overtog den daværende VK-regering denne plan uden de store ændringer og fortsatte, den nu tiltagende, neoliberalistiske tankegang i økonomisk politik i Danmark. Under VK-regeringen, med Anders Fogh-Rasmussen som statsminister, indførtes blandt andet skattestop, og skattereformerne fra 2007 og 2009 sigtede mod at tilbagetrække fordelingspolitikken, og føre indkomsterne tilbage til de mere velstillede borgere (ibid.). Samme skattereformer sigtede mod at nedbringe skattetrykket og på den måde styrke den private sektor i Danmark, med det formål: " (...) at sætte en bremse på væksten i de offentlige velfærdsudgifter" (Herløv Lund, 2015, s. 233). Ifølge neoliberalistisk, økonomisk politik, er statens primære opgave at skabe gode og frie betingelser for erhvervslivet og ved hjælp af strukturpolitik styrke samfundsøkonomien ved at sikre en stor arbejdskraftforsyning (ibid.).

New Public Management

Den neoliberalistiske tænkning sætter ligeledes sit præg på administration og ledelse af den offentlige sektor, og dette får sit helt eget begreb, New Public Management. Overordnet for NPM er, at man vil overføre styreformer fra den private-, til den offentlige sektor, blandt andet gennem privatisering, udlicitering, brugerbetaling, valgfrihed, evalueringer, resultatkontrakter mf. (Herløv Lund, 2015). NPM har det klare formål, at rehabilitere markedet på bekostning af velfærdsstaten. I 90'erne og under den socialdemokratiske regering, blev NPM set som en "modernisering" af den offentlige sektor, og noget som skulle skabe effektivitet og serviceorientering af en ellers rigid og tung offentlig sektor (ibid.). Nyrup-regeringen påbegyndte markedsstyringsmekanismer i den offentlige sektor, og man så blandt andet, at flere kommuner udliciterede hjælpefunktioner som rengøring og madlavning (ibid.). Det overordnede politiske tema på området var frit valg og

konkurrence, internt i den offentlige sektor (Ibid.). Disse NPM-tiltag, som den socialdemokratiske regering påbegyndte i 90'erne, skabte en grobund for at VK-regeringen kunne videreføre f.eks. udlicitering, som i 00'erne kom til at betyde udlicitering af blandt andet ældreplejen og flere sundhedsydelser (Ibid.). Man kan sige, at NPM medførte en forskydning fra prioriteringen af at hjælpe samfundets svageste, henimod en prioritering af produktionsvirksomheder og samfundsøkonomien. Resultatet af en sådan prioritering, blev en svækkelse af det danske velfærdsprincip om at tage hånd om de mest udsatte borgere, og dermed forringedes den offentlige sektors bidrag til at øge ligheden i Danmark (Ibid.) Danmark befinder sig i en identitetskriser, fanget mellem de danske velfærdsprincipper og de NPM styringsformer, der præger vores samfund (Melander, 2014).

New Public Governance

Et modsvar til NPM, er styringsparadigmet NPG, som i højere grad har fokus på fordeling af magten i samfundet, samt at begreber som tillid og relationer, både mellem professionel og borger, og mellem professionel og professionel, er centrale mekanismer (Borup Jensen & Krogstrup, 2017). Indenfor NPG-paradigmet, er begreber som inddragelse og samskabelse ligeledes vigtige elementer. NPG har fokus på inddragelse af mange uafhængige aktører, f.eks. partnerskaber mellem offentlige og private aktører og samarbejde mellem den offentlige sektor og frivillige organisationer (Ibid.). Der er fokus på, at ledere ikke alene vægter konkurrence, markedsstyring og resultater, men derimod borgerens behov og samarbejdet mellem de involverede parter (Ibid.). Ovenstående begreber vil som nævnt foldes yderligere ud gennem analysen på makroniveau, delanalyse 1.

I det følgende præsenteres kort de analytiske begreber, som er valgt til analyse på mesoniveau, delanalyse 2. Disse vil ligeledes foldes yderligere ud sammen med empirien i analyseafsnittet

Pierre Bourdieu

Bourdieu (1930-2002) var fransk sociolog og antropolog, som anses som en af det 20. århundredes mest betydningsfulde samfundsforskere. Han har en socialkonstruktivistisk definition af sociale problemer og af årsagerne til deres opståen. Det betyder, at virkeligheden er socialt skabt eller konstrueret, og mennesker er et resultat af sociale påvirkninger. Dermed er sociale problemer socialt skabt og definitionen er den proces, hvor en bestemt tilstand fremstilles som et socialt

problem.

Der er ikke én stor teori, men i stedet et sæt af tankeredskaber, som anvendes i forskningen til at forstå det empiriske forhold, som kan bevæge sig på meso-makro og mikro-niveau. Begreberne er refleksive, hvorfor de kan diskuteres fra flere vinkler (Prieur, 2005).

I nærværende speciale gør vi brug af begreber som felt, doxa og symbolsk vold for at kunne forstå og give svar på, hvordan rammerne for det sociale arbejde opleves at have indflydelse på de fagprofessionelles forståelser af målgruppen og hvordan dette afspejles i udviklingsmulighederne (Bourdieu & Wacquant, 1996).

Felt

Bourdieus begreb om felt, kan forstås som afgrænsede områder, der ligger under den overordnede statslige magt. I et givent felt ligger en struktur med sandheder om regler og forskrifter, der danner grundlag for de aktører der befinder sig i feltet. Felter defineres ifølge Bourdieu ud fra om det kan påvises, at der er noget på spil, som individer finder værd at kæmpe for i rammerne for aktørerne. Det kunne være regler, normer og værdier, som kun fungerer under det givne felt (Mik-Meyer & Villadsen, 2007). Indenfor feltet udspilles magtkampe mellem grupper og individer, som søger at definere de sandheder reglerne ligger under, for dermed at ændre magtrelationerne og praksisser i feltet (Harder og Nissen, 2011). I de vestlige samfund kan felter forstås som politiske eller uddannelsesmæssige, og underfelter som f.eks. sundhedsfaglige og det sociale arbejdes felt (Mik-Meyer & Villadsen, 2007). At tænke i felter er at tænke relationelt. Bourdieu formulerer det således: "At tænke virkeligheden som en mediering af relationer mellem felter indebærer, at der foretages et radikalt brud med dagligdagens opfattelse af det sociale som et spørgsmål om, hvad der er synligt" (Bourdieu, 1982c s.41-42). Det gælder i forhold til individet, i grupper af individer og i forhold interaktioner og relationer imellem gruppens individer. Man kan med visse forbehold sammenligne et felt med et spil kort med dertilhørende regler og normer, hvor der kæmpes om belønning og en præmie. Den specifikke værdi af et kort varierer, ligesom forskellige former for kapitaler (økonomisk, social, kulturel og symbolsk). Ens position, ageren og handlingsmuligheder i spillet, eller felter, afhænger af de værdier, som kortene eller kapitaler repræsenterer (Bourdieu & Wacquant, 1996).

Doxa

Doxa defineres som de værdier, normer og regler, som af aktørerne i feltet, opfattes som "naturlige

sandheder” og ”tavs viden”. Doxa skaber de mentale strukturer i feltet, som er de dominerende synspunkter, eller som Bourdieu skriver det ”universelle synspunkt.”. Dog skal det siges, at der kan være uenigheder i et felt, fordi felter som nævnt også defineres som kamparenaer. Aktører i sociale felter følger kun reglerne, når det er af større interesse at følge dem end at negligere dem. Ved at anvende begrebet i analysen kan de interesser, som er styrende for den adfærd, der er karakteristisk for aktørerne i feltet, afdækkes (Bourdieu & Wacquant, 1996). Man kan i nogen grad sammenligne doxa med et felts habitus, som afspejler principper for, hvordan man anskuer verden. Hvis man i sine analyser ønsker at forstå aktørernes handlinger, må man se nærmere på de strukturer i samfundet der også internaliseres i felternes ”naturlige sandheder” (Mik-Meyer & Villadsen, 2007). Doxa bliver derved det styrende princip for aktørernes måde at opføre sig på i praksis.

Symbolisk vold

For at belyse, hvordan der foregår en kamp, som dominerer ”de sandheder” indenfor et givent felt, anvender Bourdieu begrebet symbolisk vold. Ofte er feltets sandheder så ”naturlige”, at aktørerne underkaster sig dem ganske frivilligt. Det ”universelle synspunkt” er indlejret i og udspringer af de statslige institutioner f.eks. Socialstyrelsen og Sundhedsstyrelsen og netop derfor vil mange aktører lade sig regulere og underkaste sig, fordi det føles naturligt, når de er internaliseret i aktørerne. Mange vil i den forbindelse udsætte sig selv for symbolisk vold, som ikke genkendes som tvang. Den symbolske vold kan dog kun udøves, så længe de undertrykte aktivt samarbejder med de personer, som undertrykker dem (Mik-Meyer & Villadsen, 2007). Interaktioner og derved sproglige relationer udtrykker altid symbolske magtrelationer, hvor det sociale styrkeforhold kommer til udtryk. Kommunikationen i en social indsats vil bære præg af aktørernes position i feltet, en aktør med specifik social autoritet og én som i vekslende omfang anerkender den autoritet en fagperson besidder (Bourdieu & Wacquant, 1996). Fagprofessionelle aktører har ofte sværere ved at erkende symbolisk vold når den foregår, fordi de selv har været udsat for den i højere grad end f.eks. folk uden uddannelse og fordi de selv bidrager til at den fortsat kan udøves. (Bourdieu & Wacquant, 1996).

Følgende afsnit indeholder et kort oprids af de teorier der er valgt til analysen af empirien på mikroniveau, delanalyse 3.

Howard S. Becker- Stemplingsteori

For at opnå en forståelse af hvordan Louise, som danner det primære grundlag for analysen på mikroniveau, oplever den forebyggende indsats FAMKO, søger vi at få en indsigt i hvordan hendes sociale problemer ser ud, og hvordan hendes tidligere erfaringer med systemet har været. Dette har vi valgt at gøre gennem analyse, med inddragelse af Howard S. Beckers teori om afvigelse, også kendt som "stemplingsteorien".

Den amerikanske sociolog og professor, Howard S. Becker f. 1928, skrev i 1963 bogen *Outsiders*. I den søger Becker at kortlægge hvad der kan have indflydelse på, at en person bliver stemplet som social afviger. Bogen var banebrydende og har siden haft indflydelse på den efterfølgende forskning og forståelse af social afvigelse. Teorien favnede samfundets reaktion på afvigelse, og at denne er afgørende for om en person stemples som social afviger. Som det er beskrevet af sociologiprofessoren Margaretha Järvinen i bogens forord, kan Beckers stemplingsteori opsummeres som følger: " (...) udpegningen eller *stemplingen* af en person som afviger kan skubbe personen længere ud i samfundets udkant, end han eller hun ellers ville være kommet (...)" (Becker, 2020, s. 11). Ifølge Becker er definitionen som afviger problematiseret af hvordan den er konstrueret. Man kan anskue social afvigelse statistisk, og således som hvad som helst der adskiller sig meget fra gennemsnittet. På den måde anses det der befinder sig langt fra det almindelige, som afvigelse. Han slutter dog, at denne anskuelse synes simplificeret og naiv, idet for meget og for mange på den måde ville opfylde kravet som afviger. Derudover er der en almen opfattelse af afvigelse, som en patologi, hvor alt hvad der skønnes at være sygt, herunder også mental sygdom, kan gå ind under denne kategori. Denne anskuelse mener Becker ligeledes er snæversynet, idet han mener den begrænser sig udelukkende til den der dømmes som afviger og ikke den der dømmes (Becker, 2020). Becker har en anden opfattelse af social afvigelse, end de to ovennævnte. Han mener at afvigelse er samfundsskabt, og afvigelse ikke er betinget af den handling som den afvigende begår, men derimod en konsekvens af andres mening om det. " (...) *socialle grupper skaber afvigelse ved at opstille regler, som skaber afvigelse, når de bliver overtrådt, og ved at anvende disse regler på bestemte personer og stemple dem som outsiders* " (Becker, 2020, s. 27).

Anerkendelsesteorien

I det følgende redegøres kort for de dele af Højlund og Juuls teori om anerkendelse og dømmekraft i socialt arbejde, der anvendes gennem analysen.

Søren Juul er dr.scient.soc. og cand.mag. i historie, sociologi og samfundsfag fra Københavns universitet. Peter Høilund er cand.Jur., ph.d. i jura/retsfilosofi og dr.scient.soc. Sammen har de forfattet bogen *Anerkendelse og dømmekraft i socialt arbejde*, hvori de redegør for, og begrundet at Axel Honneths anerkendelsesteori bør danne grundlag for praktisk socialt arbejde. De argumenterer gennem kvalitative interviews og journaloplysninger, hvorfor dette ideal ikke er en realitet.

Begrundelsen for at anvende Juul og Høilunds udlægning af teorien er, at denne er udviklet i en tids- og samfundsrelevant kontekst der knytter sig specifikt til socialt arbejde i Danmark, og argumenterer samtidig for hvorfor anerkendelsestanken har vanskeligt ved at vinde indpas i praksis, i de sociale institutioner i Danmark (Høilund & Juul, 2015).

Honneths anerkendelsesteori omhandler de forudsætninger der skal til for en vellykket identitetsdannelse og en positiv selvopfattelse. Denne inddeles i tre former. Den følelsesmæssige anerkendelse som opnås gennem nære, intime relationer; kærlighedsrelationer. Gennem denne form for anerkendelse opbygges selvtillid, og som følge deraf evnen til at kommunikere, handle og deltage i nære fællesskaber (Ibid.).

Den retlige anerkendelse opnås ved at blive vurderet som et tilsvarende moralsk, tilregneligt medlem af samfundet som andre, og at man har lige sociale rettigheder. Anerkendelse på dette punkt omhandler respekt for borgerens rettigheder i praksis, og afføder selvagtelse som menneske (Ibid.).

Den tredje og sidste form for anerkendelse kalder Honneth social anerkendelse. Denne opnås gennem sociale fællesskaber, og gennem ens individuelle egenskaber, værdier og evner. Til denne anerkendelse hører ligeledes et udviklingspotentiale, hvor man som menneske kan udvikle sig gennem individuelle præstationer og dermed anerkendelse. Til anerkendelsesteorien hører der ligeledes negative konsekvenser, ved mangel på anerkendelse i de tre anerkendelsesformer (Ibid.). Disse omtales i tre former for disrespekt. Disrespekt i den første anerkendelsesform, kærligheden, eller den følelsesmæssige. Denne disrespekt favner krænkelse og overgreb på menneskets kropslige identitet. Dette kan komme til udtryk gennem tortur, voldelige angreb o.l. Disse krænkelse kan føre til opløsning af individets selvtillid. Disrespekt i den retslige anerkendelse sker ved retstap, hvis individet ikke anses som værdig medborger og moralsk tilregneligt menneske, og

fratages sin status som ligeberettiget. Derved ødelægges individets selvagtelse. Disrespekt på den tredje anerkendelsesform, den sociale anerkendelse, kan ske i form af stigmatisering. Hvis man f.eks. som menneske ikke anerkendes som den man er, for ens værdier eller livsform, men disse tværtimod nedgøres, er der fare for at selvværdet nedbrydes (Ibid.).

Hele anerkendelsesbegrebet anses som en nødvendighed for at de mennesker der er i kontakt med det sociale system, har rettigheder, og anerkendes som unikke mennesker der bliver mødt sagligt og etisk af frontarbejderen. Dette anfægtes dog, og beskrives som nærmest ikke tilstedeværende i det praktiske, sociale arbejde i dag. Dette argumenteres med, at den faglige dømmekraft hos den enkelte frontmedarbejder, er underlagt politiske og økonomiske styringsidealer, med rod i NPM-begrebet. De faglige skøn som frontmedarbejderne arbejder efter, kommer dermed ikke til at tage udgangspunkt i den enkelte borger, men derimod med effektivitets- og omstillingsidealer der prioriterer samfundsøkonomien, på bekostning af anerkendelse for den enkeltes demokratiske og sociale rettigheder, og dermed muligheden for at leve deres egne forståelser om det gode liv (Ibid.).

Hvordan disse former for anerkendelse og disrespekt kommer til udtryk i Louises erfaringer, og hvilke muligheder der er for udvikling i FAMKO, vil blive foldet yderligere ud i analysen.

Borgerinddragelse

I det følgende er en kort præsentation af teori fra bogen *Borgerinddragelse i socialt arbejde*. Både Merete Monrad og Sophie Danneris er uddannet sociologer og ph.d. De har i fællesskab forfattet bogen gennem to forsknings-praksis-samarbejder med det formål, ud fra tanken om at borgerinddragelse kan fremme den offentlige velfærd, at redegøre for hvad borgerinddragelse er, og hvordan den kan se ud i praksis.

Forfatterne har indsnævret, og fremstillet fire teoretiske former for borgerinddragelse; Demokratisk-, forbruger-, selvrefleksiv- og samskabende borgerinddragelse. Disse fire former for inddragelse udelukker ikke hinanden, og kan ikke opdeles som selvstændige elementer. Den ene form kan dog ofte ses som mere dominerende end de andre. Forfatterne har desuden berørt og begrundet hvilke styringsmekanismer der kan have afgørende betydning for hvordan borgerinddragelse er mulig, og hvilke dilemmaer der kan opstå i borgerinddragelse (Monrad &

Danneris, 2021). De dele af teorien der findes relevante at belyse, vil blive udfoldet sammen med anerkendelsesteorien og empirien, i delanalyse 3.

6. Analyse

De tre delanalyser har det overordnede formål, at de tilsammen skal danne grundlag for en besvarelse af specialets problemformulering. Som nævnt i specialets analysestrategi, vil de tre analyser primært udfolde sig på henholdsvis makro-, meso- og mikroniveau. Efter hver analyse, og inden delkonklusionerne, vil der være en kort beskrivelse af gruppens nye og reviderede helhedsforståelse på baggrund af den nye viden der er fremkommet i de respektive analyser. Det vil således tydeliggøres hvilken udvikling gruppen har haft fra de oprindelige forforståelser og til de nye og reviderede helhedsforståelser. Afslutningsvis vil vi fremhæve hvilket udgangspunkt og fokus, gruppen har fået, for at gå videre til næste analyse/niveau.

6.1 Analysedel 1- makroniveau

Nedenstående delanalyse vil primært tage udgangspunkt på makroniveau, men der vil være referencer til både meso- og mikroniveau. En del af denne delanalyse skal bidrage til læserens forståelse af de konsekvenser neoliberalistiske- og NPM inspirerede politiske beslutninger der er taget i Danmark i løbet af de sidste 30 år. Dette for at få en delvis forståelse for hvorfor ulighed i Danmark stiger. For at danne overblik over de politiske diskurser der er i forbindelse med at udligne social ulighed i sundhed, vil Sundhedsstyrelsens relevante forebyggelsespakker inkluderes, samt relevante love og politiske handlinger. Fordi denne delanalyse primært foregår på makroniveau og centrerer sig om politiske- og samfundsmæssige strukturer, vil begreber som NPM, NPG og samskabelse bruges aktivt. Dertil vil specialets fremfundne data inkluderes i forhold til at undersøge om de organisatoriske rammer i FAMKO viser NPM og NPG-tendenser, eller i så fald hvordan de adskiller sig derfra. Dette for blandt andet at kunne konkludere hvad FAMKO lykkes med, hvordan de lykkes med det, hvilke handlemuligheder det giver medarbejderne og hvad familierne oplever at få ud af deltagelse i projektet. Endeligt skal denne delanalyse indgå i en

vurdering omkring hvorvidt FAMKO, inden for de organisatoriske rammer de har skabt samt de handlemuligheder som medarbejderne har, kan være med til at udligne social ulighed i sundhed for målgruppen.

Denne delanalyse skal bidrage med en besvarelse af problemformuleringens første del: **Hvilke styringsmekanismer har betydning for hvordan der arbejdes med social ulighed i sundhed i Danmark? Hvordan har disse indflydelse på rammerne i FAMKO (...)**

Der kan ikke herske megen tvivl om, hvorvidt og i hvilken grad neoliberalisme og NPM har vundet indpas i dansk politik i løbet af de sidste 30-40 år, ej heller at det har medført flere konsekvenser for blandt andet social- og sundhedssystemet.

Konsekvenser af neoliberalisme og NPM

I dette afsnit vil nogle af de konsekvenser som NPM har haft for samfundet fremhæves, samt nogle politiske diskurser og tiltag der er iværksat for at imødekomme disse konsekvenser. For at kunne analysere hvorvidt de organisatoriske rammer i FAMKO bærer præg af neoliberalistiske, NPM eller NPG-tendenser eller om FAMKO kunne være et modsvar herpå, vil empirien inkluderes i kommende afsnit.

En styringstrend indenfor NPM er procedurebeskrivelser der bestemmer hvordan medarbejdere skal håndtere og agere i bestemte situationer (Borup Jensen & Krogstrup, 2017). Denne trend kan synes problematisk på flere måder, blandt andet dét at staten ikke alene stiller krav til resultater, men nu også bestemmer de performancekriterier hvori resultaterne skal måles (Ibid.). Derudover kan der sættes spørgsmålstejn ved, hvorvidt disse procedurebeskrivelser fratager medarbejderen deres faglighed og autonomi. Projektlederen fra FAMKO fortæller således i forhold til hvordan deres medarbejdere skal håndtere situationer med familierne:

I FAMKO, der har vi givet dem helt frie hænder. Det de skal arbejde med, det er det der giver mening i familien, så det er også noget af det de giver udtryk for at de er rigtig glade for. At vi giver dem tillid til, at de sammen med familien finder ud af hvad der er vigtigt at arbejde med. (Nanna, projektleder i FAMKO)

Ovenstående citat tyder ikke på at NPM-tendensen om f.eks. procedurebeskrivelser er en integreret del af FAMKO. Fordi dokumentationspligt, i en NPM-tankegang skal bruges til at effektivisere arbejdet, fandt gruppen det interessant at spørge projektlederen om, hvordan FAMKO

bliver "målt på målene", fordi medarbejderen ikke skal dokumentere deres arbejde med familierne; " (...) Og med medarbejderne er det noget med arbejdsglæde og trivsel og i sidste ende noget fastholdelse – altså bliver vores medarbejdere hos os fordi de er glade for at arbejde med det her" (Nanna, projektleder i FAMKO). Som det fremgår af dette citat, bliver FAMKO målt på deres medarbejders trivsel og arbejdsglæde. Denne form for måling bærer ikke præg af resultat- og performance målinger som bruges indenfor NPM.

NPM-tendenser som præstations- og resultatmålinger kan have den konsekvens, at medarbejdere i den offentlige sektor bliver demotiveret, og at produktiviteten i sidste ende vil falde. Desuden, findes der ikke forskningsresultater der beviser, at NPM rent faktisk gør hvad den lover – nemlig at øge effektiviteten og forbedre produktiviteten (Borup Jensen & Krogstrup, 2017). Vi spurgte de to familiebehandlere om deres motivation for at arbejde i FAMKO og om de var glade for deres job, og de svarede som følger.

Yrsa: Det kan godt være, at vi er ved at være nogle gamle piger, men vi brænder virkelig for det.

Bodil: Jeg har svært ved at se hvad ellers jeg skulle.

Yrsa: Dét har jeg også (Yrsa & Bodil, familiebehandlere i FAMKO).

Tendensen her vidner umiddelbart ikke om en demotivation hos medarbejderne, snarere tværtimod. Ingen af dem kan forestille sig at arbejde andetsteds. Hvorvidt denne tilfredshed skyldes, at de f.eks. ikke har dokumentationspligt er uvis, men det antages, at den tid der normalt bliver brugt til dokumentation, i stedet bliver brugt på familien, hvilket jf. ovenstående citat fra Nanna, tyder på at medarbejderne er glade for. Dokumentationspligt og dermed fravær af resultatmåling, som man kan argumentere for er en NPM-tendens, er ikke synlig her.

Sideløbende med NPMs indpas i Danmark, er en såkaldt evidensbølge ved at etablere sig, hvilket betyder at evidensbaseret viden skal ligge til grund for planlægning af velfærdsydelser samt flere politiske formuleringer (Borup Jensen & Krogstrup, 2017). Forklaringen er, at videnskabelig dokumenteret viden om f.eks. sammenhæng mellem indsats og effekt, vil øge effektiviteten og nedbringe omkostningerne i den offentlige sektor (Ibid.). Sundhedspersonalet er f.eks. underlagt krav om dokumentation jf. journalføringsbekendtgørelsen (Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler, 2021, § 5). Derudover findes Offentlighedsloven, hvor § 15

indbefatter krav om dokumentation hos offentlige myndigheder (Bekendtgørelse af offentlighed i forvaltningen, 2020, § 15). Det antages at kommunale sagsbehandlere bruger 80% af deres tid på registrering og dokumentation, blandt andet fordi Socialministeriet op til flere gange har strammet kravene for, hvad der skal dokumenteres (Allentoft, 2016). Som fremhævet tidligere i denne analyse har familiebehandlere i FAMKO ikke samme pligt til at dokumentere deres arbejde – de har, jf. projektlederen, frie hænder til at bruge tiden sammen med familierne. Den tid som medarbejdere andre steder i den offentlige sektor bruger på papirarbejde, kan medarbejderne i FAMKO f.eks. bruge på at handle hurtigt, hvis der opstår udfordringer hos familierne. En sundhedsplejerske fra FAMKO beskriver således.

(...) før i tiden, der skulle der først en undersøgelse til, som kunne tage flere måneder, og så kom der først en familiebehandler eller os på, når barnet var født. Hvor nu går vi jo bare i gang før de har født, og de har sagt ja til at deltage i projektet, så er vi på dagen efter. Og det er faktisk noget af det jeg synes er aller, aller bedst, fordi dét at komme tidligt i gang, det betyder bare alt (Sara, sundhedsplejerske i FAMKO).

Udover at medarbejderne i FAMKO kan intervenere hurtigt, fordi den tidlige indsats starter allerede i graviditetsuge 20, så antages det at fraværet af dokumentationspligt ligeledes spiller en rolle i forhold til at have den fornødne tid til at sætte ind hvor det er nødvendigt. Sara fortæller, at før i tiden kunne der gå flere måneder før en familiebehandler kunne kobles på familien. Denne udtalelse kan muligvis henvise til hendes arbejdsliv før hendes ansættelse i FAMKO, hvor der med stor sandsynlighed ikke har været samme forudsætninger for, hverken at kunne intervenere hurtigt, eller være frataget dokumentationskravet.

På den politiske scene fylder afbureaukratisering af det offentlige også meget, og det har det gjort siden 1983, hvor danskerne med jævne mellemrum har fået varslet et opgør med love og regler i den offentlige sektor (Ejlertsen, 2022). Senest har Statsminister Mette Frederiksen sat fokus på at bureaukratiseringen har taget overhånd, og at hun er ” (...) klar til at rydde bordet for regler og love. Der er tid til at starte forfra” (Ejlertsen, 2022). Regeringens reformprogram *Danmark kan mere 3*, fremlægger et regelstop, som betyder at når én regel laves, skal en anden slettes. Regeringen vil med dette reformprogram gøre op med 10 års stigende bureaukrati (Regeringen, 2022). Selvom intentionerne er til stede, tydeliggøres kompleksiteten af at rulle bureaukratiet

tilbage i en analyse lavet af CEPOS i 2022, som viser at nuværende regering har øget den statslige regelmængde med omkring 320.000 ord om året, siden Mette Frederiksen og Socialdemokratiet har siddet på regeringen i Danmark (Herby, 2022). I tidsskriftet Politik, underbygger en undersøgelse lavet på fem danske kommuner, at resultatstyring i kommunerne ikke er under afvikling, snarere tværtimod (Østergaard Poulsen et al., u.å.). Nedenstående citat fra projektlederen, vidner om at FAMKO ikke benytter sig af resultatbaseret styring, da hun ikke faktisk kan forklare faldet af gravide med et alkohol- og misbrugsforbrug fra 2015 og til i dag.

Og jeg vil sige at vi tror, at det arbejde vi har gjort, har gjort en forskel, men noget af det vi konkret ser, som vi ikke nødvendigvis kan forklare. Men vi tror på at FAMKO har gjort en forskel og det er, at tilbage i 2015, så var der måske 15-20 gravide om året, som havde forbrug af alkohol og rusmidler, og som vi var bekendt med, havde et forbrug, og i dag er det antal 2 til 3 gravide” (Nanna, projektleder i FAMKO).

Hun er dog overbevist om, at FAMKO har gjort en forskel, hun kan bare ikke forklare faldet med evidens. Men er det nødvendigt at kunne forklare et så forbløffende fald af gravide med alkohol- og misbrug med tal? Er det ikke nok, at kunne konstatere faldet? Et NPM-svar kunne være, at et evidensbaseret svar vil kunne bruges til at effektivisere og at resultaterne muligvis vil kunne overføres til andre forvaltninger eller andre kommuner. Man kan dog argumentere for, at alene dét at FAMKO har sparet kommunen for de omkostninger der normalt følger med at have 15-20 gravide med et forbrug af alkohol og rusmidler om året, er en NPM-tendens jf. formålet om at levere store outputs for færrest mulige midler (Borup Jensen & Krogstrup, 2017).

Sammenligningen med NPM stopper dog hurtigt, da projektlederen ikke kan forklare faldet af gravide, og i et NPM-perspektiv, vil en sådan forklaring kunne dokumenteres med evidens.

Endnu en konsekvens af neoliberalisme og NPM er siloopdeling, hvilket kommer fra NPM's fokus på at decentralisere beslutningsprocesser (Healy, 2014). At decentralisere beslutningsprocesser kan sammenlignes med at opdele en stor virksomhed i mindre dele, hvilket i vores samfund blandt andet kommer til udtryk ved de mange forskellige instanser og et højspecialiseret sundhedsvæsen med mange separate afdelinger. I store organisationer, som f.eks. sundhedsvæsenet, er der ofte tydelige arbejdsfordelinger og ansvarsområder, hvorfor der er et stort behov for samarbejde mellem professioner og enheder (Juul Hansen, 2016). Med andre ord, så stiller det store krav til

tværprofessionelt samarbejde. Der forekommer en klar tendens i vores empiri, at det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde spiller en vigtig rolle i forbindelse med blandt andet arbejdsglæde hos medarbejderne og hvordan FAMKO generelt fungerer. Hvad det indebærer, og hvordan FAMKO får samarbejdet på tværs til at fungere, skyldes ifølge projektlederen det gode samarbejde og det hun kalder for relationel koordinering.

Dengang brugte vi ikke det ord, man i dag er det, der hedder relationel koordinering, altså betydningen af at man simpelthen kender hinanden personligt, at det gør, at man er bedre til at løse sine arbejdsopgaver. Og det er det, vi hører fra de medarbejdere, som sad med allerede i 2015. De har næsten været sammen i 8 år omkring den her opgave, og man kan mærke, når man samler de der personer, så bliver der en helt særlig energi, fordi de er så glade for hinanden og for at kunne mødes på tværs af sektorerne, fordi de er så vigtige for hinanden, for at man kan lykkes med de her familier her (Nanna, projektleder i FAMKO).

Det at medarbejderne kender hinanden personligt, er glade for hinanden og for at kunne mødes på tværs, resonerer ikke med NPM, med derimod en arbejdsform fri fra NPM. De organisatoriske rammer for FAMKO, kunne derimod tyde på en styringsform der læner sig mere op af NPG-paradigmet. Nedenstående citat tyder på en høj grad af tillid imellem medarbejderne på tværs af sektorerne

Jeg tror det er lidt unikt det der med, at vi lægger det over til jordemødrene fordi de er de første der møder de her familier. De skal vurdere hvad familien har behov for, og så læner vi os 100% op af deres vurdering. Hvor normalt ville man måske skulle henvise til en kommune, og så skulle kommunen have noget indsigt i hvad der sker i familien, og så kunne vi vurdere, hvad vil vi gerne give dem et tilbud. Der læner vi også meget op af jordemødrenes vurdering. Og jeg synes noget af det, som jeg virkelig godt kan lide ved FAMKO og som jeg synes er helt vildt vigtigt (Nanna, projektleder i FAMKO).

Fordi tillid er en central mekanisme inden for NPG på mikroniveau, er det nærliggende at argumenterer for at FAMKO arbejder ind i en NPG-tankegang jf. ovenstående citat. Udover graden af tillid og at den fremhæves i citatet som værende unik i forhold til at lykkes med familierne, så pointerer projektlederen ligeledes hvordan arbejdsgangen normalt fungerer. Dermed hentydes til

samme problematik som en sundhedsplejerske tidligere formulerede, at der normalt vil gå relativt lang tid fra en underretning til et tilbud.

Adspurgt om hvilke udfordringer FAMKO har oplevet i forbindelse med det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde, svarer projektlederen: "Og så er der helt lavpraktisk alle mulige udfordringer i, at vores systemer, der ikke taler sammen (...) Så på den måde; vi har ikke noget fælles system, hvor man kan tale sammen på tværs" (Nanna, projektleder i FAMKO). Et af sundhedslovens krav til sundhedsvæsenet er sammenhæng mellem ydelser, og en væsentlig del af udfordringen for at kunne sikre denne sammenhæng, er dårlig kommunikation mellem sektorerne (Bekendtgørelse af sundhedsloven, 2022, §2, Høgsgaard, 2016). Der udtrykkes ligefrem tvivl om hvorvidt det overhovedet er muligt at sikre denne sammenhæng, under de vilkår og betingelser der er i dag (Høgsgaard, 2016). Her er der en sammenhæng mellem FAMKO og andre forvaltninger, at der er en udfordring med kommunikation sektorerne i mellem. Forskellen ligger dog i, at FAMKO-medarbejderne får det til at fungere, givetvis fordi de har en gensidig respekt og tillid til hinanden, noget som påpeges må være tilstede, hvis samarbejde og kommunikation skal fungere (Ibid.). I denne forbindelse, oplever projektlederen siloopdeling, som en potentiel konsekvens af NPM, men har formået, ved hjælp af kernebegreberne tillid og samarbejde fra NPG, at lykkes med tværsektorielt samarbejde i FAMKO.

Om danske politikere ved, at ovenstående neoliberalistiske, politiske tiltag har medført konsekvenser for det danske samfund, er uvist. Dog er det tydeligt, at politikerne ved hvad der skal til for, f.eks. at sikre flere borgere flere gode og sunde leveår. Ligeledes ved de hvordan dette skal lykkes, nemlig på tværs af kommuner, regioner og staten (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, u.å.). Alle disse svar findes på Indenrigs- og Sundhedsministeriets hjemmeside, under 11 forskellige forebyggelsespakker. Under børneområdet og den forebyggelsespakke der hedder *Mental sundhed*, fremgår det at: "Kommunen tilrettelægger en målrettet indsats, fx fra sundhedsplejersken, for at støtte sårbare og socialt udsatte familier med fokus på en tidlig, familieorienteret indsats for at sikre familiens og dermed barnets sundhed, udvikling og trivsel" (Indenrigs- og sundhedsministeriet, u.å.).

Ovenstående citat tyder på, at politikerne er bekendt med den forskning der viser, at en tidlig indsats spiller en stor rolle for barnets videre sundhed, udvikling og trivsel. Der opstår dog flere problematikker i forbindelse med dette citat. For det første er det ikke udspecificeret hvornår den

tidlige indsats skal påbegyndes, ergo må det være op til den enkelte kommune at afgøre. Dette leder hen til næste udfordring. Ifølge citatet ligger ansvaret hos kommunen, og som nævnt tidligere, fremgår det på Indenrigs- og Sundhedsministeriets hjemmeside, at ansvaret må og skal gå på tværs af kommune, region og stat. Igen tyder det på, at de enkelte kommuner og regioner har ansvaret for at få samarbejdet til at fungere. Da alle regioner og kommuner i Danmark er forskellige, og derfor har forskellige udfordringer, må det antages at prioritering af tidlig indsats for sårbare gravide og deres familier ser meget forskellig ud på tværs af Danmark. Dette kommenterer projektleder Nanna på, i forbindelse med et spørgsmål om hvorfor ikke alle kommuner/regioner i Danmark har samme tilbud.

(...) det der er det komplekse i det her for os, og for familieomsorg og for alle, det er at alle kommuner er organiseret på forskellige måder. Der er ingen der har den samme struktur som vi har i vores kommune, så der er ingen der bare kan tage det vi laver og så sige, det gør vi præcis det samme (Nanna, projektleder i FAMKO).

Ovenstående citat underbygger de store forskelle der er på tværs af kommuner i Danmark, og dermed også hvor forskellige tilbud der findes til samme målgruppe, sårbare gravide og deres familier. I 2012 udgav Sundhedsstyrelsen en pjece specifikt henvendt til kommuner i Danmark, som direkte går på hvad kommunerne kan gøre for at udligne social ulighed i sundhed. Som noget af det første i denne pjece nævnes at social ulighed i sundhed grundlægges i fosterstadiet, og at en tidlig indsats allerede i graviditeten og i spædbarnsperioden er én af de væsentligste faktorer for at imødekomme social ulighed i sundhed (Sundhedsstyrelsen, 2012). Dette er ikke ny viden, og store mængder evidens peger på netop dette. Som det næste i pjecen lægges der vægt på det faktum, at sundhedsvæsenet ikke alene kan adressere social ulighed i sundhed, men at det for det første kræver en fælles ansvarsfordeling på tværs af kommunale forvaltninger, men endnu vigtigere, anerkendelsen af at en tværsektoriel indsats er nødvendig og at dette kræver politisk prioritering (Ibid.). Jf. næste citat, tyder det på, at FAMKO har taget sundhedsstyrelsens pointer til sig: "Så der er helt sikkert en gensidig vilje på medarbejderniveau og på lederniveau og på chefniveau, og egentlig også politisk et stykke af vejen, som skal være på plads for at man kan lykkes med det her" (Nanna, projektleder i FAMKO). Ydermere vidner denne udtalelse om, at projektleder Nanna er enig i sundhedsstyrelsens råd om, at et fælles ansvar, velvilje og politisk opbakning er en nødvendighed. Læser man længere ned i pjecen, udfoldes hvad der menes med tidlig indsats og

hvad kommunen kan gøre, og her kan man argumentere for at der opstår et potentielt problem. Sundhedsstyrelsen nævner at kommunen skal sikre, at alle nyfødte får besøg af en sundhedsplejerske inden barnet er syv dage gammelt, og at der skal rettes særlig opmærksomhed mod at nå socialt udsatte og ressourcetsvage familier (Ibid.). Når dette speciale omtaler ovenstående som et problem, så henvises der til tidligere problematik omkring det faktum, at det er op til den enkelte kommune/region at indrette deres indsats, at alle kommuner er forskellige, med forskellige ressourcer og udfordringer. Dette understreger at det er forskellige indsatser der tilbydes kommuner og regioner imellem, og man må ligeledes antage at de respektive regioners og kommuners økonomi er afgørende for hvilke indsatser der tilbydes.

FAMKO i fremtiden

Indtil nu har FAMKO fungeret som et frivilligt og forebyggende projekt, som ikke har haft krav om dokumentation: "familierne har været anonyme" (Bodil, familiebehandler i FAMKO). Pr. 1. januar 2023, er FAMKO overgået til lov om social service §11 stk. 3, og dermed indtræder Offentlighedsloves §15 om krav om dokumentation, og vil derfor medvirke til at FAMKO som minimum ændres på denne front (Bekendtgørelse af lov om social service, 2022, §11, Bekendtgørelse af lov om offentlighed i forvaltningen, 2020, §15). Der bliver altså fremover pålagt medarbejderne et vis krav om dokumentation. Denne delanalyse har gentagne gange fremanalyseret, at begreber som tillid og relationer har stor betydning for medarbejdere, projektledere og måden FAMKO lykkes på. Man kan overveje hvorvidt der fortsat vil være tid til at skabe tillidsfulde relationer mellem medarbejderne og familierne, når kravet om dokumentation skal spille en større rolle i praksis. Jf. tidligere eksempel vedrørende socialrådgivere og at det estimeres at de bruger 80% af deres tid på registrering og dokumentation. Som en sundhedsplejerske påpeger, kan endnu en bekymring være forbundet med at FAMKO nu bliver en §11 stk. 3: "Det er jo der, der kan være en bekymring for om de (familierne) så vil trække sig, fordi det så bliver en paragraf" (Sara, sundhedsplejerske i FAMKO). Sara udtrykker bekymring for om familierne vil trække sig fra FAMKO, nu hvor det ligner en klassisk foranstaltning fremfor et frivilligt tilbud.

Fra delforståelse til ny og revideret helhedsforståelse

På baggrund af delanalyse 1, som med neoliberalisme, NPM og NPG bidrager til en forståelse af politiske beslutninger samt dertilhørende konsekvenser, står gruppen tilbage med en ny

helhedsforståelse af genstandsfeltet. I afsnit 2.0, listede gruppen flere forforståelser op, som vi gik ind i specialet med, blandt andet:

- De offentlige tilbud i sundhedsvæsenet forringes gradvist i takt med at neoliberalistiske tendenser bliver stadig mere styrende.
- Muligheder for ekstra tilbud afhænger af den kommune man bor i.

Løbende i delanalyse 1, har vi udviklet vores forforståelse om at neoliberalistiske tendenser er tiltagende styrende, blandt andet ved at opnå forståelse for hvorfor det er sådan, dette ved et historisk tilbageblik på flere politiske beslutninger. Dertil er vi efterladt med en revideret helhedsforståelse af, at konsekvenserne af neoliberalisme og NPM har stor indflydelse på den måde som offentligt ansatte arbejder, samt hvordan FAMKO har skabt nogle rammer, hvor neoliberalisme og NPM ikke er dominerende. Vi har ydermere opnået en ny helhedsforståelse for hvor komplekst det er, at overføre FAMKO fra en kommune til en anden, for det første fordi ingen kommuner er ens, og for det andet fordi mange af de elementer som ligger til grund for at FAMKO fungerer, ikke er målbare værdier.

Med ovenstående revideret helhedsforståelse, fortsætter vi i næste delanalyse, og undersøger hvordan FAMKO-medarbejderne arbejder med at udligne social ulighed i sundhed for sårbare gravide, inden for de organisatoriske rammer. Dertil hvordan deres tilgang kan have indflydelse på udviklingsmulighederne.

Delkonklusion 1

Ovenstående analyse konkluderer at flere politiske handlinger siden 1990'erne har givet grobund for at neoliberalisme og NPM har vundet indpas i dansk politik. Ydermere konkludere denne analyse, at både neoliberalisme og NPM har haft konsekvenser som udlicitering, procedurebeskrivelser, resultatbaseret styring, siloopdeling mv, og har medvirket til demotivering og lav produktivitet hos medarbejdere i den offentlige sektor.

Delanalyse 1 fremhæver og konkluderer kompleksiteten af flere politiske intentioner som f.eks. tilbagerulning af bureaukrati, samt udligning af ulighed i sundhed gennem forebyggelsespakker, overfor hvad der sker i praksis, f.eks. udefinerbare krav om hvordan kommuner og regioner i Danmark skal hjælpe sårbare gravide og deres familier.

Denne analyse konkluderer at NPM-tendenser ikke er tydelige i FAMKO, da centrale mekanismer i NPM som nævnt ovenfor, ikke tydeligt kan fremanalysedes i empirien. Derimod ses flere elementer fra NPG, såsom tillid, samskabelse og en involvering af flere aktører. Om det er fravær af NPM styringsmekanismer, fravær af dokumentationskravet eller om det er den høje grad af tillid blandt medarbejderne og velvilje fra ledere, og til dels politikkerne, der giver glade og tilfredse medarbejdere, samt et projekt der lykkes med familierne, er uvist.

6.2 Analysedel 2-mesoniveau

På baggrund af foregående analyse vil vi i det følgende se nærmere på, hvordan sociale problemer løses i praksis, inden for styringsmekanismernes rammer, herunder hvordan praksis og handlinger i interaktionen mellem aktørerne i det sociale arbejdes felt, relaterer sig til strukturelle vilkår. For at få en forståelse af dette, har vi i det følgende valgt at lave en analyse, ud fra Bourdieus analytiske begreber om felt, doxa og symbolsk vold, som vi mener er interessante og relevante at anvende i netop denne delanalyse og på den måde besvare den del af problemformuleringen der lyder, (...) **hvordan har styringsmekanismernes rammer indflydelse på rammerne og tilgangen i FAMKO.**

Felt og Doxa i FAMKO

I følgende delanalyse søges det overordnede felt i FAMKO fremhævet, ud fra Bourdieus begreber om felt og doxa. Dette gøres med henblik på at undersøge det sociale- og sundhedsfaglige felt frontmedarbejderne arbejder under, for dermed at opnå en forståelse af hvilke styringsmekanismer der danner grundlag for FAMKO, og hvilke handlerum medarbejderne har.

Sundhedsstyrelsen er den øverste, sundhedsfaglige, offentlige myndighed i Danmark, som bistår og rådgiver sundhedsministeren og andre statslige, regionale og kommunale myndigheder. Herved kan sundhedspolitikken ses som en installation af statslig ideologi, som influerer samfundet, befolkningen og stort set alle organisationer (Mik-Meyer & Villadsen, 2007). Sundhedsstyrelsen er i den henseende magtfuld, hvis anbefalinger, strategier og forebyggelsespakker rammer bredt. Ud fra Bourdieus begreb om felt, kendetegnes et felt ved at være et afgrænset område, hvori der ligger regler og forskrifter som påvirker de aktører der befinder sig i feltet (Ibid.).

Regioner og kommuner i sundhedslovens §§ 203-205, pålægges at koordinere indsatsen i forhold

til børn og unge i samarbejdsaftaler (Region Syddanmark, 2018, Bekendtgørelse om sundhedsloven, 2022, §§203-205). Region Syddanmark har i deres samarbejdsaftale sat rammen omkring det tværsektorielle samarbejde vedrørende sårbare gravide. Samarbejdsaftalen for sårbare gravide og definitionen af målgruppen tager udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens *Anbefalinger for svangreomsorgen* (Sundhedsstyrelsen, 2013). FAMKO udspringer af Sundhedsaftalen i Region Syddanmark, og kan således ses som et felt, underlagt det overordnede, sundhedsfaglige felt. Her forsøger man i praksis at løse det socialt anerkendte problem, som sårbare gravide udgør i samfundet, og ønsker at hjælpe gravide og sikre udvikling i familien gennem en tidlig, frivillig og forebyggende indsats (Vive, 2021).

Projektbeskrivelsen for FAMKO afspejler familiernes fælles udgangspunkt for at modtage tilbuddet om det udvidede, tværsektorielle samarbejde, nemlig at de er en del af Familieambulatoriet for sårbare gravide via Odense Universitetshospital. Her er de tilknyttet, grundet Sundhedsstyrelsens fire definitioner af svangreomsorg og vurderet placeret på niveau 3 eller niveau 4. På niveau 3 indplaceres gravide med "psykologiske/psykiatriske problemer" og "svære sociale problemstillinger". På niveau 4 indplaceres gravide med "svære psykiske/psykiatriske lidelser" og "alvorlig social belastning" (Sundhedsstyrelsen, 2013). Særligt anbefalingerne om niveaudeling og tværfagligt samarbejde præger samarbejdsaftalen, som er udarbejdet med henblik på: "at sikre den gravide den nødvendige støtte og omsorg i forhold til såvel obstetriske/fysiske/somatiske som sociale og psykiske risikofaktorer" (Region Syddanmark, 2018, s. 5).

I Bourdieus begreb om felt kan underfelterne sundhedsfeltet, og det sociale arbejdes felt placeres herunder FAMKO. Aktørerne i disse felter navigerer under de forskrifter og implicite regler disse to felter ligger under. Her skabes de overordnede, strukturelle rammer der operer i FAMKO, og man kan på den måde anskue, at feltets regler om den gravides psykosociale problemstillinger, danner baggrund for at familierne visiteres til det udvidede, tværsektorielle samarbejde i FAMKO, hvis de samtykker. Vurderingen af behov for intervention varetages af sundhedsfagligt personale, ved den første samtale i Familieambulatoriet hvor der laves en individuel vurdering af familiens samlede udfordringer, psykosociale problemstillinger og ressourcer ift. behov. Denne vurdering anvendes til at afgøre, hvad familierne skal tilbydes af støtte gennem FAMKO. Rent praktisk får differentieringen betydning for, om den gravide tilbydes sundhedsplejerske, når de vurderes placeret på niveau 3 eller om de tilbydes familiebehandler, når de vurderes placeret på niveau 4. Differentieringen af de

gravide som er i målgruppe for FAMKO, vurderes af fagpersonerne, og en familiebehandler udtrykker det således.

Men jeg synes meget af det, det er bekymrende opvækst hvor de (forældrene) har haft noget tilknytningssvigt af den ene eller den anden forældre, eller noget overgreb, eller ikke nødvendigvis seksuelle overgreb, men svigt og vold og psykisk vold, det er der ret meget af. Og andre der egentlig fungerer rigtig, rigtig fint, men så har de nogle psykiske sårbarheder, som måske er inden for de fire vægge, og så får de (familieambulatoriet) øje på dem (Bodil, familiebehandler i FAMKO).

Det sociale felt i FAMKO tydeliggøres således i Sundhedsstyrelsens differentiering, og citatet omkring psykisk sårbarhed og bekymrende opvækst. I forlængelse heraf, og ifølge Bourdieu, er her altså tale om objektive strukturelle forhold, der ikke sættes spørgsmålstegn ved, hvilket kan betegnes som feltets doxa. Det er de styrende, uomtvistelige sandheder i Sundhedsstyrelsen, og dermed de regler der er gældende i feltet, herved bliver det ikke gjort til diskussion, om vi skal intervenere og hjælpe sårbare gravide, men hvordan vi gør det bedst. I mange tilfælde er doxa så naturlige for aktørerne i feltet, at de underkaster sig dem ganske frivilligt. Man vil her kunne argumentere for at anerkendelsen af at sårbare gravide er et socialt problem, er udsprunget fra og indlejret i statslige institutioner f.eks. social- og sundhedsstyrelserne (Ejrnæs og Monrad, 2017). Det er aktørernes faglige vurdering ud fra doxa i deres faglighed, sammenholdt med doxa i feltet, der ligger til grund for visitationen og dermed er afgørende for hvilke tilbud familierne får. FAMKO-medarbejderne fremstår således som en legitim og autoritær aktør i det sociale arbejdes felt. Derudover kan ovenstående udtalelse også ses som et eksempel på de gravides habitus. Habitus beskrives som den internaliserede erfaring der stammer fra de elementer man har med sig fra sin opvækst, herunder socioøkonomisk baggrund, skolegang mm. Under habitus ligger implicit de kapitalformer man har med sig, økonomisk, kulturel og social (Mik-Meyer & Villadsen, 2007). De gravides perspektiv på verden, og de kapitaler de går ind i feltet med, kan således være afgørende for hvilke forudsætninger de har i det respektive felt.

Som vi fandt i foregående afsnit, kan Sundhedsstyrelsens differentiering af svangreomsorgen og forebyggelsespakkerne forekomme som det dominerende og universelle synspunkt. I forlængelse heraf, er det derfor ikke til diskussion, at sårbare gravide skal hjælpes når de har behovet, feltets doxa. Denne logik udspringer af politiske diskurser om, at sårbare gravide udgør et socialt problem

i samfundet, som ofte sidestilles med store økonomiske omkostninger til følge. Dette kan anskues som en NPM-tendens, og dermed et styringsredskab, som blev berørt i delanalyse 1. Når sårbare gravide anskues ud fra dette perspektiv, legitimerer det derfor en statslig intervention (Mik-Meyer, 2007). Feltets doxa udspringer af anerkendte sociale problemer, som ifølge Bourdieu, opstår i samspil mellem aktører og strukturelle forhold, som lovgivning, økonomi, tilbud i kommunalt og regionalt regi samt de forventninger man har til aktører (Ibid.). Man kan således sige, at det felt FAMKO opererer under, er påvirket af doxa fra strukturelle forhold, men også doxa der ligger i faglige vurderinger i de forskellige faggrupper i FAMKO.

I ovenstående blev det fremhævet, hvordan det sociale arbejdes felt i FAMKO ligger under for doxa, der implicit er dikteret af Sundhedsstyrelsen. I det følgende, vil vi gennem analyse se på hvordan sociale problemer forsøges løst i praksis. Dette forsøges både ud fra hvordan FAMKO-medarbejdernes handlingsmuligheder er under feltet og doxa og hvordan familierne selekteres. For at gøre dette, har vi valgt at udfolde begrebet doxa yderligere, samt inddrage Bourdieus begreb om symbolsk vold.

Selektering, magtkampe og symbolsk vold

De interviewede fagpersoner fremhæver, at det særlige ved FAMKO handler om, at det er en frivillig indsats, hvor familierne har indflydelse på hvad de mener de har behov for hjælp til. At det er en frivillig og forebyggende indsats, afspejler sig eksempelvis i fraværet af handleplaner, mål og delmål. Dette ses som et eksempel på at NPM-tendenser ikke er styrende i denne henseende. Med andre ord er der intet forpligtet samarbejde med myndighedssagsbehandlere, hvilket særligt familiebehandlerne oplever en positiv respons på fra familierne, når de fortæller om konceptet og tilbuddene i FAMKO: "Og det er faktisk noget de reagerer på *"nåårh, så er det ikke så slemt"*. Der er ingen socialrådgiver, der sidder bagved og puster med nogle mål og at vi skal opnå nogle resultater" (Yrsa, Familiebehandler i FAMKO). "Vi (familiebehandlerne) har ingen skriftlighed. Det eneste vi skrev ned, det var det her tilknytningsinterview og ting jeg skal huske til mig selv" (Bodil, Familiebehandler i FAMKO). Disse citater afspejler et udgangspunkt hos familierne, hvori der kan være tale om en implicit frygt for et samarbejde med det sociale system. Dette kan ses ved at nogle familier kan have betænkeligheder, når de vurderes som målgruppe for FAMKO, hvilket nedstående udtalelse underbygger.

Det er jo fuldstændig reelt det jeg siger, men det er ofte at de har lidt barriererne oppe og siger *"Det er kommunen"* (...) hvor socialrådgiveren eller jordemoderen har siddet med dem på OUH og de siger *"at det der, det har vi ikke lyst til"*, men når de så får fortalt lidt mere om det, så bliver de blødt op (Bodil, Familiebehandler i FAMKO).

Det er også tit der vi siger *"Vi prøver med FAMKO først"*. Dem har jeg haft nogle stykker af. Hvor de tænker *"hvad vil du – kommer du for at fjerne vores barn?"*, men hurtigt får vi lagt de her barrierer ned (Yrsa, Familiebehandler i FAMKO).

Som udtalelserne fra familiebehandlerne udtrykker, så får de ofte succes med at nedbryde de barrierer familierne kan have for at modtage hjælp og støtte. Ovenstående citater indikerer, at de fagprofessionelle i samarbejde med familierne har en gensidig indflydelse på feltet, idet indsatsen tager udgangspunkt i hvad familien selv oplever at have brug for støtte til. Hermed ses, at doxa i FAMKO ikke udelukkende udspringer fra det overordnede, sundhedsfelt, men at doxa i feltet også påvirkes af aktørerne. Dette kan ses som den magtkamp, der ifølge Bourdieu, udspiller sig mellem individer og grupper, indenfor et felt. Magtkampene udspiller sig både diskursivt, med henvisning til de overordnede rammer udstukket af Sundhedsstyrelsen, og i praksis, herunder at det er frivilligt, og familierne selv vælger at deltage, og har mulighed for at have indflydelse (Harder & Nissen, 2011). I dette tilfælde kan den habitus og de kapitalformer aktørerne har med ind i feltet, være afgørende for magtfordelingen i feltet. På den måde kan kapitalformerne være med til at positionere aktørerne, hvor fagpersonerne med deres uddannelser og underkastelse af doxa fra Sundhedsstyrelsen, har en stærkere position end f.eks. personer uden erfaring på sundhedsområdet. FAMKO-medarbejderne kan således tilskrives en stærkere magt i feltet, ud fra deres habitus, kapitalformer og doxa hvilket gør magtkampen i feltet ulige (Mik-Meyer & Villadsen, 2007). I forlængelse heraf kan tilliden til fagpersoner og den relationelle betydning, sandsynligvis være afgørende for om familierne frivilligt underkaster sig doxa og magtkampen, og *tør* at sige ja til et frivilligt samarbejde med FAMKO. Dette udfoldes yderligere, senere i analysen. Udtalelsen *"Vi prøver med FAMKO først"* indikerer, at deltagelse i FAMKO ikke giver nogen garanti for, hvorvidt der bliver underrettet til de sociale myndigheder, med udarbejdelse af en børnefagligundersøgelse til

følge, senere i forløbet. De faglige overvejelser der ligger til grund for om der skal laves en underretning, foretages enten individuelt eller sammen med kollegaer, hvilket nedenstående udtalelser viser.

Og så der er jo hele tiden det der skisma – det har jeg i hvert fald siddet meget med i mine familier, altså skal der laves en underretning eller skal der ikke. Er de for dårlige til at være i FAMKO? Laver jeg for meget terapeutisk familiearbejde til at de kan være i projektet eller skal jeg lave en underretning, så de får en familiebehandler på (Yrsa, Familiebehandler i FAMKO).

(...) fordi jeg kender familien fra uge 20, altså jeg kan jo fornemme det med det samme, så er jeg måske allerede anden gang jeg taler med dem begyndt at tale med dem om ”*ved i hvad, vi har faktisk i kommunen familiebehandling og måske kan det blive sådan en som mig eller en af mine søde kollegaer (...) jeg kan være vejen ind til at der bliver lavet en underretning og at I så får familiebehandling, for jeg vurderer faktisk som fagperson, at I måske har brug for noget mere, hvad tænker I om det?*”. Og der er vi faktisk rigtig mange der lykkes med, at få familiebehandling på rigtig tidligt. (...) Ja, og det siger de frivilligt ja til (Yrsa, Familiebehandler i FAMKO).

Ovenstående citater viser, at tilliden og relationen mellem aktørerne, kan have et positivt afsæt i familierne, og evt. en genvej til en kommunal indsats hvis det skønnes nødvendigt. Derudover ses det at FAMKO kan fungere som brobygger til en mere specialiseret indsats, ud fra den enkelte families behov, hvis FAMKO vurderes ikke at være tilstrækkelig. Dette ses i deres egne overvejelser om, hvorvidt der gives for meget terapeutisk familiebehandling og i de faglige sparringer, de fagprofessionelle imellem. Igen ses, at de fagprofessionelle har stor indflydelse på feltet og dermed doxa i FAMKO, i forbindelse med visitationen, den reelle indsats og intervention ift. familiens behov. Vi finder i vores data ikke noget der indikerer at familierne fravælger FAMKO når de først er tilknyttet, hvilket kan tyde på at familierne underkaster sig doxa der afspejles i de samfundsmæssige diskurser, om at sårbare gravide skal modtage hjælp. Det kan dog også være et tegn på, at der reelt gennem FAMKO, og den tillidsfulde relation der er opbygget, er mulighed for at den enkelte familie kan få en målrettet støtte og hjælp, og dermed mulighed for udvikling.

Nogle gange kan vejen ind til FAMKO dog blive besværliggjort af formålet med indsatsen, idet det er en frivillig indsats. Familierne kan derfor selektere sig selv og takke nej til deltagelse.

Sundhedsplejerskerne oplever nogle gange, at den gravide siger nej tak til indsatsen, trods de er vurderet til at være i målgruppen. De oplever at den gravide ikke ser sig selv som værende sårbar og føler sig stemplet, når fagpersoner fortæller om FAMKO, hvilket nedenstående citater indikerer.

Men nogle gange kræver det lidt, at familierne siger ja til nogle af de her ting, fordi de ikke altid heller synes at de er sårbare, eller at de har brug for det, så det er den der tillid vi hele tiden arbejder med- og ydmyghed overfor deres bekymringer (Mette, Sundhedsplejerske i FAMKO).

(...) ja, det ville være fint for hende at blive tilknyttet FAMKO, fordi den tilknytning hun havde til barnet var truet og ikke så veludviklet eller positiv. Og hun var meget afstandtagende overfor det, fordi hun følte sig meget udsat og ingen måtte vide noget. Og så var jeg der en gang til og vi talte igen om FAMKO. Så var hun inde om aftenen og læse om FAMKO og så skrev hun til mig næste formiddag at det projekt ville de i hvert fald ikke være med i, fordi at så udsatte var de i hvert fald ikke og de skulle ikke også sidde på den gang, med alle de socialt sårbare og narkomanerne. Og det var en akademisk familie hvor alting var i orden til første barn. Så det er ikke altid nemt (Sara, Sundhedsplejerske i FAMKO).

Citaterne viser hvordan sundhedsplejerskerne oplever, at nogle gravide føler sig stemplet og ikke ser sig selv som sårbare eller udsatte, og på den måde gør modstand mod feltets doxa. Man kan ligeledes forestille sig at dette kan være et eksempel på at den habitus og de kapitalformer man tager med ind i feltet, er afgørende for hvilken magtposition man har. I det sidste citat ses dette ved at FAMKO fravælges, fordi der er tale om en akademisk familie, som ikke vil underkaste sig doxa om at være sårbare, og have behov for særlig støtte for at undgå at der vil blive vanskeligheder med tilknytningen mellem mor og barn, og varetagelse af barnets tarv. Netop på baggrund af deres habitus, og dermed magt i feltet, er de i stand til at tage kampen op og takke nej til indsatsen. Således kan nogle gravide, børn og familier blive fastholdt i social- og sundhedsmæssig ulighed, ved ikke at modtage støtte med mulighed for udvikling. Yderligere ser vi i empirien, at tidligere erfaringer i at modtage hjælp eller blive stemplet, potentielt kan medføre en modstand mod at samarbejde med fagprofessionelle, hvilket nedenstående udgør to forskellige eksempler på.

Men det tror jeg da, er derfor at folk der har haft systemet inde på livet tit sagde nej til tilbuddet. Fordi de er bange for hvad vi kan finde på. Så er de da bekymrede hvis det er, at vi vil få meget med dem at gøre (Sara, Sundhedsplejerske i FAMKO).

Men samtidig har jeg lige haft en sygeplejerske inde, før det her møde. Hun har ikke lyst til at tale om det og vil heller ikke kunne fortælle nogen om, at hun får medicin imod angst. Så hun synes det er tabubelagt og føler at det burde hun kunne klare sig bedre (Mette, Sundhedsplejerske i FAMKO).

Som det første citat afspejler, kan det i praksis medføre at den gravide kan fastholdes i sin sårbarhed, idet der er risiko for at hun siger nej til tilbuddet, og dermed ingen støtte modtager. Dette sker naturligvis kun i de tilfælde, hvor der på screeningstidspunktet ikke er bekymring nok til en underretning.

Udfordringerne i at modtage hjælp, tage medicin, tale om sine problemer mm. kan være forbundet med stor skam, hvilket det andet citat indikerer. Man kan forestille sig, at det at være psykisk sårbar, i dette tilfælde med angstproblematikker, ikke taler ind i de samfundsmæssige diskurser og doxa der ligger i hvordan man er en rigtig gravid, mor eller rigtig sygeplejerske. Denne udtalelse kan dermed også ses som et eksempel på den kompleksitet forskellige doxa udspiller sig i, under forskellige felter. I forlængelse heraf, kan det ses som et eksempel på hvordan sociale problemer opstår og håndteres i samfundet (Bourdieu & Wacquant, 1996). Man kan ligeledes overveje, om det kan få konsekvenser for sårbare gravide i forhold til den sociale ulighed i sundhed, hvis motivationen for at lade sig intervenere og til at italesætte sine udfordringer ikke er der.

Nedenstående citater afspejler ifølge informanterne, familiernes motivation for at tage imod indsatsen: "Og når vi så fortæller om den har NBO (Newborn Behavior Observation) – Det er de så interesseret i. For de vil jo det bedste for deres barn og gøre det bedste de kan" (Yrsa, familiebehandler i FAMKO).

Fordi, de ved jo godt at de har nogle udfordringer, langt de fleste af dem. Jeg tror næsten at jeg kan sige at 99, nej, jeg skal ikke sætte nogle procenter på, men det er langt de fleste af dem, der har psykiske udfordringer (Bodil, familiebehandler i FAMKO).

Citaterne indikerer, at familierne kan udvise samarbejdsvilje overfor frivillig deltagelse i FAMKO og opleves som motiverede for at blive hjulpet. Det fremhæves, at de fleste godt ved, at de har nogle

udfordringer, og samtidig har et ønske om det bedste for deres børn.

Udtalelserne kan beskrive, hvordan de gravide underkaster sig den dominerende position i de sociale- og sundhedsfaglige indlejrede sandheder, doxa. De gravide der frivilligt er en del af FAMKO, underkaster sig således doxa i feltet, og deres eventuelle tidligere modstand mod at samarbejde er underlegen, de kan vise deres sårbarhed og at de har brug for hjælp. Det afspejles også i FAMKO-medarbejdernes ageren i FAMKO. Deres vurderinger af hvad der er behov for i de forskellige familier, og hvorvidt der skal laves underretninger, giver FAMKO-medarbejderne en magtfuld position i feltet. På den måde underkaster FAMKO-medarbejderne sig ligeledes doxa, og vedkender sig denne magtfulde position. Igen kan det her anskues, som den habitus de respektive aktører har med sig ind i feltet. Derudover kan man også forestille sig, at de familier der underkaster sig doxa og takker ja, er villige til at befinde sig i magtkampen, og dermed udvide deres kapitalformer, med støtte fra FAMKO.

De gravide søger at indordne sig en udvikling der er foreskrevet af denne doxa, og på den måde ville dette, ifølge Bourdieu, betegnes som symbolsk vold, uden at det for nogen af aktørerne i feltet opleves som vold. Den symbolske vold kan kun opretholdes, så længe den opfattes som legitim af aktørerne (Mik-Meyer & Villadsen, 2007). I dette tilfælde kan familierne se volden som legitim og underkaste sig den, fordi den rummer udviklingspotentiale og nye handlemuligheder. Familierne kan have et håb om, at der gennem FAMKO kan ske en positiv udvikling, så der ikke vil være behov for en kommunal foranstaltning og herved bliver de gravide aktivt medvirkende til at indordne sig doxa, og den symbolske vold. Hermed kan de implicit være med til at bidrage til deres egen undertrykkelse, dog uden at dette opfattes undertrykkende, idet doxa i FAMKO indlejres som nye sandheder, og de opfattes som legitime aktører i feltet så længe de underkaster sig doxa. Hvis der gennem indsatsen derimod ikke sker den ønskede udvikling, de frasiger sig tilbuddet eller ikke underkaster sig doxa, kan det potentielt medføre en reproduktion af social ulighed med undertrykkelse, idet de derved kan anskues som illegitime aktører i feltet.

Med baggrund i de gravides sociale- og socioøkonomiske ophav, kan man forestille sig, at en del af målgruppen for FAMKO ikke tidligere har haft handlemulighederne til at bryde med undertrykkelsen af dem (Bourdieu & Wacquant, 1996). Som følge heraf, kan der gennem opbygning af ressourcer i den tillidskabende og anerkendende relation, potentielt ske en udvikling inden for feltet, som bidrager til udligning af ulighed og undertrykkelse i andre felter, som

målgruppen i FAMKO agerer i.

På den anden side kan doxa i feltet også være afgørende for de sociale problemer, FAMKO ikke kan rumme. Dette afspejles i nedenstående udtalelser:

Vi har jo ikke de der rusmidler overhovedet. Jeg ved ikke hvor de har gjort af dem. Jeg tror de er gode til at fange dem i stofbehandlingen. Vi har haft rigtig mange misbrugere der blev forældre, men vi ser dem ikke mere. Jo, så kan de have et sidemisbrug, hvor far er misbruger, men det er en helt anden behandling og familiebehandling (Yrsa, Familiebehandler i FAMKO).

Ah, men, hvis det er en meget social tung familie og der er en meget stor indsats i forvejen, så kan det måske være endnu mere forvirrende, at der kommer en partner og fagperson mere ind, så det er hele tiden med indblik i, hvad er det at denne her familie har brug for. Det er i hvert fald sværere, når der er flere på (Mette, Sundhedsplejerske i FAMKO).

Af ovenstående kan udledes, at FAMKO ikke kan rumme problematikker som rusmidler, idet familiebehandleren har skærpet underretningspligt når hun bliver opmærksom på, at far f.eks. har et misbrug (Bekendtgørelse af lov om social service, 2022, §153). Samtidig udtrykker hun, at de ikke har "*de der rusmidler*", hvilket kan ses som endnu et udtryk for selektionen i FAMKO. Det siger derudover også noget om felt og doxa, idet Odense kommune og Familieambulatoriet har haft et særligt samarbejde i det sociale arbejdes felt om sårbare gravide siden 2013, under doxa at der skulle ydes en ekstra indsats i at nedbringe antallet af misbrugsfamilier (Mik-Meyer & Villadsen, 2007). Dengang var der ca. 20 misbrugsfamilier om året, og dette tal er nu reduceret til ca. 3 om året (Vive, 2021). At den type problemstillinger ikke længere er en del af målgruppen for FAMKO, men noget de fagprofessionelle skal underrette om, kan også ses som et udtryk for at denne problematik hører under et andet felt, idet: "grænserne for et felt ligger dér, hvor feltets virkning ophører" (Mik-Meyer & Villadsen, 2007, s. 73). De fagprofessionelle vurderer, at der er behov for en mere specialiseret indsats, et andet felt, hvilket indikerer at FAMKO ikke i alle tilfælde kan være et alternativ til en forebyggende, kommunal indsats.

I forhold til selektering, tilbydes FAMKO ikke kun de tungeste familier. Dette italesættes af en sundhedsplejerske, når hun fortæller om kendetegn ved målgruppen, gennem følgende to citater: " (...) de er ligesom os andre. Det kunne være dig og mig der var i projektet. Det kunne være socialt udsatte og ufaglærte" (Mette, Sundhedsplejerske i FAMKO).

Jeg synes at nogle af de familier vi har tilknyttet, hvor der ikke er familiebehandler på, det er nogen som man kan betegne som velfungerende familier. Vi har en anæstesisygeplejerske, bankuddannede, en der læser til lærer, eller en som har haft depression eller haft en svær opvækst, dårlige forhold de har været i eller angste som du siger. Eller de har en partner som har nogle udfordringer, som belaster forholdet. Men ja det er både læger, sygeplejersker og psykologer. Og ja, jeg har faktisk en psykiater. Men ja vi har jo alle sammen sårbarheder på en eller anden måde. Der er jo nogle som gerne vil skjule dem og så er der andre som er mere åbne om dem, men jeg synes bare der er mange som gerne vil snakke om det, når man får åbnet op om det (Mette, Sundhedsplejerske i FAMKO).

Det at FAMKO tager udgangspunkt i familiernes individuelle behov, hvor de har stor indflydelse på hjælpen, kan potentielt bidrage til større trivsel i familier, hvilket en deltager i FAMKO med en dreng på 3 ½ år udtrykker på følgende måde.

Det her har jo ikke været så meget sundhedsplejersken, som det har været resten af den følelsesmæssige støtte som jeg har kunnet få. Men jeg ville stadigvæk ønske at der var mange flere der kunne få den hjælp, så ville vi nok også se langt større trivsel i familielivene (Louise, deltager i FAMKO).

Ovenstående udtalelser vidner også her, om at aktørerne i feltet har mulighed for indflydelse på feltet, der ligger udover de inklusionskriterier der er skitseret gennem doxa i Sundhedsstyrelsen. Herved kan FAMKO ses som et tilbud til mindre udsatte familier og som et eksempel på, hvordan man bedst hjælper sårbare gravide, ved at tage udgangspunkt i de individuelle behov. På den måde kan FAMKO favne bredt og ideelt være for alle, ud fra en overbevisning om at alle har deres udfordringer, også i overgangen til forælderrollen (Vive, 2021).

Udover at have psykiske sårbarheder, har en stor del af de gravide oplevet udfordringer, svigt eller traumer i deres opvækst, som øger kompleksiteten i deres problematikker, hvilket kan tænkes at stille store krav til det tværfaglige samarbejde omkring familierne. FAMKO- medarbejderne oplever at de rammer de arbejder under giver dem frihed og fleksibilitet i indsatsen, gennem metodefrihed og mulighed for at give ekstra støtte i en periode, hvor familien har behov for det. Herunder også etablere tværfaglige indsatser, hvilket opfattes som en styrke i arbejdet med udvikling hos familierne. De oplever at kunne sætte hurtigt ind, uden at skulle omkring en myndighedsperson,

som i nogle tilfælde kan forsinke processen grundet bureaukrati. Særligt sundhedsplejerskerne nyder godt af at kunne komme tidligt fra start, hvilket beskrives som følger.

(...) nu går vi jo bare i gang før de har født, og de har sagt ja til at deltage i projektet, så er vi på dagen efter. Og det er faktisk noget af det jeg synes er aller, aller bedst, fordi dét at komme tidligt i gang, det betyder bare alt (Sara, Sundhedsplejerske i FAMKO).

Som det fremgår af citatet, er det betydningsfuldt at kunne komme tidligt ind i en sårbar familie, hvilket ikke altid har været muligt, idet det ofte har været flere måneder før indsatsen har kunnet starte, og at den først blev bevilliget efter barnet var født. Dette viser hvordan NPM styring ikke ser ud til at have indflydelse på mulighederne i FAMKO, idet det bureaukratiske mellemlid springes over. Muligheden for tidlig indsats lader til at påvirke samarbejdet med familierne, fordi de kan tale om potentielle svære ting og udfordringer inden fødslen. FAMKO kommer ind i familierne, allerede i graviditetsuge 20, og derfor har de mulighed for at få en tryk relation til familien, noget de fagprofessionelle og familierne nyder godt af. Samtidig oplever de fagprofessionelle i FAMKO, at de har indflydelse på feltet og indsatsen samt at den kan tilrettes løbende, afhængigt af hvad de oplever familierne har behov for, og hvad de finder meningsfuldt og udviklingsorienteret. Dette genkendes af både familiebehandlere og sundhedsplejersker i følgende citater:

Det vi så har fundet ud af undervejs, det er at vi laver interviews og også intervention undervejs, så det bliver et lidt mere terapeutisk interview og ikke bare et spørgeskema. Der fandt vi ud af, at det var nødvendigt at intervenere indimellem, vi kunne ikke bare sidde og sige, nå det må vi tage senere, når det nu var der vi kunne tale om det (Yrsa, Familiebehandler i FAMKO).

At hvis jeg tilstrækkelig mange gange siger *"det giver ikke mening for mig at gøre det sådan og sådan, jeg vil hellere gøre det sådan og sådan"* så lytter man (ledelsen) til det, og så. Hvis jeg ikke synes det giver mening for familierne, hvis det skræmmer dem eller hvis det ikke er hensigtsmæssigt. Men det er de (ledelsen) åbne for at lytte til hele tiden (Mette, Sundhedsplejerske i FAMKO).

De to citater afspejler at de fagprofessionelle har mulighed for at påvirke det sociale arbejdes felt i FAMKO, hvilket også er beskrevet tidligere. De oplever ligeledes at have indflydelse og

medbestemmelse på familiernes forløb når de er tilknyttet FAMKO, hvilket udtrykkes igennem oplevelsen af, at ledelsen *"er åbne for at lytte hele tiden"*.

FAMKO tilpasses løbende og har gjort det siden starten i 2017, og de fagprofessionelle har haft indflydelse og været med til at udforme indsatsen. Dette er igen et udtryk for, at det sociale arbejdes felt i FAMKO påvirkes af aktørerne, hvor de har reel indflydelse på den indsats familierne får i praksis, og NPM-mekanismer træder i baggrunden, til fordel for nogle tendenser der læner sig mere ind i NPG.

De fagprofessionelle har dog ikke haft indflydelse på, at FAMKO siden januar 2023 er skiftet til et koncept, som en kommunal forebyggende foranstaltning, jf. lov om social service § 11 stk. 3, hvor kommunalbestyrelsen skal tilbyde en forebyggende indsats til familien, når det vurderes at støtten kan imødekomme barnets behov (Bekendtgørelse af lov om social service, 2022, §11). I praksis betyder det, at det vurderes tilstrækkeligt med forebyggende indsats efter servicelovens § 11 stk. 3, idet bekymringen på visitationstidspunktet vurderes at være en afgrænset problemstilling (Ibid.). Her har indsatsen til formål at forebygge et barns eller familiens vanskeligheder. Ligeledes at kvalificere beslutningsgrundlaget for den videre visitering af indsats i familien, idet: "familierne bliver registreret og vi skal lave en notits på, at de er startet op her, og lave en kort statusskrivelse efter barnets 8. leveuge, som afslutning på det der tilknytningsforløb" (Bodil, Familiebehandler i FAMKO). Både familiebehandlere og sundhedsplejerskerne er bekymrede for om det nye FAMKO-koncept vil resultere i, at færre familier vil finde FAMKO attraktivt fordi de bliver registreret i det sociale system, hvilket også indebærer dokumentation ift. indsatsens mål og delmål.

Det er jo der, der kan være en bekymring for om de (familierne) så vil trække sig, fordi det så bliver en paragraf, og de skal, der skal skrives noget. Hvor det andet jo bare har været frivilligt, og det er det jo stadigvæk, men det er på en anden måde, når det bliver en paragraf (Sara, Sundhedsplejerske i FAMKO).

Ovenstående kan tolkes som en bekymring for hvorvidt ændringen til § 11 stk. 3 kan resultere i yderligere selektion fra familiernes side. Her kunne man frygte, at familierne dermed er i risiko for ikke at få den hjælp der skal til for at der kan ske en udvikling. Deraf kan man forestille sig, at det potentielt kan bidrage til yderligere social ulighed i sundhed. Som det fremgår tidligere af

projektbeskrivelsen, følges familien indtil barnet starter i skole (Vive, 2021). Økonomien og indsatsens varighed vil ændre sig, hvilket nedenstående udtalelse underbygger.

Og lige nu, så vidt jeg har forstået, så er det faktisk kun os der er familiebehandlere der kan tilbyde det. Lige nu er der ikke nogen sundhedsplejersker, fordi det er en anden kasse, en anden forvaltning, sundhedsforvaltningen. Og det har de ikke sat penge af til. Om de kommer til det, det ved vi ikke noget om. Så derfor så skal den genforhandles omkring august. Så lige nu, der har vi det sådan, at vi ved det ikke, vi tænker, vi håber vi kan blive ved til barnet er to år, men, men så har vores chef også sagt, at vi stopper jo ikke bare. Så må der være en udfasning (Bodil, Familiebehandler i FAMKO).

Citatet kan ses som et udtryk for, at der med omstruktureringen er risiko for, at det sociale arbejdes felt i FAMKO på den måde kan blive mere påvirket af doxa fra det overordnede felt, Sundhedsstyrelsen. Her kunne man forestille sig, at økonomi og de politiske diskurser får større indflydelse på udformningen af feltet, på bekostning af aktørernes mulighed for indflydelse på feltet. Hele udformningen af det sociale arbejdes felt i FAMKO kan man således forestille sig, som det også påpeges i delanalyse 1, vil blive påvirket af NPM mekanismer, hvor det er søjleopdeling, mål og resultater der er i fokus.

Fra delforståelse til ny og revideret helhedsforståelse

Inden påbegyndelsen af delanalyse 2, havde vi på baggrund af delanalyse 1 opnået en ny helhedsforståelse for hvordan NPM og neoliberalisme præger de organisatoriske rammer som mange offentlige ansatte arbejder under, blandt andet resultat- og performance målinger, siloopdeling og fokus på effektivitet. Ydermere bestod den nye helhedsforståelse af, at FAMKO ikke viser tydelige NPM-tendenser, men snarere kernebegreber som tillid, samskabelse og samarbejde, som tyder på en NPG inspireret tilgang. Delanalyse 2 skulle bidrage til en forståelse af hvordan disse kernebegreber bliver arbejdet med i praksis og hvordan det kan fordre udvikling hos familierne. Dertil har Bourdieu bidraget med en forståelse for hvordan feltet i FAMKO er påvirket af doxa, fra forskellige steder, både overordnet, fagprofessionelt og individuelt. Igennem denne analyse og med de fund vi har fremanalyseret, står vi nu med endnu en ny helhedsforståelse af nedenstående oprindelige forforståelser:

- Offentligt ansatte er bundet af strenge regler i deres arbejde, og det går ud over kerneopgaven, borgeren.
- FAMKO er et tilbud til sårbare gravide og deres familie som har en positiv betydning for udvikling.

I denne delanalyse har vi opnået en ny helhedsforståelse af den oprindelige delforståelse af, at offentlig ansatte arbejder under rigide og strenge regler, og at det går ud over borgeren. Vores reviderede helhedsforståelse er dermed, at FAMKO-medarbejderne har stor indflydelse på rammerne for projektet, og at de derfor har gode muligheder for at arbejde med sociale problemer og dermed udligne social ulighed i sundhed for sårbare gravide. Stor indflydelse fra medarbejderne, kan medføre en opbygning og udvikling af forældrekompetencer.

Med førnævnte reviderede helhedsforståelse, bevæger vi os videre til mikroniveau, for at undersøge hvordan familierne oplever at være en del af FAMKO og den måde hvorpå medarbejderne arbejder.

Delkonklusion 2

I ovenstående analyse på meso-niveau blev det udfoldet hvordan styringsmekanismer kan sætte rammerne for det praktiske arbejde og tilgangen i FAMKO. Samtidig fandt vi, at aktørerne qua deres kapitaler, habitus og position i feltet har indflydelse på, hvordan indsatsen i FAMKO tilrettelægges og udfolder sig. Aktørerne oplever således at have indflydelse på feltet, hvorved de ligeledes har mulighed for indflydelse i doxa.

Feltet bærer således præg af en tidlig, tværfaglig og forebyggende indsats, hvor familierne og de fagprofessionelle gensidigt har stor indflydelse.

Udover rammerne for det praktiske sociale arbejde er selektionen i FAMKO også underlagt doxa i de felter FAMKO ligger under, social- og sundhedsfelterne, hvilket også afspejledes i den symbolske vold. Det er dog ikke alle gravide, der underkaster sig doxa og der er bekymring for om flere familier i det nye koncept i FAMKO, ikke ønsker at deltage.

Det fremgår af ovenstående at rammerne i FAMKO er underlagt styringsmekanismer, som er NPG-inspireret, hvor aktørerne har indflydelse på feltet og doxa. Det fremgår af analysen, at rammerne og tilgangen i FAMKO har betydning for at arbejde udviklingsorienteret med familierne.

6.3 Analysedel 3- mikroniveau

I ovenstående blev det udfoldet hvordan styringsmekanismer kan have indflydelse på rammerne for det praktiske arbejde og tilgangen i FAMKO. Herunder hvordan selektionen i FAMKO er underlagt doxa i de felter FAMKO ligger under, hvordan den symbolske vold kan ses i feltet samt at aktørerne har mulighed for indflydelse i doxa. I følgende analyseafsnit, vil vi udfolde hvordan dette kan have betydning for familierne og deres mulighed for udvikling, med udgangspunkt i interviewet med Louise. Dermed vil vi afsøge hvordan brugerperspektivet kan se ud, med henblik på besvarelse af den del af problemformuleringen der omhandler: **hvordan rammerne og tilgangen i FAMKO kan have betydning for familierne og deres mulighed for udvikling.**

Stemplet af systemet

I følgende analyse præsenteres og fremhæves uddrag fra interview med Louise, som vurderes relevante at sammenholde med Beckers stempelingsteori. Dette med henblik på at få forståelse for Louises tidligere og nuværende erfaringer i måden at blive mødt på i systemet, ud fra oplevelsen af at føle sig stemplet. Derved søges at danne en nuanceret analyse af hvilken betydning mødet kan have, i forhold til mulighed for udvikling.

For at få et indblik i Louise som person, og ikke mindst hendes sociale problemer, udfordringer og ophav, omhandler en del af de første spørgsmål i interviewet med Louise, hvordan hendes opvækst har været. Louise fortæller, at hun fik tilkendt førtidspension i starten af 20'erne og begrundet det med følgende udtalelse.

Jamen dengang havde jeg utrolig mange psykiske udfordringer. Og landede ret tidligt i det psykiatriske system, med rigtig mange indlæggelser, og rigtig lange indlæggelser. Senere hen har jeg så også fået nogle udfordringer rent fysisk, som så også bidrager til at jeg ikke kan arbejde (Louise, deltager i FAMKO).

Louise fortæller at hun havde en del psykiske udfordringer. Hun beskriver løbende i interviewet, at hendes opvækst var hård, og hun altid har haft det svært. Hun bliver spurgt ind til hvilke offentlige instanser hun har været tilknyttet, og i forhold til jobcenter, er det ikke et sted hun har været tilknyttet: " (...) men aldrig jobcenter. Fordi, altså mine diagnoser var simpelthen så tunge, at det

var ret hurtigt klart at jeg skulle ikke ud og arbejde” (Louise deltager i FAMKO). Louise betegner en opvækst, hvor hun allerede tidlig følte sig misforstået, både af sin mor og af samfundet. Til spørgsmålet om hvorvidt Louise og hendes familie fik hjælp gennem det offentlige, i løbet af hendes opvækst, svarer hun.

Ikke ret meget i min barndom. Ikke ret meget. Jeg har selvfølgelig fået nogle samtaler ved en psykolog, da jeg (...) jeg har jo altid haft det svært, også som barn, men jeg tror bare at det jeg ikke vidste, der kunne have været gavnligt at vide dengang, det var at det var ganske almindeligt, og at følelser jo ikke nødvendigvis er sygelige, men at vi alle sammen har følelser, og det er okay. Og de blev jo nok ret hurtigt gjort til noget der var en diagnose, noget der var voldsomt forkert. (Louise, deltager i FAMKO)

Udtalelserne fra Louise i denne sammenhæng vidner om en følelse af stempning. Hun anser sin situation, og sine følelser som noget der blev gjort forkert af andre, her hendes mor og psykiatrien. Hun har selvindsigt til at fremhæve at hun altid har haft det svært, at hun ikke har fået den relevante hjælp, og at hun er blevet mødt med at hun var forkert følelsesmæssigt. Samtidig udtrykker hun at hendes egen forståelse for sin situation er, at hun måske ville have haft gavn af at blive mødt af det modsatte, at blive mødt af nogen der sagde til hende at det var normalt at være følelsesmæssigt udfordret i teenageårene. Ud fra stempningsteorien, omhandler det at være afviger, bl.a. at identificere sig med afvigergrupper, i Louises tilfælde en afvigergruppe med psykiatriske diagnoser. At tilhøre denne afvigergruppe kan medføre, at man danner en følelse af at være i samme båd, og at ens perspektiver ændrer sig, måske endda begrænser sig, til de muligheder der er for at udfolde sig indenfor den specifikke afvigergruppe. I et sådant tilfælde kan det være med til at understøtte ens afvigeridentitet (Becker, 2020). Man kunne forestille sig, at hvis Louise, som hun selv efterspørger i ovenstående, var blevet mødt som noget andet, end bare et medlem af denne afvigergruppe, så ville hendes muligheder for at udvikle sig måske have set anderledes ud. Det beskrives yderligere i stempningsteorien: ”Om en handling er afvigende, afhænger altså af, hvordan andre mennesker reagerer på den” (Becker, 2020, s. 30). Hun er blevet stemplet som afviger, fordi andre har reageret sådan på hendes adfærd, og reaktionen fra de sociale og psykiatriske institutioner har muligvis været med til at fastholde hende i afvigerrollen. Dette trækkes frem, udelukkende for at fremhæve Louises egne erfaringer med systemet, og vi har intet belæg eller ønske om at stille spørgsmålstejn ved Louises faktiske, psykiatriske diagnoser.

Altså hvis jeg nu skal opsummere det helt, så vil jeg nok ønske at der var nogen der så, at man som et ungt menneske bare godt kan have det sådan rigtig svært i forhold til at finde ud af hvor man hører hjemme, hvem man er, sådan i stedet for at det hele skal være diagnose og medicin. (...) jeg ville godt have haft noget hjælp til egentlig bare måske også at vide at det var ganske almindeligt som ung, ikke at ane en dyt om hvad man vil og hvor man vil hen, og at der ikke er ret mange der har styr på det i den alder. Fordi jeg voksede jo op i et hjem hvor (...) det har ikke været den nemmeste opvækst jeg har haft heller, så jeg havde nok egentlig bare mest brug for nogen der talte med mig, og så mig, i stedet for medicinering og diagnoser (Louise, deltager i FAMKO).

Igen kan Louises udtalelser kædes sammen med stempingsteorien. Becker bemærker: "At behandle en person, som om han er generelt snarere end specifikt afvigende, bliver til en selvopfyldende profeti. Det sætter adskillelige mekanismer i gang, som sammen former den pågældende person efter det billede, folk har af ham" (Becker, 2020, s. 50). At være generelt afvigende omhandler det at blive anskuet som afvigende, og på den måde blive ekskluderet fra konventionelle, sociale grupper. Selvom afvigelsen ikke i sig selv har betydning for ens evner til at indgå i sociale grupper, så er det stempingen der kan have betydning for eksklusionen. Specifikt afvigende er af Becker eksemplificeret som værende homoseksuel, men at denne afvigelse ikke påvirker ens generelle evne eller mulighed for at blive inkluderet i sociale grupper, i hvert fald ikke så længe den ikke er kendt af omverdenen (Becker, 2020). Dette sammenfatter flere af ovenstående fund. Som nævnt kan man anskue Louise som en del af en psykiatrisk afvigergruppe. Derudover er hun erklæret førtidspensionist, hvilket også kan anskues som en afvigergruppe. Begge dele stemplinger, som kan have stor indflydelse for risiko for eksklusion. Hun ekskluderes pga. førtidspensionen fra arbejdsmarkedet, og andres syn på hende kan derved bære præg af yderligere stemping, som én der ikke bidrager til det fælles, og dermed én der ikke er en del af samfundet. Som teorien underbygger, at ved at blive stemplet og behandlet som afviger, kan det føre til yderligere afvigelse. "Når den afvigende bliver afsløret, behandles han i overensstemmelse med den folkelige diagnose af, hvorfor han er, som han er, og denne behandling kan i sig selv på samme måde frembringe yderligere afvigelse" (Becker, 2020, s. 51).

Louise efterspørger i ovenstående citat, at blive set som den hun er, og ikke som den afviger hun er blevet stemplet som. Man kan tilmed overveje, om denne stemping ifølge teorien, kan have ført til

at hun har fået det dårligere og hendes psykiske helbred dermed har udviklet sig til tunge, psykiatriske diagnoser.

Adspurgt, om hvorvidt Louise har følt sig sygeliggjort svarer hun: "Ja. Det gjorde jeg, og det har jeg også en mor der var god til. Altså hun var en ret stor grund til at det blev gjort til sygdom frem for at jeg bare havde det rigtig svært, og skulle have nogen at tale med" (Louise, deltager i FAMLO). Ydermere er Louise ikke enig i stemplingen af hendes psykiatriske udfordringer, hvilket følgende citat peger på.

(...) fordi som jeg ser det i dag, var det ikke psykiatriske diagnoser, jeg mener personligt selv at jeg har et par stykker, men altså det der står i papirerne det er skizofreni, det er bipolar, det er jo de tunge, og ingen af dem ser jeg selv at jeg har, jeg genkender dem ikke. Men ja, jeg har da haft noget depression og noget angst og selvfølgelig har jeg det et eller andet sted, men det blev til nogle tunge ting, og de kan ikke fjernes i vores samfund når man har dem, så det er det jeg synes er, det er ærgerligt. Og jeg var jo ikke så gammel. Jeg havde jo ikke engang udviklet, kan man sige, en identitet (Louise, deltager i FAMKO).

Louise beskriver således, en tung og svær periode i sit liv, og ytrer samtidig at hun ikke genkender de tunge diagnoser hun fik stillet. At disse diagnoser heller ikke bliver slettet, kan have betydning for, at stemplingen af hende følger hende, også senere gennem livet, og hun på den måde fastholdes i denne stempling.

Ovenstående favner Louises tidlige erfaringer med systemet. I det følgende vil vi berøre hvordan denne tidlige stempling følger hende videre i livet.

Da Louise blev gravid var hun psykisk stabil, og havde været det i flere år. Hun havde kontakt med sin læge, hvor hun ytrede bekymring for om hendes psykiatriske ar kunne aktiveres igen, i forbindelse med graviditet og fødsel, så det var vigtigt for hende at få etableret en ekstra støtte omkring sig. Hun tog selv initiativ til at få skabt et sikkerhedsnet under sig, hvis dette skulle være tilfældet. Til trods for at hun i nedenstående citat virker til at være bevidst om sin stempling, valgte hun alligevel at være åben omkring sin bekymring.

Så selvom det var vigtigt for mig, så var det også voldsomt svært, fordi jeg var jo bange, rigtig bange kan jeg huske. Med mine diagnoser og ting og sager, var jeg jo godt klar over at for det første, havde jeg ikke selv søgt hjælpen, så var jeg blevet fanget på et eller andet tidspunkt i

systemet, og det at jeg søgte hjælpen gjorde jo alligevel at der blev lavet sådan en underretning på mig, fordi at alene diagnoserne var nok til at det skulle undersøges om jeg kunne tage vare på et barn. Og det er voldsomt angstprovokerende når man sidder sådan der, at skulle, så. Nu så jeg ikke anden mulighed end at spille med åbne kort, og sige jamen jeg har ikke noget at skjule (Louise, deltager i FAMKO).

Vejen ind i FAMKO blev gennem familieambulatoriet på OUH, og hendes oplevelse af det første møde, viser at stemplingen fortsat var afgørende for den måde hun blev mødt på.

Det her, det var modbydeligt (...) at skulle vente på at der var nogen der ikke kender mig, der kunne vurdere om jeg kan tage vare på mit barn eller ej. Og jeg husker at det er nok også en god ting at have med i det her. Det første der skete da jeg kom på familieambulatoriet; smågravid, hormonal og meget bange. Da jeg åbnede døren og kommer ind og skal sige hej, så sidder der en socialrådgiver klar med sine papirer, og det havde jeg ikke fået noget at vide om, at der skulle sidde sådan en. Så der blev jeg dæleme godt nok vred, altså virkelig vred (Louise, deltager i FAMKO).

Louises oplevelse af at stemplingen følger hende, ses tydeligt i de to foregående citater. Hun kender sin stempling gennem tidligere møder med systemet, og hun virker til dels at have accepteret sin rolle som afviger, i og med at hun virker så bevidst om sine udfordringer. Ud fra hendes udtalelse virker det som om hun ved hvordan hun bliver set på, ved at hun bliver vurderet, og at hun føler at hendes forældreevne bliver sat under lup, pga. de papirer der ligger til grund for hendes ansøgning om hjælp. Det ses i det første af de to ovenstående citater: "(...) havde jeg ikke selv søgt hjælpen, så var jeg blevet fanget på et eller andet tidspunkt i systemet (...)".

Louise fortæller efterfølgende.

Så jeg blev chokeret og havde lyst til at bakke ud igen, sådan virkede det på mig- utroligt ked af det, fordi at jeg tænkte nu har jeg da virkelig skudt mig selv i foden. Og jeg ville bare gerne have noget hjælp (Louise, deltager i FAMKO).

Louise var i sin efterrationalisering af situationen helt med på hvorfor socialrådgiveren var til stede, men udtrykker ærgrelse over at hun ikke vidste det på forhånd, og oplevelsen understregede for hende, at hun til stadighed bliver behandlet som afviger. Til uddybelse af de førnævnte pointer, kan suppleres med Beckers ord. "Udtrykt mere generelt er pointen, at behandlingen af afvigere nægter

dem adgang til de almindelige måder at klare hverdagslivets rutiner på, som står åbne for de fleste andre mennesker” (Becker, 2020, s. 51). At Louise tidligere er stemplet som afviger, følger hende gennem livet, til trods for at hun aktuelt er i en stabil psykisk situation og har været det længe. Hun rækker ud efter hjælp, og man kan vove den påstand, at hun oplever at blive behandlet som afviger, hvorimod man kunne forestille sig, at en borger der ikke var stemplet som afviger, ikke var nødsaget til at skulle møde den tvivl på forældreveje, det lader til Louise har oplevet. Dette, selvom der kunne være tale om en borger med samme diagnoser, eller problematikker.

Anerkendelse og borgerinddragelse

I kommende delanalyse, vil empirien blive analyseret med Søren Juul og Peter Høilunds teori om anerkendelse og dømmekraft i socialt arbejde, samt Merete Monrad og Sophie Danneris’ teori om borgerinddragelse, med det formål at belyse den del af problemformuleringen der omhandler erfaringer og oplevelse af mulighed for udvikling gennem FAMKO. Disse to teorier har vi valgt at bruge fælles i analysen, idet de to teorier vurderes at kunne supplere hinanden, og på den måde bruges til at gøre analysen, og dermed besvarelsen af problemformuleringen, mere nuanceret. Det vurderes samtidig at analysen på den måde opleves mere sammenhængende for læseren.

Vi fandt i foregående analyseafsnit, gennem Beckers stemplingsteori, at Louises erfaringer med systemet bar præg af stempling. En stempling hun selv oplevede, havde fulgt hende gennem hele livet, og som også viste sig i det første møde med FAMKO.

Hvis man ser på de tidligere berørte erfaringer, i kontekst med anerkendelsesteorien, bærer Louises erfaringer mere præg af disrespekt, end anerkendelse. Hvis man ser på anerkendelse, gennem de tre former som fremstillet i teoriafsnittet, er den kærlighedsmæssige anerkendelse beskrevet som den mest elementære, og danner grundlag for at man som menneske kan udvikle selvtillid, blive i stand til at handle, kommunikere og indgå i nære sociale relationer. Disrespekt på denne anerkendelsesform, kommer ifølge anerkendelsesteorien, til udtryk som en fysisk krænkelse af kroppen (Høilund & Juul, 2015). Vores empiri omfatter ikke eksplicit hvorvidt Louise er blevet anerkendt på den kærlighedsmæssige anerkendelsesform eller udsat for fysiske overgreb, men det kan dog overvejes, om Louises selverklærede vanskelige opvækst, og en mor der har været god til at understrege der var noget galt med hende, peger i en retning af at hun har lidt et afsavn på denne anerkendelse. Det understreges ligeledes i anerkendelsesteorien, at disrespekten på denne anerkendelsesform, ikke har konsekvenser pga. den fysiske smerte, men derimod bevidstheden om

ikke at blive anerkendt der bidrager til krænkelse af ens person (Ibid.). Måden hvorpå Louise er blevet stemplet som afviger, bl.a. gennem sine psykiatriske diagnoser, anskues gennem anerkendelsesteorien, til at have ført til at hun ikke bliver anerkendt på den retlige anerkendelse. Ved manglende anerkendelse på dette område, kan man slutte at hun sandsynligvis ikke er blevet anset som et tilregneligt medlem af samfundet, hvilket kan føre til tab af selvagtelse (Ibid.). Man kan overveje om den disrespekt Louise har oplevet på dette område, ved at blive stemplet som afviger, kan have bidraget til nedbrydelse af Louises selvagtelse. Som vi fandt i ovenstående analyse, er der flere nedslag i Louises vedkendelse af sig selv som afviger. Dette ses både i hendes egen bevidsthed og behov for at skabe et sikkerhedsnet under sig, og på et tidspunkt i interviewet bruger hun selv betegnelsen "sårbar" om den gruppe hun tilhører. At have erfaringer med systemet på den måde, gennem flere år kan således ifølge anerkendelsesteorien, have haft konsekvens for Louises identitet og positive selvopfattelse. Det skal dog med rette tilføjes, at disrespekten på denne anerkendelsesform ikke lader til at have været så massiv, at Louise har mistet selvagtelsen fuldstændigt. Hun beder faktisk om hjælp i forbindelse med graviditeten, hvilket man må konkludere har rod i at hun anser sig selv som et reflekterende, værdigt menneske, der har brug for hjælp, og fortjener det.

Den sidste anerkendelsesform er den sociale. Disrespekten på denne anerkendelsesform, i forhold til Louises tidligere erfaringer med systemet, træder tydeligere frem i empirien end de to foregående anerkendelsesformer. Disrespekt på denne anerkendelsesform beskrives ifølge teorien at komme til udtryk, ved manglende værdsættelse af den man er som person, og kan have den konsekvens at nedbryde individets selvværd, og komme til udtryk ved vrede, skam og indignation (Høilund & Juul, 2015). Disse symptomer mener vi bl.a. at kunne se i måden hvorpå Louise bliver mødt i sine teenageår, hvor hun nærmest direkte efterspørger anerkendelse på hvem hun er, og ikke hendes diagnoser. At hun ville ønske der var nogen der havde talt med hende, og ikke som hun oplevede, stemplede hende som afviger, med psykiatriske diagnoser. Ligeledes ses symptomer i form af vrede og indignation over tilstedeværelsen af socialrådgiveren på familieambulatoriet i det første møde i FAMKO.

I det følgende vil Louises nuværende erfaringer med systemet blive belyst, ud fra anerkendelsesteorien og teorien om borgerinddragelse. For at anerkende en borger, og dermed undgå disrespekt i det sociale system, kræver det at borgeren er synlig for frontmedarbejderen,

som et individ med en unik personlighed (Høilund & Juul, 2015). Dette ses ligeledes i kontrast til stempingsteorien, og den foregående analyse af denne, hvor man som en borger der er stemplet som afviger, behandles som afviger. I FAMKO viser Louises erfaringer med systemet sig anderledes, end de tidligere. Louise blev tilknyttet en familiebehandler gennem FAMKO, og af denne lader det til at hun blev mødt af en anerkendelse hun ikke tidligere er blevet mødt med, i hendes erfaringer. Følgende to citater viser en tydelig forskel i Louises møde med systemet, og hvordan systemet rent faktisk kunne bruges som en konstruktiv håndsrækning i en formodet, vanskelig opgave der lå i det at blive forældre.

Så jeg brugte FAMKO rigtig meget til at gennemgå, kan man sige faldgruberne, kalder jeg dem lidt, og fik noget hjælp til at prøve og kode det om (...) og ændre min måde at handle på når vi kom i de situationer som jeg vidste ville blive svære for mig. F.eks. min ængstelighed, jeg er bare sådan lidt ængsteligt skruet sammen fra naturens side, og jeg vidste at jeg måske kunne komme dertil hvor jeg måske ville komme til at blive den lidt overbeskyttende mor, og der snakkede vi en del om det her med hvordan kan du handle i stedet for, og hvordan kan du også vælge at vende det inde i hovedet, ikke også. Og sådan nogle ting har hjulpet mig rigtig meget (Louise, deltager i FAMKO).

(...) det har været så værdifuldt at lære hende (familiebehandleren) at kende, allerede før vores søn kom til verden, fordi at vi fik opbygget en tillid der gjorde at hun bare kunne få lov til at komme tættere på, fordi det der sker, også når man får et barn, det er at man bliver meget, eller ekstra nærtagende, eller sådan beskytter sig selv og sit barn utroligt meget. Og da hun så var trådt ind allerede før, så kunne hun netop komme ind og stille nogle af de lidt trælse spørgsmål, men uden at jeg egentlig følte mig såret, eller følte behov for at skubbe hende væk (Louise, deltager i FAMKO).

Louises beskrivelse af hvordan hun bliver mødt af FAMKO-medarbejderen vidner herom, at hun bliver anerkendt på den sociale værdsættelse. Hun møder en person der får lov til at komme tættere på, også i forhold til de vanskelige emner, angiveligt fordi hun bliver anerkendt som den person hun er, ud over den stemping hun tidligere er blevet mødt med. Hun er synlig for familiebehandleren, som et individ med en unik personlighed, med værdier og kompetencer hun ikke tidligere lader til at være blevet mødt med. At familiebehandleren har været en fast støtte allerede inden barnet bliver født, har givet Louise mulighed for at få opbygget et tillidsforhold til

hende og samtidig, gennem anerkendelsesteorien, at opbygge både selvagtelse, og selvværd. Selvagtelsen igennem et anerkendende møde med familiebehandleren, fordi Louise oplever at blive behandlet som et retssubjekt, med moralsk tilregnelighed nok til at kunne tage vare på sit eget barn, trods en barsk opvækst, og psykiatrisk anamnese. Selvværdet gennem anerkendelse som et selvstændigt menneske, med respekterede værdier og evner til at være en del af samfundets fællesskab, hvor hun ikke kun ses som afviger, men rent faktisk respekteres for de kompetencer hun har som menneske og mor. Ud over anerkendelsestanken lader til at være med til at opbygge Louise som menneske, ses ligeledes elementer af borgerinddragelse, der kan tilskrives en ny og positiv erfaring med systemet. Særligt den form for borgerinddragelse der kaldes demokratisk borgerinddragelse. Denne form for borgerinddragelse handler om at borgeren selv inddrages i beslutninger om, både hvilken form for indsats der er behov for, omfanget af indsatsen og hvornår den skal iværksættes. Dette medfører en mulighed for borgeren hvad angår bl.a. samskabelse, styrkelse af borgerens stemme, ejerskab af egne problemer og legitimitet (Monrad & Danneris, 2021). I øvrigt helt i tråd med antagelsen om, at dette styrker hendes selvagtelse jf. anerkendelse i den retlige form.

I ovenstående tilfælde, er alle elementerne fra den demokratiske borgerinddragelse til stede. Louise efterspørger en hjælp, fordi hun med sin baggrund, og rolle som socialt udsat, er bekymret for hvordan det skal gå når hun bliver mor. FAMKO er frivilligt, og hun bestemmer selv at hun vil deltage. Det er hendes beslutning hvor meget hun vil deltage i tilbuddet, og hun har muligheden for, indtil barnets skolestart, at række ud og bede om hjælp når, og til hvad hun ønsker. Kontrasten imellem hvordan Louises tidligere erfaringer med systemet, og hendes oplevelse og erfaringer med FAMKO, kommer i al sin tydelighed frem i empirien, hvor hun fremstiller oplevelsen i det første møde, da socialrådgiveren var til stede og Louise følte sig overrumplet, til hendes møde med familieambulatoriet.

At man skriver til folk at der sidder en (socialrådgiver), eller måske starter ud med at hun ikke er der, og man lige møder hinanden, og så siger de, nu kommer der lige en. Hun skal lave noget arbejde, og det betyder ikke noget. Heldigvis har jeg så haft min FAMKO-person, og ligeså snart jeg mødte hende, så faldt der meget mere ro på de ting, netop fordi vi oprettede en tillid, og hun havde troen på at det kunne jeg sagtens, og sådan en har hun været for mig hele vejen i det, når der har været noget (Louise, deltager i FAMKO).

Der ses altså her en helt anden, og tilsyneladende meget mere progressiv tilgang i indsatsen i FAMKO, end i hendes tidligere erfaringer. Progressiv i den forstand, at man gennem anerkendelse i det sociale arbejde, har mulighed for at understøtte og styrke rets følelsen gennem en andens, anerkendende tro på hende som mor til sit eget barn, og dermed selvagtelsen.

En anden erfaring Louise har taget med sig, gennem sit samarbejde med FAMKO, og det anerkendende møde hun har oplevet, har været at hun rent faktisk med egne ord, implicit udtrykker en udvikling i sin sundhedsmæssige status, og dermed måske endda en hjælp til udligning af social ulighed i sundhed. Det fremhæves i spørgsmålet om hvilke egenskaber FAMKO-personen, ifølge Louise skulle besidde. Her beskriver hun følgende.

Men hun er meget skarp på både store og små problematikker. Både i parforholdet, og i hele familiedynamikken og tør at spørge kritisk ind til tingene sådan så de kan blive vendt, og så man måske kan se sin egen rolle i det. Så hun er meget skarp på det. Altså, man skal kunne holde ud at være i de svære ting, fordi der er jo ikke mange af os, altså målgruppen her, altså os der har haft et svært liv, hvor livet er en dans på roser, men altså hun tør at spørge. Og udfordre. Det har været vigtigt for mig, fordi nej, det er da ikke rart at snakke om de trælse og de svære ting og ens dårlige vaner og mønstre, men hvis man ikke kan være sammen i det, så er der jo ikke noget der ændrer sig. Så hun er rigtig god til at få tingene vendt for mig, så jeg lige tænker, er der måske noget i det her. Er jeg lige lidt stædig på det punkt? Det er godt. Altså nu, hun har lagt øre til meget, fordi mit liv har bestemt ikke været særligt let, men hun er god til at trække mine stærke sider frem også, og se mig for den jeg er i dag også, det er meget vigtigt for mig, at jeg ikke er den jeg var for 15 år siden, men det her med at møde et nyt menneske som kan se mig som jeg sidder nu. Fordi vi kan alle sammen læse ting op fra en journal og så tænke det var ikke ret godt der, men det som mange også sidder fast i, det er at vi bliver fastholdt i det vi var i dengang (Louise, deltager i FAMKO).

Og på spørgsmålet om Louises tanker om at være en del af FAMKO gennem så lang tid, svarer hun: Fordi hun har bare været en vigtig del, så når der er et eller andet, som jeg har brug for sparring til, så kan jeg lige ringe op og spørge hvad hun tænker om det, jeg har lige brug for en. Eller jeg har lige brug for et par ekstra øre til det her møde, vil du tage med? Fordi det kan da godt være vi ikke har haft brug for så meget praktisk hjælp, men rent følelsesmæssigt og udviklingsmæssigt har det

vigtigt for mig at det var trygt, at hun har været der til at tale tingene igennem (Louise, deltager i FAMKO).

I ovenstående citater er der flere elementer der synes vigtige at fremhæve, i måden hvorpå Louises erfaringer er med FAMKO, og den fordel det kan have, at FAMKO-medarbejderne har mulighed for at arbejde anerkendende og relationelt. Louise fortæller at FAMKO-medarbejderen tør være i det der er svært. På denne måde kan man forestille sig, at familiebehandleren forsøger at sætte sig i Louises sted, komme udenom stempningen af hende, og dermed målrette indsatsen. I dette tilfælde lader det til, at der åbnes op for en mulighed for at ændre situationen, i og med at hun understreger, at hvis ikke man kan være i det der er svært, er der heller ikke noget der kan ændre sig. Dermed sagt, at hvis man oplever at få støtte i den svære situation man er i, opstår muligheden for at udvikle sig, og dermed ændre negative mønstre. Louise understreger den positive oplevelse det var for hende at blive set som den hun er nu, og ikke som den hun var for 15 år siden. Samtidig har det at blive mødt på denne måde gjort, at Louise har fået hjælp til at fremhæve sine stærke sider. På den måde kan der både trækkes elementer frem i form af anerkendelse i den retlige form, og på den sociale anerkendelse. Hermed opstår der mulighed for at Louises selvagtelse og selvværd styrkes. Idet anerkendelse i form af kærlighed kommer fra nære, kærlighedsrelationer, kan der ikke konkluderes at familiebehandleren har mulighed for at påvirke denne form direkte. Omvendt, fortæller Louise, at noget af det hun har fået støtte til bl.a. har været i parforholdet og familiedynamikken. Parforholdet og andre relationer i familien er ifølge anerkendelsesteorien en del af kærlighedsmæssige forhold, og ved at få støtte og vejledning til at håndtere konflikter i disse relationer, kan FAMKO indirekte have indflydelse på en styrkelse i denne form for anerkendelse, og dermed styrke selvtilliden (Høilund & Juul, 2015). Ud over at vi tydeligt finder konkrete eksempler på anerkendende, socialt arbejde der har gunstig effekt i praksis, kan der også her fremhæves dele af borgerinddragelse i ovenstående citat. Særligt kan vi påpege samtlige dele af demokratisk borgerinddragelse, som fundet tidligere i analysen. Louise har også her mulighed for at være medbestemmende i hvad hun har brug for, til hvad og hvornår. Der lægges et medansvar over på Louise, hvor hun dermed får mulighed for at udtrykke sine behov og præferencer. I denne teoretiske udlægning af hvad der sker i den demokratiske borgerinddragelse, ligger også en respekt for borgerens egen problemforståelse, og en forståelse for at det er borgeren selv der påvirkes af de beslutninger der træffes (Monrad & Danneris, 2021). Hvis vi zoomer en lille smule ud fra

mikroniveauet, og inddrager noget af det vi fandt på mesoniveauet, så fandt vi at FAMKO-medarbejderne udtrykte et skisma, hvor de i tilfælde skal vurdere om FAMKO-indsatsen er tilstrækkelig, eller om der skal laves en underretning. Uagtet at dette er for at yde den bedste hjælp for barnet eller familien, så kan det, når en underretning kommer på tale, underminere den demokratiske borgerinddragelse, simpelthen fordi love og paragraffer foreskriver det. Der bliver talt positivt om at de underretninger der laves gennem FAMKO, er ud fra et indgående kendskab til familierne. Det kendskab danner grundlag for en faglig vurdering af, at der er brug for ekstra timer eller en anden form for støtte, og underretningerne kan være mere målrette og specifikke. Dette kan være vejen frem for mange familier, og omtales i følgende citat af én af familiebehandlerne.

(...) det gode er jo, at du har ikke har haft så mange af dem (underretninger), men det har jeg hvor jeg tænker *"hmm, det her det er simpelthen bare ikke nok"*. Og så har jeg jo, fordi jeg kender familien fra uge 20, altså jeg kan jo fornemme det med det samme, så er jeg måske allerede anden gang jeg taler med dem begyndt at tale med dem om *"Ved I hvad, vi har faktisk i kommunen familiebehandling og måske kan det blive sådan en som mig eller en af mine søde kollegaer, kunne vi hurtigt, kunne vi se tiden an, jeg kan være vejen ind til at der bliver lavet en underretning, og at I så får familiebehandling, for jeg vurderer faktisk som fagperson, at I måske har brug for noget mere, hvad tænker I om det?"*. Og der er vi faktisk rigtig mange der lykkes med, at få familiebehandling på rigtig tidligt (Yrsa, Familiebehandler i FAMKO).

Nødvendigheden af en underretning er dog ikke tilfældet med Louise, som det ser ud i skrivende stund, og det der søges fremhævet gennem FAMKO som indsats, og Louises erfaringer er, at der er fokus på at tage udgangspunkt i Louise som menneske, den hun er nu, og de udfordringer hun har behov for hjælp til, i forhold til at styrke hendes forældreegenskaber. Her kan ligeledes inddrages dele af dømmekraftbegrebet, som anerkendelsen vurderes at ligge under for i det praktiske, sociale arbejde. Teorien om anerkendelse og dømmekraft anfægter, at NPM og de politiske og økonomiske prioriteringer, gør at frontmedarbejdernes faglige skøn må vige pladsen for de regulativer institutionerne arbejder under, økonomisk og politisk. Det nævnes, at der i den institutionelle dømmekraft, ikke er plads til individer, men grupper af mennesker under bestemte kategorier (Højlund og Juul, 2015). I Louises tilfælde, som tilhører en gruppe med psykiatriske diagnoser, og/eller en socialt belastet opvækst, kunne man dermed forestille sig, ud fra et regulativt dømmekraftbegreb, at der på det grundlag allerede var blevet lavet en underretning. Det

er dog ikke tilfældet her, idet man i FAMKO ser ud til at lykkes med at prioritere plads til forebyggende arbejde gennem anerkendelse, og udgangspunkt i det enkelte menneske, hvilket kan ses i kontrast til den dømmekraft der ellers lader til at styre arbejdet i de sociale institutioner. Louise har en tillidsfuld relation med familiebehandleren, hvor hun bliver mødt med retslig og social anerkendelse, og der er dermed større råderum for det faglige, og det etiske skøn for familiebehandleren. Samarbejdet med Louise fremhæves af den familiebehandler der er tilknyttet hende, som positivt, at FAMKO vurderes tilstrækkeligt i Louises situation og en underretning derfor ikke er på tale.

(...) ligesom med Louise, så er de egentlig faldet til, og på plads i sit liv, men har haft voldsom historik. Så man ved ikke hvordan de reagerer når de bliver gravide og føder og bliver mødre. Om det er noget der bliver reaktiveret og starter igen, eller om det har lagt sig (Bodil, Familiebehandler i FAMKO).

Der laves underretninger hvis dette vurderes nødvendigt, men det vidner også om, at det indgående kendskab til familierne, og den ekstra tid og råderum FAMKO-medarbejderne har, i mange tilfælde er tilstrækkelige i forhold til nødvendigheden af en underretning. Det giver samtidig plads til den demokratiske borgerinddragelse, hvor FAMKO-familierne ofte selv takker ja til den ekstra indsats en underretning kan afføde, hvor deres egen problemforståelse inddrages, og at de bliver mødt med en forståelse for, at det er dem der ligger under den indflydelse en underretning kan betyde. At underretningerne laves på grundlag af et indgående kendskab til familien kan underbygge, at det i visse tilfælde lykkes for FAMKO, at komme omkring afvigerstemplingen, og underrette på andet, end en baggrund som afviger. Til trods for at Louise føler sig set som det menneske hun er i dag, oplever hun stadig at stemplingen som afviger følger hende.

(...) jeg kan godt sætte endnu højere forventninger til mig selv end de fleste andre mødre gør det, fordi der skal i hvert fald ikke være en plet at sætte på det, fordi jeg har nogle trælse papirer med mig. Og der er det også vigtigt at have min FAMKO-person, fordi ellers så knokler jeg mig selv ihjel altså (Louise, deltager i FAMKO).

Igen ses hvordan hun oplever at få støtte og hjælp til at udvikle sig videre som det menneske hun er nu, væk fra den stempling der følger hende. Efter eget udsagn at hun nærmest skal overkompensere i sin rolle som forælder, for at der ikke er en "plet" at sætte på hende. Hun har,

bl.a. pga. den demokratiske borgerinddragelse, haft mulighed for at iværksætte støtte fra sin FAMKO-person, til møde med børnehaven:

Hun har været med til møder i børnehaven også, når jeg har haft brug for det. Fordi han har noget- altså han er en lille basse med noget krudt i. Og der har man så lige været lidt opmærksom på hans lille krop der. Og der er hun også god til at sige; *“Ah... men han er kun 3 ½”* (Louise, deltager i FAMKO).

Det er vanskeligt ifølge dette citat, helt at afgøre hvad der er foregået med drengen i børnehaven, og hvad fagpersonerne har udtrykt bekymring omkring. Det der er lidt iøjnefaldende er, at FAMKO-medarbejderen på dette tidspunkt ser familien med flere måneders interval, og derfor ikke kan tænkes at have noget indgående indtryk af hvordan drengen agerer i sociale situationer i børnehaven. Omvendt kan man tænke, at pædagogerne, på baggrund af den stemping der er af Louise, med hendes psykiatriske anamnese og kontakt med FAMKO, reagerer hurtigere, end de ville have gjort med en familie der ikke havde samme stemping. Det der her er interessant at trække frem er, at der gennem den personlige relation mellem FAMKO-medarbejderen og familien kunne tænkes at opstå en bias, hvor den udvikling familien har gennemgået, trumfer de problemer der fortsat kan være til stede. Dette er ikke for at anfægte, hverken fagpersonerne i børnehaven, eller FAMKO-medarbejdernes vurderinger, men mere ment som et kritisk blik på en bagside af den personlige relation. Ud fra Louises udsagn, fejer FAMKO-medarbejderen bekymringen væk med ordene *“Ah- men han er kun 3 ½”*, hvilket kan skjule et evt. presserende behov drengen kunne have for ekstra støtte. Uanset hvad der er op og ned i denne konkrete situation, har børnehavepersonalet skærpet underretningspligt, hvorfor man ved behov må gå ud fra at den rette hjælp foranstalles.

Som det afsluttende, og meget rammende omkring Louises oplevelser med FAMKO, følger denne udtalelse, til spørgsmålet om hvad det vigtigste hun tager med videre.

(...) jeg tænker den største læring jeg har fået i det her har været at det er trygt. Det er trygt at stole på systemet, i hvert fald her i min situation. At det er trygt, og det vil jeg sige til alle jeg møder, at selvom det er det sværeste af det sværeste når man står der i tvivl, og skulle række hånden frem og bede om hjælp, så er det trygt at gøre. At det ikke er alle de der skrækscenarier som udspiller sig inde i hovedet der bliver til en realitet. Fordi jeg tror der er rigtig mange der ikke

gør det her, fordi de er bange. Ligesom jeg var, men det er det værd altså. Det er det (Louise, deltager i FAMKO).

Louise opsummerer virkelig rammende, hvor stor en betydning det har været for hende, at være en del af FAMKO. At der, til trods for at intet er perfekt, så alligevel synes at eksistere en indsats der formår at håndtere social udsathed med respekt, anerkendelse og tillidsfulde, menneskelige relationer, og på den måde lader til at kunne gøre en forskel for dem der vælger tilbuddet til. En indsats der har til formål at bidrage til udligning af ulighed i sundhed, og lader til måske et stykke af vejen, at lykkes med det, i hvert fald i Louises og hendes families tilfælde.

Fra delforståelse til ny og revideret helhedsforståelse

Delanalyse 3 har efterladt gruppen med endnu en ny helhedsforståelse af genstandsfeltet. Denne analyse har, i kombination mellem udvalgt teori og empiri, udviklet følgende oprindelige forforståelser:

- Sårbare gravide kan opleve stempling i det offentlige system, og derfor have dårlige erfaringer med sig.
- FAMKO er et tilbud til sårbare gravide og deres familie som har en positiv betydning for udvikling.

Analysen med teorierne om stempling, anerkendelse, dømmekraft og borgerinddragelse, har bidraget til en ny og revideret helhedsforståelse af, ikke bare at sårbare gravide kan føle sig stemplet i det offentlige system, men at det sidder som erfaringer hos Louise, som hun tog med sig ind i FAMKO. En delforståelse gruppen har gjort sig i dette afsnit er, at fordi FAMKO-medarbejderne møder Louise med anerkendelse, og mulighed for borgerinddragelse, tager Louise andre og mere positive erfaringer med sig videre. Vi står altså tilbage med en ny helhedsforståelse af, at medarbejderne i FAMKO potentielt har mulighed for at mindske Louises oplevelse af stempling, ved hjælp af en anerkendende og inddragende tilgang. Det efterlader os dermed med en forestilling om, at denne tilgang, hvor Louise bliver mødt ud fra det menneske hun er nu, har betydning for muligheden for udvikling, og dermed udligning af social ulighed i sundhed.

Delkonklusion 3

I ovenstående fandt vi, at Louises tidligere erfaringer med systemet har været præget af stempling og manglende anerkendelse. Dette har til dels fulgt hende i det tidlige møde med FAMKO, men har så ændret karakter, til en langt mindre formel og dokumentationspræget indsats. En mere anerkendende, inddragende og konstruktiv indsats, hvor hun målrettet er blevet mødt i sine problemer og støttet i det, i vejen til et bedre forældreskab.

7. Konklusion

Til besvarelse af specialets problemformulering: **Hvilke styringsmekanismer har betydning for hvordan der arbejdes med social ulighed i sundhed i Danmark? Hvordan har disse indflydelse på rammerne og tilgangen i FAMKO, og hvilken betydning har det for familierne og deres mulighed for udvikling?** kommer i det følgende en konklusion.

På baggrund af delanalyserne kan vi konkludere, at de styringsmekanismer der har betydning for hvordan der arbejdes med udligning af social ulighed i sundhed, overordnet set har baggrund i neoliberalistiske tendenser og NPM. Her fandt vi, at de økonomiske og politiske diskurser, samt resultater og bureaukrati var med til at sætte rammen for hvordan dette arbejde kunne udføres, hvilket kunne være med til at bidrage til demotivering af medarbejdere i den offentlige sektor. Udfordringerne i social ulighed i sundhed kan være vanskelige at løse i praksis, grundet udefinerbare politiske ambitioner og strategier, som er svære at implementere i landets kommuner. Vi mener således at kunne konkludere, at muligheden for at bidrage til udligning af social ulighed i sundhed, ikke åbenlyst er tilstedeværende i denne tilgang. Derimod fandt vi at muligheden for udvikling i social ulighed i sundhed kan have bedre vilkår, med NPG som styringsmekanisme. Dette med baggrund i at der i NPG fremhæves, at man ved at inddrage borgeren og gennem tværfagligt og tværsektorielt samarbejde har mulighed for samskabelse. Med et relationelt udgangspunkt og inddragelse af aktører, kan der skabes bedre betingelser for at kunne uddelegere ansvaret mellem aktører, individer og samfund.

Vi kan i tråd med ovenstående konkludere, at rammerne i FAMKO, ikke hidtil har været tydeligt styret af NPM eller neoliberalisme. Derimod fandt vi, at tilgangen i FAMKO favner de elementer der er fremhævet i NPG, hvor det tværfaglige, og tværsektorielle samarbejde vægtes højt, og den individuelle relation til familierne er afgørende for at kunne yde en målrettet indsats. På den måde kan det konkluderes, at FAMKO nærmere ligger under for de rammer der ligger i styringsmekanismen NPG. Under NPG som styringsmekanisme, kan der skabes en ramme, hvor medarbejderne i FAMKO har mulighed for at tage udgangspunkt i borgerens behov, i stedet for at være resultatstyret, med handleplaner, dokumentation og bureaukrati. Disse rammer fordrer det tværsektorielle og det tværfaglige samarbejde, som skønnes at have betydning for, om der er

mulighed for styrkelse af familiens ressourcer i et sådant omfang, at det legitimerer at der ikke er behov for yderligere støtte, og dermed skabe mulighed for udvikling. I andre tilfælde, kan FAMKO fungere som brobygger til mere specialiserede indsatser i den kommunale forvaltning. Ovenstående leder hen til yderligere at kunne konkludere, at dette kan have afgørende betydning for familierne i FAMKO, og deres mulighed for udvikling. Rammernes betydning er således afgørende for, om der kan tages udgangspunkt i den enkelte families behov, ved hjælp af en anerkendende tilgang, og borgerinddragelse. Med denne tilgang, har medarbejderne i FAMKO, mulighed for at komme udenom den stempling der kan være af familierne. Det anerkendende møde kan være med til at styrke familiernes kompetencer, og dermed fungere som forebyggende indsats, og på den måde have yderligere betydning for mulighed for udvikling og udligning af social ulighed i sundhed.

8. Litteraturliste

- Antoft, R.H & Salomonsen, H (2007). *Det kvalitative casestudium: Introduktion til en forskningsstrategi*. I M. Jakobsen, A. Jørgensen, S. Kristensen & R. Antoft, *Håndværk og horisonter: Tradition og nytænkning i kvalitativ metode*. Odense: Syddansk universitetsforlag.
- Becker, H. S. (2020) *Outsidere – Studier af afvigelsessociologi*. Hans Reitzels forlag.
- Birkler, J. (2009). *Videnskabsteori—En grundbog* (1. udgave, s. 93–116). Munksgaard Danmark.
- Bjerger, B.; Jensen, U. J. & Olsen, J (2021) *Ulighed i sundhed*. Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund, nr. 35.
- Borup Jensen, J., & Krogstrup, H. K. (2017). *Fra New Public Management til New Public Governance. I Samskabelse og Capacity Building* (s. 33–70). Hans Reitzels forlag.
- Bourdieu, P & Wacquant, L (1996). *Feltets logik og symbolsk vold i Refleksiv sociologi – mål og midler* (s. 83-126). Hans Reitzels forlag.
- Bourdieu, P (2009) Forord af Prieur, Annick i *Udkast til en praksisteori – indledt af tre studier i kabylsk etnologi* (s. 7-20). Hans Reitzels forlag.
- Bourdieu, P (2019) *Habitus and Field- General Sociology, Volume 2 (1982-1983)*. Polity Press
- Fallov, M. A, Seemann, J, Bundesen, P, Antoft, R, Larsen, N.B mf. (2013). *Pierre Bourdieu – praksis, magt og sociale skel i Sociologi i socialrådgivning og socialt arbejde* Hans Reitzels forlag.
- Gilje, N. (2017). Hermeneutik—Teori og metode. I *Kvalitativ Analyse—Syv Traditioner* (1. udgave, s. 127–152). Hans Reitzels forlag.
- Harder, M & Nissen, M. A. (2011). *Helhedssyn i socialt arbejde* (3. udgave). Akademisk forlag

Healy, K. (2016). Dominerende diskurser inden for social- og sundhedsområdet: Medicin, jura, økonomi og New Public Management. I *Socialt Arbejde i Teori og Kontekst* (2., s. 67–102). Akademisk Forlag.

Herløv Lund, H. (2015). Neoliberalisme og New Public management i Danmark. I *Deres krise—Vores løsninger* (1. udgave, s. 213–254). Solidaritet.

Høgsgaard, D. (2016). *Tværasektorielt samarbejde og kommunikation imellem sundhedsprofessionelle, når ældre patienter udskrives*. Roskilde Universitet.

Järvinen, M & Mik-Meyer, N. (2017) *Kvalitativ analyse – syv traditioner*. Hans Reitzels forlag

Juul Hansen, S. (2016). Det tværprofessionelle samarbejde. I *Professionelle i velfærdstaten* (s. 173–183). Hans Reitzels forlag.

Juul, S., & Bransholm Pedersen, K. (2012). Videnskabsteoretiske retninger og projektarbejdet. I *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori. En indføring*. (s. 399–430). Hans Reitzels forlag.

Juul, S., & Bransholm Pedersen, K. (2012). Videnskabsteoretiske retninger og projektarbejdet. I *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori. En indføring*. (s. 399–430). Hans Reitzels forlag.

Killeén, K. (2012). *Omsorgssvigt – praksis og ansvar* (4. udgave). (s.149-179). Hans Reitzels forlag

Kristiansen, S. (2017). Fortolkning, forforståelse og den hermeneutiske cirkel. I *Kvalitativ Analyse—Syv Traditioner* (1. udgave). Hans Reitzels forlag.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). Interviewvariationer. I *Interview: Introduktion til et håndværk* (s. 163–181). Hans Reitzels forlag.

Kvale, S & Brinkmann. (2015). *Interview. De kvalitative forskningsinterview som håndværk* (3. udgave). København. Hans Reitzels forlag.

Melander, P. (2014). Fremtidens samfundslederskab udfordre os alle—Det handler om kritisk refleksionsevne, social ansvarlighed og faglig etik. I *Lederskabelse i spændingsfeltet mellem staten, professionerne og borgerne* (1.). Jurist- og Økonomforbundets Forlag.

Mik-Meyer, N & Villadsen, K (2007). *Bourdieu: Felt, symbolsk vold og underkastelse i Magtens former – sociologiske perspektiver på statens møde med borgere* (s. 68-91). Hans Reitzels forlag.

Monrad, M. (2018). Tilvirkning af data. I *Forskningsmetode i Socialt Arbejde* (1., s. 107–143). Hans Reitzels forlag.

Olesen, S. P & Monrad, M. (2018). Kvalitet og kritik i *Forskningsmetode i socialt arbejde*. Hans Reitzels forlag

Pontoppidan M, Jensen, M. T, Nygaard L, Friis-Hansen M, Andersen S. F, Nøhr E. A. (2021)
Thagaard, T (2015). *Systematik og indlevelse – en indføring i kvalitativ metode*. København: Akademisk forlag.

Østergaard Poulsen, A., Bohni Nielsen, S., & Sinding Jørgensen, M. (2008). Politik. *New Public Management under ud- eller afvikling? Resultatbaseret styring i danske kommuner*, 11(1).

Internet:

Allentoft. N (2016) *Dokumentationskrav er blevet værre. Socialrådgivere* Hentet 15. maj 2023, fra <https://www.denoffentlige.dk/bloggere/ritzau-1/socialraadgivere-dokumentationskrav-er-blevet-vaerre>

Bekendtgørelse af sundhedsloven, (2022) (LBK nr 210 af 27/01/2022)
<https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2022/210>

Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.), (2018) (BEK nr 530 af 24/05/2018)
<https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2018/530>

Bekendtgørelse om lov om social service. (2022) (LBK nr. 170 af 24/01/2022)
<https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2022/170>

Bekendtgørelse om lov om offentlighed i forvaltningen. (2020) (LOV nr 606 af 12/06/2013)
<https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2013/606>

Bjerge. B, Jensen. U.J, Olsen. J (2021) *Ulighed i sundhed*, Tidsskrift for forskning i sygdom og samfund. Hentet d. 26.01.2023.
<https://www.tidsskrift.dk/sygdomogsamfund/issue/view/9494>

Danmark, EU og resten af verden. (u.å.). Hentet 30. maj 2023, fra <https://www.datatilsynet.dk/hvad-siger-reglerne/vejledning/internationalt-/danmark-eu-og-resten-af-verden>

Danmark kan mere III: Bedre uddannelser og mere velfærd. (2022). Regeringen.dk. Hentet 17. maj 2023, fra <https://www.regeringen.dk/nyheder/2022/danmark-kan-mere-iii-bedre-uddannelser-og-mere-velfaerd/>

Danmarks statistik (2022) - 52.000 børn og unge er udsatte. Hentet 23. februar, fra <https://www.dst.dk/da/Statistik/nyheder-analyser-publ/nyt/NytHtml?cid=34764>

DPU, Aarhus universitet (2021) de første 1000 dage. Tilgået 17. februar, fra <https://www.projekter.au.dk/1000dage/om-de-foerste-1000-dage>

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, VIVE. (2021)- FAMKO – Beskrivelse af de gravide ved opstart i projektet. Hentet 30. januar, fra <https://www.vive.dk/da/udgivelser/famko-beskrivelse-af-de-gravide-ved-opstart-i-projektet-17031/>

Ejlertsen. M (2022) *Regeringen vil fjerne bureaukrati for ledige: "Prøv bare"*. DM Akademikerbladet. Hentet 17. maj 2023, fra <https://www.akademikerbladet.dk/aktuelt/2022/januar/regeringen-vil-fjerne-bureaukrati-for-ledige-men-det-kan-man-ikke-bare-lige-goere>

Frederiksen, Morten; Grubb, Ane (2021) - *Den svære samskabelse: Forventninger og praksis i samarbejdet mellem kommuner og civilsamfund*. Aalborg Universitet. Hentet d. 28.01.2023 <https://www.vbn.aau.dk/en/publications/den-svære-samskabelse-forventninger-og-praksis-i-samarbejdet-mell>

Herby. J (2022). *Regelmængden er vokset fem gange hurtigere under Mette Frederiksen end under Lars Løkke Rasmussen*. (u.å.). Hentet 17. maj 2023, fra <https://cepos.dk/artikler/regelmaengden-er-vokset-fem-gange-hurtigere-under-mette-frederiksen-end-under-lars-loekke-rasmussen>

Indenrigs- og sundhedsministeriet (u.å.). *Forebyggelse*. Hentet 15. maj 2023, fra <https://sum.dk/arbejdsomraader/forebyggelse>

Region Syddanmark (2018) Samarbejdsaftale vedrørende sårbare gravide. Hentet 12. maj <https://www.regionsyddanmark.dk/media/21hoeys5/saerbare-gravide-2.pdf>

Social ulighed i Sundhed—Hvad kan kommunen gøre? (2012). Hentet 17. maj 2023, fra <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2012/social-ulighed-i-sundhed---hvad-kan-kommunen-goere>

Statens Institut for Folkesundhed, SDU (2022), *Social ulighed i børn og unges udvikling, sundhed og trivsel*. Hentet 13. marts, fra https://www.sdu.dk/da/sif/rapporter/2022/social_ulighed_boern_unge_sundhed

Statens Institut for Folkesundhed, SDU (2017) - *Ulighed i sundhed og sygdom*. Hentet 2. februar, fra <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2020/Ulighed-i-sundhed/Social-ulighed-i-sundhed-og-sygdom-tilgaengelig.ashx>

Sundhedsstyrelsen (2013) *Anbefalinger for svangreomsorgen*. Hentet 12. maj https://www.vinfo.nu/LMEDIA/Anbefalinger_for_svangreomsorgen.pdf

Sundhedsstyrelsen (2022) *De første 1000 dage - En evaluering af særligt tilrettelagte indsatser de første 1000 dage til familier i udsatte positioner i 21 kommuner*, hentet 17. februar, fra <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2022/De-foerste-1000-dage-evaluering>

Sundhedsstyrelsen (2008) *FREMME AF MENTAL SUNDHED – baggrund, begreb og determinanter*. Hentet 28. januar, fra https://www.sst.dk/da/udgivelser/2008/~/_media/D18225F86E194FCAA767C8F2FD80B374.ashx

Sundhedsstyrelsen (2020) *Indsatser mod ulighed i sundhed*. Hentet 29. januar, fra <https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2020/Indsatser-mod-ulighed>

Sundhedsstyrelsen (2022) - *Ulighed i mødet med sundhedsvæsenet* <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2020/Ulighed-i-sundhed/Indsatser-mod-ulighed-i-sundhed-tilgaengelig.ashx>