



En undersøgelse af socialt udsatte patienters oplevelser af anerkendelse og krænkelser i mødet med sygeplejersken

Kandidatuddannelsen i Socialt arbejde - Aalborg Universitet - Speciale - Marts 2015 - Forfatter Rikke
Godske Andersen - Studienummer 20121022 - Vejleder Søren Juul - Antal typeenheder 182.342

Forsidefoto af Lee Jeffries (Redigeret af Kenneth Nilsson)

Forord

Mit ønske er, at dette speciale vil bidrage til refleksion og handling, samt synliggørelse af socialt udsatte patienters oplevelser af anerkendelse og krænkelser i mødet med sygeplejersken.

Nærværende speciale var ikke blevet en realitet uden deltagelse af de fem interviewpersoner, som valgte at stå frem og fortælle om deres oplevelser i mødet med sygeplejersken – derfor en stor tak til jer!

Derudover vil jeg gerne rette en særlig tak til min kæreste, min familie, mine venner og ikke mindst mine kollegaer på Herlev Akutmodtagelse for deres uvurderlige støtte, hjælp og tålmodighed under tilblivelsen af dette speciale.

God læselyst!

Rikke Godske Andersen

København, marts 2015

Abstract

The aim of this thesis is to examine socially vulnerable patient's experiences when meeting with nurses. Existing research in this field is highly limited, since it does not specifically conduct an analysis of meetings with nurses. Therefore this thesis will conduct an elaborate examination of how those patients experience the meeting during hospitalization or outpatient treatments at a somatic hospital. As a result, the goal is to provide an answer to the following research question:

How does a socially vulnerable patient experience meeting with a nurse during hospitalization or an outpatient treatment at a somatic hospital?

This thesis I based on a critical hermeneutic scientific theoretical approach with empirical data from qualitative research from five semi-structured interviews with socially vulnerable patients. Furthermore, three videos containing stories from socially vulnerable people who have experienced meeting with nurses during hospitalization or other treatments are included. Those videos are from existing research in the field, and they are included to support the empirical data. In the analysis, the empirical data is confronted with a theoretical perspective constituted by Axel Honneth's theory of recognition. The theory of recognition is used to display socially vulnerable patient's experiences of recognition and misrecognition.

The finding of this thesis shows that socially vulnerable patients have divergent experiences in meeting with nurses. They expressed both recognition and misrecognition.

Those patients who experienced recognition expressed that nurses were involving them in every single part of their treatment. They also said that they were properly informed about their treatment and rights. The findings shows that it was highly important that nurses showed care and compassion, and met them with dignity.

On the contrary, patients experiencing misrecognition conveyed, that they felt violated by the nurse when they were left out of decision-making regarding their treatment. In relation, several patients felt that they were not being granted permission to act on their own behalf. Also the nurses made them feel like they could not do anything right. Consequently, two patients chose to leave the hospital.

In conclusion, the findings regarding both recognition and misrecognition show the same result: recognition by the nurse is essential to a good relationship between nurse and patient. As a result, recognition will help patients gaining confidence in themselves.

In cases where the nurse managed to establish a good relationship, recognition was the foundation. Oppositely, cases of misrecognition emerge when there is absence of recognition.

In relation to the findings, a discussion about the development of social work in nursing is conducted. For the sake of not making patients feel misrecognized, it is argued that nurses should be taught about how to manage socially vulnerable patients. Nurses would possibly become aware of patients' experiences of misrecognition. Accordingly, 'learning' is a cornerstone to an improved relationship between nurse and patient.

Indholdsfortegnelse

Kapitel 1 Introduktion til undersøgelsen

1.0 Introduktion	1
1.1 Indledning.....	1
1.1.1 Socialt udsatte patienter.....	3
1.1.2 Velfærdssystem og ansvar	5
1.1.3 Sygeplejerskens rolle i socialt arbejde.....	5
2.0 Problemfelt	8
2.1.1 Fælles værdier i det sociale og sundhedsmæssige arbejde med socialt udsatte	8
2.1.2 Divergerende oplevelser i mødet med sundhedsvæsenet	10
2.1.3 Projekt socialsygepleje – det gode patientforløb.....	12
2.1.4 Velfærdssamfundet ekskluderer socialt udsatte patienter	12
3.0 Afgrænsning	14
3.1 Problemformulering	15

Kapitel 2 Videnskabsteoretisk positionering

5.0 Videnskabsteoretiske overvejelser	15
5.1 Hermeneutisk positionering.....	15
5.1.0 Kritisk perspektiv	17

Kapitel 3 Undersøgelsens teori

6.0 Teoriovervejelser	20
6.1 Axel Honneth - anerkendelsesteorien.....	20
6.1.1 Tre former for anerkendelse	21

6.1.2 Tre former for krænkelse.....	24
6.2 Operationalisering af Axel Honneths tre anerkendelsesformer.....	26
<i>Operationalisering af privatsfæren</i>	27
<i>Operationalisering af den retlige sfære</i>	29
<i>Operationalisering af den solidariske sfære</i>	32

Kapitel 4 Undersøgelsens metode

7.0 Metodeovervejelser	34
7.0.1 Undersøgelsens forskningstype	34
7.0.2 Kvalitativ forskningsmetode.....	34
7.1 Det semistrukturerede interview.....	35
7.1.1 Interviewguide	35
7.1.2 Inklusions - og eksklusionskriterier.....	36
7.1.3 Overvejelser vedrørende kontakt til informanter og valg af antal informanter	37
7.1.4 Udførelsen af de semistrukturerede interviews	38
7.1.5 Transskribering	39
7.1.6 Ethiske og juridiske overvejelser.....	39
7.2 Præsentation af interviewpersoner	40
7.3 Supplerende empiri.....	40
7.4 Hermeneutisk meningsfortolkning	41

Kapitel 5 Undersøgelsens analyse

8.0 Analyse overvejelser.....	42
8.1 Analyse – del 1: Den gode relation	43
<i>Analyse - privatsfæren</i>	44
<i>Analyse – den retlige sfære</i>	46

<i>Analyse – solidarisk sfære</i>	49
8.1.1 Sammenfatning af analyse - del 1	52
8.2 Analyse - del 2: Krænkelsererfaringer	53
<i>Analyse - kropslige krænkelser</i>	53
<i>Analyse - nægtelse af rettigheder</i>	56
<i>Analyse - nedværdigelse af livsformer</i>	61
8.2.1 Sammenfatning af analyse - del 2	68
Kapitel 6 Undersøgelsens konklusion	
9.0 Konklusion	68
Kapitel 7 Perspektivering af undersøgelsens fund	
10.0 Perspektivering – <i>et læringsperspektiv</i>	72
11.0 Litteratur	75
Bilagsoversigt	

Kapitel 1 Introduktion til undersøgelsen

1.0 Introduktion

Nærværende speciale vil søge, at afdække socialt udsatte patienters oplevelser i mødet med sygeplejersken på et somatisk hospital.

Indledningsvist vil specialets undersøgelsesfelt blive præsenteret, hvilket vil omfatte en redegørelse af min grundlæggende forståelse af feltet, samt min motivation bag og formål med at undersøge socialt udsatte patienters oplevelser i mødet med sygeplejersken. Dernæst vil jeg gennem et litteraturstudie præsentere og forholde mig til et udsnit af eksisterende undersøgelser omhandlende socialt udsatte patienter og deres møde med sundhedsvæsenet. Derefter vil problemfeltet blive afgrænset og undersøgelsens problemformulering vil blive præsenteret.

1.1 Indledning

Min grundantagelse til mødet mellem den socialt udsatte patient og sygeplejersken og de oplevelser den socialt udsatte patient måtte få heraf, tager sit afsæt i en opfattelse af, at det er væsentligt for den socialt udsatte patient at blive mødt med en anerkendende tilgang. Min forforståelse er endvidere skabt ud fra oplevelser jeg har fået gennem mit virke som sygeplejerske på både en lungemedicinsk afdeling og en medicinsk akutmodtagelse. Mine oplevelser på disse to afdelinger har til stadighed været, at socialt udsatte patienter ofte mødes med fordomme, uvidenhed og manglende anerkendelse. Jeg har i mit arbejde som sygeplejerske mødt og behandlet mange indlagte socialt udsatte patienter og har i den forbindelse en forforståelse om hvordan denne gruppe patienter mødes i sundhedsvæsenet af sygeplejersken. Jeg vil i det følgende søge, at udfolde min erfaringshorisont og min forforståelse ud fra situationer der har udspillet sig på min arbejdsplads, som skal bidrage til at belyse min motivation bag denne undersøgelse.

Min forforståelse vil dermed være med til, at danne ramme om det felt der undersøges, samt måden det gribes an på.

Min grundlæggende antagelse til mødet mellem en socialt udsat patient og sygeplejersken er, at sygeplejersken som den professionelle udøver til enhver tid bør tage ansvar for hvordan

mødet forløber og herunder hvilke oplevelser den socialt udsatte patient sidder tilbage med. Min forforståelse af mødet mellem den socialt udsatte patient og sygeplejersken tager sit afsæt i, at flere sundhedsprofessionelle aktører, akademikere og politikere har holdninger til hvordan *det bedste møde* skal finde sted, hvilke procedurer der skal udføres, hvilke spørgsmål der skal stilles og hvilke tilgange der skal arbejdes ud fra. Dette kan fra mit eget synspunkt være fordelagtigt når mødet omhandler medicinsk behandling, men det er vanskeligt på samme måde, at sætte det i kasser når mødet er mellem mennesker. Der vil altid være andre eller i hvert fald flere faktorer der gør sig gældende i mødet mellem mennesker. Og i nærværende speciale vil min antagelse være, at den socialt udsatte patient kan give os afgørende viden om hvad de oplever i mødet med sygeplejersken og heraf hvordan de ønsker at blive mødt.

Min forforståelse tager endvidere afsæt i de møder jeg har oplevet mellem socialt udsatte patienter og sygeplejersken. Ved ankomsten og behandlingen af en socialt udsat patient på en somatisk afdeling har jeg ofte oplevet frustration blandt mine kollegaer. Disse frustrationer er blandt andet kommet til udtryk i udtalelser på sygeplejekontoret, som ”åh, ikke ham igen”, ”hvor er han beskidt og ulækker”, ”afrusningspatienter er så besværlige” og ”...det kan være, at min patient alligevel går fra afdelingen inden endt behandling. Og så er modtagelsen og behandlingen jo ligegyldig”. Jeg har tillige oplevet, at socialt udsatte patienter venter længere på at blive modtaget af en sygeplejerske og at de derfor behandlingsmæssigt bliver ”puttet bag i køen”. Endvidere er det mere reglen end undtagelsen, at spørgsmål til sociale problemstillinger og afdækning af andre ikke sundhedsrelaterede behov bliver udeladt af sygeplejen og at fokus fra sygeplejerskens side udelukkende beskæftiger sig med den medicinske behandling under indlæggelsen. Disse fravalg eller omprioriteringer i sygeplejen kan man sige mange ting om og til dels også skubbe skylden fra sig med argumenter som *for lidt tid* eller dårlig ledelse mm. Men uanset skyld er det stadig en realitet at disse fravalg finder sted og nærværende speciale kan være med til, at kaste lys over de oplevelser socialt udsatte patienter har i mødet med sygeplejersken.

Min forforståelse til mødet samt tilgangen i sygeplejen til den socialt udsatte patient er med til, at danne grundlag og motivation til nærværende undersøgelse.

Ud fra mine præsenterede grundlæggende antagelser bringes min teoretiske forforståelse i spil, som i relation til undersøgelsesfeltet indeholder blandt andet Axel Honneths teori om

anerkendelse, Howard S. Beckers teori om stemping og Järvinen, Larsen og Mortensens teori om magt (Honneth 2006) (Becker 2005) (Järvinen, Larsen & Mortensen 2005).

Sammenhængen mellem min forforståelse og min teoretiske referenceramme af socialt udsatte patienters oplevelser i mødet med sygeplejersken udspiller sig således, at antagelsen er at et møde med manglende anerkendelse kan resultere i stemping af den socialt udsatte patient der er i ambulant behandling eller er indlagt på et somatisk hospital. Med udgangspunkt i dette kan socialt udsatte patienter være i besiddelse af krænkelsererfaringer, som har rod i mødet med sygeplejersken. Inden for krænkelsererfaringer taler man om symptomer, som skam, indignation og vrede, der viser sig hos den der har været udsat for disrespekt (Høilund & Juul, 2005, s. 26-27). Og i henhold til dette kan man sige, at der i specialet er opstået et spændingsfelt bestående af underen og bekymring. Dette i kraft af, at sygeplejersker er ansat i deres virke til, at varetage patienters behov, sociale såvel som sundhedsrelaterede. Og det kan deraf kun skabe underen og bekymring når min grundantagelse ud fra egen erfaringshorisont er præget af et billede der viser, at sygeplejersken ikke varetager det job hun er tilskrevet.

Interessen er således, at afdække socialt udsatte patienters oplevelser i mødet med sygeplejersken med den hensigt, at klarlægge hvilken andel sygeplejersken har i socialt udsatte patienters negative oplevelser i mødet med et somatisk hospital. Socialt udsatte patienters negative oplevelser i mødet med et somatisk hospital vil blive søgt udfoldet i problemfeltet.

1.1.1 Socialt udsatte patienter

Der er ingen entydig definition på sociale problemer og udsathed, men ikke desto mindre vil jeg søge at give en redegørelse af begreberne, som de anvendes i undersøgelsen.

Betegnelsen *Socialt udsatte* anvendes i dag i undersøgelser, medier, sociale rapporter og i daglig tale, som om det er en selvfølgelighed hvad der menes hermed. At betegnelsen dækker over alkohol- og narkotikamisbrug, kriminalitet, hjemløshed og prostitution tages mere eller mindre for givet (Meeuwisse & Swärd, 2004, s.19.)

Men hvem er de socialt udsatte patienter, som indlægges på somatiske afdelinger? Socialt udsatte patienter har ofte flere belastningsfaktorer. Nogle har misbrugsproblemer af enten

alkohol og/eller euforiserende stoffer, nogle er hjemløse, fattige, handicappede, flygtninge, psykisk syge eller udenfor arbejdsmarkedet og gældende for dem alle er, at de har en eller flere somatiske sygdomme som resulterer i kontakt med et somatisk hospital. Årsagen til indlæggelsen kan være mange og årsag og symptomer behøver ikke nødvendigvis at have rod i deres sociale problemstillinger, men kombinationen af sociale problemstillinger og somatisk sygdom gør dem mere sårbare end den ”almindelige” indlæggelseskrævende patient. Dermed ikke sagt, at hvis en patient har en af ovenstående problemstillinger vil de være socialt udsatte. En handicappet patient eller en patient med psykisk sygdom kan for eksempel godt være i stand til at mestre deres sygdom i en sådan grad, at de ville føle sig stemplede af at blive kaldt socialt udsatte. Det der i sundhedsvæsenet gør sig gældende ved en socialt udsat patient er, at patienten på grund af flere sociale belastningsfaktorer ikke er i stand til, at mestre sygdom og at de ikke vil kunne leve op til det senmoderne samfunds krav om, at navigere mellem hensigtsmæssige valg og et system der er bygget op omkring autonomi og funktionsduelighed.

I nærværende speciale vil definitionen fra Rådet for Socialt Udsatte danne rammen for den videre brug af betegnelsen, da denne definition er meget lig den socialt udsatte patient der indlægges på et somatisk hospital. Rådet for Socialt Udsatte definerer det, at være socialt udsat, som en sammensætning af flere sociale problemer. Det kan blandt andet være hjemløshed, stofmisbrug, alkoholmisbrug, mennesker med psykisk sygdom, mennesker i prostitution, mennesker ramt af fattigdom eller andre og sammensatte sociale problemer, der er forbundet med social udsathed eller kan resultere i social udsathed (Rådet for Social Udsatte, 2012).

Betegnelsen *socialt udsatte* kan i anvendelsen forekomme stigmatiserende og give patienten et indtryk af ”dem” og ”os”. Jeg fastholder dog alligevel anvendelsen i nærværende speciale, da det er en anerkendt og brugbar betegnelse af de patienter der har en eller flere belastningsfaktorer som gør at de befinder sig i en grad af udsathed i relation til deres sygdom og ambulante behandling eller indlæggelse.

1.1.2 Velfærdssystem og ansvar

Et godt samfund kendetegnes ved den måde det behandler de svageste i samfundet. Det er derfor bekymrende, at socialt udsatte patienter har negative oplevelser i mødet med sundhedsvæsenet. Skandinavien har et veludbygget velfærdssystem, hvori der befinder sig offentligt definerede standarder for hvornår der findes mangeltilstande hos et menneske. I forhold til et perspektiv på velfærdssystem og placering af ansvar synes det oplagt, at inddrage den finske sociolog, Erik Allardts, behovsteori. Ifølge Allardt er det mangel på opfyldelse af behov der forhindrer et menneske i, at opnå *det gode liv* og som derved kan resultere i en mangeltilstand hos mennesket. Den behovsorienterede velfærdsforståelse bygger på menneskets behov og at disse behov tilfredsstilles. Den behovsorienterede velfærdsforståelse ser mennesket, som et samarbejdende socialt væsen med et behov for kollektive institutioner i samfundet (Allardt 1975, s. 23-35).

Ud fra en behovsorienteret velfærdsforståelse kan de problemstillinger socialt udsatte befinder sig i for eksempel være mangel på bolig, arbejde, socialt netværk og anseelse i samfundet, som kan resultere i marginalisering og stigmatisering. I Allardts behovsteori ligger ansvaret hos samfundet og ligeledes muligheden for at handle. Dette kan således sammenholdes med sygeplejerskens rolle i det sociale arbejde og andel i mangeltilstanden hos den socialt udsatte patient. Inddragelsen af denne teori i nærværende speciale fokuserer på, at hvis den socialt udsatte ikke tilbydes hjælp eller støtte eller mødet sker på en måde hvorpå givne behov ikke opfyldes, vil det resultere i en kritik af det system der har ansvaret i samfundet for at handle overfor disse mennesker. Dermed vil jeg slå fast, at sundhedssystemet bærer et ansvar for mangeltilstanden hos den socialt udsatte patient og at sygeplejersken naturligt får en del af det ansvar i det arbejde der bliver udført i mødet under indlæggelsen og behandlingen. Mangeltilstanden hos den socialt udsatte patient kan oplagt sammenholdes med manglende anerkendelse fra sygeplejersken, som er en betingelse for den socialt udsatte patients selvtillid, selvagtelse og selvværd (Honneth 2006, s.12).

1.1.3 Sygeplejerskens rolle i socialt arbejde

For at udfolde relevansen af, at afdække socialt udsatte patienters oplevelser i mødet med sygeplejersken findes det væsentligt, at afdække sygeplejerskens rolle i socialt arbejde. Endvidere findes det relevant, at udfolde sygeplejerskens rolle i det sociale arbejde, da sygeplejersken under indlæggelse af en socialt udsat patient er den primære person til, at

varetage behandling og kontakt. Det opleves sjældent, at sygeplejersken nævnes i sammenhæng med socialt arbejde og det vil i det følgende søges, at klarlægge deres andel i socialt arbejde.

Sygeplejerskens rolle i socialt arbejde udfoldes ud fra værdigrundlaget for Region hovedstadens hospitaler og uddrag af De Sygeplejeetiske retningslinjer fra Sygeplejeetisk råd, samt en præsentation af relevante sygeplejeteorier, som sygeplejersker anvender i deres virke.

Sygeplejersker som er ansat på et af Region Hovedstadens hospitaler er underlagt, at arbejde ud fra Region Hovedstadens værdigrundlag. Dette værdigrundlag består af fire følgende punkter:

1. *Vi tager hensyn til, hvem du er,*
2. *Vi træffer ingen beslutning om dig uden dig,*
3. *Vi spørger dig, fordi vi har brug for din viden,*
4. *Vi tager ansvar for sammenhæng i dit forløb* (Region Hovedstaden – koncern kommunikation 2008, s.5).

Med udgangspunkt i punkt 1 og i relation til nærværende speciale, bør sygeplejen planlægges og udføres med den socialt udsatte patient i centrum, herunder hvilke behov og hvilken støtte denne har brug for i sygeplejen for, at kunne gennemføre behandlingen. Endvidere skal sygeplejen tilrettelægges ud fra de ressourcer den socialt udsatte patient besidder eller mangel på samme. Under punkt 2 bør sygeplejersken altid sikre inddragelse af den socialt udsatte patient i behandlingen og sikre, at den information der gives først er modtaget når det er forstået af den socialt udsatte patient. Ud fra punkt 3 er det væsentligt, at sygeplejersken lytter og skaber tillid og fordrer den socialt udsatte patient til at udtrykke sig. Under punkt 4 bør sygeplejersken sikre, at den socialt udsatte patient ikke falder ned mellem to stole, dermed sagt at sygeplejerskens rolle er at formidle kontakt til relevante tilbud og sikre fortsat kontakt inden den socialt udsatte patient overgår til et andet relevant tilbud efter eventuel udskrivelse. I rapporten fra Region hovedstaden om værdigrundlaget lægges der vægt på, at sygeplejersken bør tage hånd om, yde omsorg og støtte til dem der ikke selv kan på grund af manglende ressourcer, overblik og egenomsorg (Region hovedstaden – koncern kommunikation 2008, s. 2-11).

Værdigrundlaget kan videre henføres til De Sygplejeteoretiske retningslinjer, som danner grundlag for hele sygeplejerskens virke. De pointerer ligeledes i deres indledende grundlag for retningslinjerne, at sygeplejen skal udføres uden nogen form for diskriminering af patienterne og at sygeplejersken skal yde omsorg. Endvidere skal sygeplejersken holde sig orienteret om den sociale- og sundhedspolitiske udvikling, samt deltage i debatter og varetage patientens tarv. Derudover skal sygeplejersken arbejde for prioriteringer, der sikrer en retfærdig og hensigtsmæssig ressourcefordeling og som tilgodeser og fokuserer på de grupper af patienter, der har størst behov for sygepleje (Sygeplejeteoretisk Råd 2004, punkt 2.1, 3.1 og 3.2).

Ifølge to sygeplejeteoretikere, Patricia Benner og Judith Wrubel er grundstenen i sygepleje omsorg og situationsforståelse. Med situationsforståelse mener de, at sygeplejersken skal gøre sig i stand til, at forstå situationen og deraf læse hvilke handlemuligheder og ressourcer patienten har og hvordan sygeplejersken ud fra dette bedst muligt støtter patienten. De mener, at krop og sjæl hænger sammen og det er sygeplejerskens opgave, at se hele mennesket, altså have et holistisk menneskesyn (Benner & Wrubel 1989, s. 58). Endvidere beskriver sygeplejeteoretikeren, Virginia Henderson de grundlæggende principper i sygepleje, hvoraf det fremgår, at sygeplejersken skal varetage behov indenfor de fysiske, psykiske, åndelige og sociale områder (Henderson 2004, s. 20-25). En sammenfatning af ovenstående sygeplejeteoretikere, som omhandler og tydeliggør sygeplejerskens rolle i socialt arbejde, redegør for hvorledes sygeplejerskens arbejde består i, at favne hele mennesket med dertilhørende individuelle behov og behov indenfor sociale problemstillinger. Sygeplejerskens arbejde bør bestå i, at handle og støtte den socialt udsatte patient i forhold til sociale problemer, men arbejdet kan også bestå i at lokalisere og afdække de sociale problemstillinger og formidle den rette kontakt eller hjælp til løsningerne.

Ifølge WHO dækker sundhed over fuldstændig fysisk, psykisk og socialt velbefindende og ikke kun fraværelse af sygdom eller svækkelse (WHO 1948, s. 1). Med udgangspunkt i WHO's definition på sundhed kan man argumentere for, at sygeplejersken ikke kun bør yde omsorg og støtte i forbindelse med fysisk og psykisk sygdom, men også yde omsorg i forhold til sociale problemstillinger.

Det jeg finder paradoksalt er hvor mange gode viljer der ligger bag sygeplejerskens arbejde, men som tilsyneladende ikke manifesterer sig i praksis i mødet mellem sygeplejersken og den

socialt udsatte patient. I kraft af Region Hovedstadens værdigrundlag, de Sygeplejeetiske retningslinjer og sygeplejeteoriene burde sygeplejerskerne udføre et så godt arbejde, at der ikke var noget at sætte en finger på. Men hvorfor er det så, at det tilsyneladende ikke er tilfældet. Det er i hvert fald ikke tilfældet når jeg hører mine kollegaer omtale indlagte socialt udsatte patienter, som besværelige, usamarbejdsvillige, ulækre eller spild af tid. Med afsæt i det ovenstående skal der ikke sås tvivl om, at sygeplejerskerne både i kraft af deres uddannelse og i kraft af de retningslinjer og værdigrundlag de arbejder under burde være rustet til, at møde socialt udsatte patienter med anerkendelse. Det jeg finder interessant er, at se om disse gode viljer skinner igennem i de socialt udsatte patienters oplevelser med sygeplejersken.

2.0 Problemfelt

I forbindelse med udarbejdelsen af problemfeltet er der søgt litteratur¹ til, at anskueliggøre og udfolde et udsnit af allerede eksisterende undersøgelser i relation til socialt udsatte patienters møde med et somatisk hospital, samt underbygge min indledningsvise grundantagelse. Dette er gjort med et mål om, at se feltet fra forskellige perspektiver således, at det vil muliggøre en tydelig relevans af, at undersøge feltet yderligere, samt skabe mulighed for en afgrænsning problemfeltet.

2.1.1 Fælles værdier i det sociale og sundhedsmæssige arbejde med socialt udsatte

Ifølge rapporten *Socialpolitisk grundlag* fremgår det alt for ofte, at socialt udsatte patienter oplever et negativt møde med sundhedsvæsenet, dette i kraft af den måde de bliver mødt på, samt den behandling de modtager, både rent menneskeligt, men også behandling i relation til sygdom og information om forløbet (Rådet for udsatte 2009, s. 17). Rådet for Socialt Udsatte anbefalede netop med udgangspunkt i mødet mellem socialt udsatte og social- og sundhedsvæsenet, at der skulle formuleres fælles værdier som kunne danne grundlaget i hjælpeindsatser til socialt udsatte. På baggrund af denne anbefaling blev rapporten *Fælles værdier i det sociale og sundhedsmæssige arbejde med socialt udsatte* en realitet. Rapporten tager sit afsæt i socialt udsattes negative oplevelser med social- og sundhedsvæsenet og

¹ Der er foretaget en systematisk litteratursøgning af dansk og udenlandsk litteratur på området på følgende elektroniske databaser: PUBMED, BIBSYS og European library og hjemmesiderne: www.bibliotek.dk, www.google.dk, www.rex.kb.dk og www.sygeplejersken.dk. Følgende søgeord er anvendt: sygeplejerske (og) socialt udsatte, socialt udsatte (og) indlagt, anerkendelse (og) socialt udsatte, sygepleier (og) socialt sårbare.

anvender teori om anerkendelse i socialt arbejde med henblik på, at redegøre for fælles værdier i arbejdet med socialt udsatte.

Rapporten beskæftiger sig med et bredt syn på social- og sundhedsvæsenet og herunder de negative oplevelser socialt udsatte har i mødet. I forbindelse med udarbejdelsen af rapporten, blev fem kortfilm lavet med socialt udsatte som fortæller om deres møde med social- og sundhedsvæsenet og tre af disse kortfilm vil fungere som et supplement til den indsamlede empiri i nærværende speciale. Kortfilmene og deres indhold vil senere blive præsenteret jf. *Supplerende empiri*. Kortfilmene repræsenterer et lille udsnit af socialt udsattes oplevelser og dette har også bidraget til den nysgerrighed jeg har på mødet mellem sygeplejersken og den socialt udsatte patient.

Tilblivelsen og udgivelsen af Rapporten *Fælles værdier i det sociale og sundhedsfaglige arbejde med socialt udsatte* er et skridt på vejen mod, at møde socialt udsatte med udgangspunkt i de samme fælles værdier. De grundlæggende anbefalinger der er resultat af denne rapport er baseret på en anerkendende tilgang i arbejdet med socialt udsatte og tager sit afsæt i omsorg og medmenneskelighed, åbenhed og rummelighed, ligeværdig kommunikation, ydmyghed, interesse og respekt. Anbefalingerne drejer sig således om, at fokus bør være på rettigheder, ærlig information, reelle muligheder for medinddragelse, at der handles i fortrolighed og at den socialt udsatte værdsættes og deres perspektiver synliggøres (Juil & Riiskjær 2012, s.10-11). Det jeg finder yderst problematisk er, at denne meget givtige rapport aldrig er nået praksis. I rapporten fremgår det, at repræsentanter fra blandt andet Dansk Sygeplejeråd, Lægeforeningen, Hvidovre hospital, Region Hovedstaden m.fl. har siddet med i en følgegruppe og målet med rapporten var en implementering af de fælles værdier i praksis. Ansvar for implementeringen skulle ligge hos lederne og man må sige at de har fejlet. Jeg har som sygeplejerske arbejdet på Hvidovre hospital, Psykiatrisk Center Hvidovre og Herlev Hospital og ingen af stederne er jeg blevet gjort bekendt med denne rapports eksistens. Rapportens anbefalinger anses som grundstenen i godt socialt arbejde og drages derfor ikke i tvivl. Interessen og nysgerrigheden der er opstået i kraft af denne rapport tager derfor sit afsæt i, at afdække mødet mellem den socialt udsatte patient og sygeplejersken idet rapporten ikke konkret belyser mødet eller de krænkelsererfaringer der opstår i denne relation.

2.1.2 Divergerende oplevelser i mødet med sundhedsvæsenet

Blandt socialt udsatte patienter viser der sig generelt divergerende oplevelser i mødet med sundhedsvæsenet. Oplevelser der både er præget af positive, men desværre ofte negative oplevelser. Rapporten *Dårligt liv – dårligt helbred*, som er baseret på kvalitative interviews med socialt udsatte patienter om deres oplevelser af eget helbred og mødet med sundhedsvæsenet viser, at socialt udsatte patienters mistillid til sundhedsvæsenet fylder meget og resulterer i, at de enten først henvender sig til sundhedsvæsenet i livstruende situationer eller værst af alt slet ikke henvender sig (Pedersen 2009, s. 39). I rapporten kommer socialt udsatte patienters mistillid til sundhedsvæsenet til udtryk i de kvalitative interview; ”Jeg føler mig kørt rundt i systemet”, ”Vi bliver jo alligevel ikke taget seriøst” og ”Jeg har absolut ikke tillid til systemet” (Pedersen 2009, s. 44). Det fremgår også hvordan de føler sig mødt af forskellige sundhedsprofessionelle der kommer med nedladende bemærkninger eller taler om dem indbyrdes hvor samtalerne bliver overhørt af socialt udsatte patienter; ”Du må sgu vente”, ”Det er ikke et hotel...”, ”De (sundhedsprofessionelle) lytter, men de hører ikke efter”, ”Jamen, det er bare en hjemløs” (Pedersen, 2009, s.44). Det er ikke kun måden socialt udsatte patienter føler sig talt til der giver dårlige oplevelser, men også måden hvorpå de bliver behandlet. Der er flere socialt udsatte patienter, som har oplevet forskelsbehandling og oplever, at blive sprunget over i køen til fordel for *den almindelige patient*. Et eksempel er Asgers oplevelse med et somatisk hospital;

”Den ene kirurg, da jeg lå oppe på hospitalet... da jeg kom og han så på mine ben. Så siger han: ”Jamen, det der ben, det skal jo af”. Så tog han en pincet, der var lige så lang som den her lineal, og så plantede han den sådan et stykke nede i benet på mig. ”Swap”, sagde det bare, så sad den bare sådan der. Så sagde han: ”det kan du jo godt se, det skal jo af”. Og så gik han. Og så sad den pincet bare der og vibrerede. [...] Jeg begyndte at tude. Ikke fordi, det gjorde ondt, for benet var jo fuldstændig inficeret. Du kunne stå på det, jeg kunne ikke mærke en skid. Det var ikke dét. Det var bare synet af det. Og så det der med ”det skal jo af, det kan du jo godt se” (Pedersen, 2009, s.45).

Citatet tegner et billede af Asgers dårlige oplevelse med en kirurgisk læge på et somatisk hospital. De ovenstående citater bidrager til et lille indblik i de socialt udsatte patienters oplevelser i mødet med sundhedsvæsenet. Det fremgår af rapporten, at betegnelsen *sundhedsvæsenet* dækker bredt over både egen læge, somatiske hospitaler, misbrugscentre, ambulatorier og psykiatrisk skadestue. Citaterne underbygger min forforståelse af socialt udsattes møde med somatiske hospitaler og bidrager til en nysgerrighed på, at afdække mødet mellem den socialt udsatte patient og sygeplejersken og deraf sygeplejerskens andel i socialt udsatte patienters negative oplevelser i mødet med et somatisk hospital.

Ud fra rapporten fremgår det, at socialt udsatte patienters oplevelser med sundhedsvæsenet ikke er entydige gode eller dårlige, men dette er også værd at undre sig over, hvis resultaterne sammenholdes med en undersøgelse af patienters oplevelser med sundhedsvæsenet. *Den landsdækkende undersøgelse af patientoplevelser 2013* viser at 92 % indlagte patienter og 96 % ambulante patienter har et *godt* eller *virkelig godt* indtryk af deres møde med sundhedsvæsenet (LUP 2013, s.3). Og dette er ikke umiddelbart foreneligt med socialt udsatte patienters oplevelser i mødet med sundhedsvæsenet. At socialt udsatte patienter har mistillid til sundhedsvæsenet kan have fatale konsekvenser i forhold til deres helbred. Ud fra rapporten kan det dog ikke afgøres hvilke faggrupper der bidrager til denne mistillid socialt udsatte patienter oplever. Det kan være væsentligt, at afdække hvad de sundhedsprofessionelle kan gøre for at råde bod på dette. Det kan dog kun gøres ved, at gå mere specifikt til værks i forhold til, at afdække socialt udsatte patienters oplevelser i mødet med de sundhedsprofessionelle. Man kan stille sig undrende overfor hvorfor socialt udsatte patienter har så mange *dårlige oplevelser* i mødet med sundhedsvæsenet, når der ses en signifikant del af befolkningen som har *gode oplevelser*.

De oplevelser eller krænkelsererfaringer socialt udsatte patienter besidder omhandler ofte måden de bliver mødt på og talt til. Disse oplevelser omhandler ofte det generelle møde mellem sundhedsvæsenet og den socialt udsatte patient og det vil i nærværende speciale være muligt at afdække mødet mellem den socialt udsatte patient og sygeplejersken og deres andel i socialt udsatte patienters negative oplevelser.

2.1.3 Projekt socialsygepleje – det gode patientforløb

Projektet *Projekt socialsygepleje – det gode patientforløb* startede i 2010, hvor to sygeplejersker blev ansat på to af Region Hovedstadens hospitaler for, at støtte den socialt udsatte patient, som er indlagt eller modtager anden behandling på et somatisk hospital. Socialsygeplejerskernes opgaver består blandt andet i koordinering med de sociale hjælpeindsatser i kommunerne, støtte til socialt udsatte patienter med henblik på gennemførelse af behandlingen og samarbejde med sygeplejerskerne i sengeafsnittene og ambulatorierne (Bünes 2009, s. 1-6). Projektet blev i 2012 gjort permanent, da evalueringen af projektet viste øget patienttilfredshed blandt socialt udsatte patienter. Der er i skrivende stund ansat socialsygeplejersker på alle somatiske hospitaler i Region Hovedstaden, som et permanent tilbud. Projektet blev søsat netop fordi socialt udsatte patienters hovedproblemer, de sociale problemer, ikke blev varetaget godt nok under behandlingen.

Socialsygeplejerskernes arbejde opleves ofte uundværligt i behandlingen af socialt udsatte patienter og tiltaget har fået mange rosende ord med på vejen, både af socialt udsatte patienter og af sygeplejerskerne i afsnittene og i ambulatorierne. Men springer vi over hvor gærdet er lavest? Kan socialsygeplejerskerne sørge for, at de socialt udsatte patienter besidder færre krænkelseserfaringer? Disse spørgsmål er en hel undersøgelse i sig selv, men bidrager til refleksion over den behandling socialt udsatte patienter oplever. Socialsygeplejerskerne fungerer på tværs af alle afdelingerne og de har derfor ikke mulighed for, at være ved den socialt udsatte patient under hele forløbet og ej heller være med i modtagelsen eller varetage den medicinske behandling. Det vurderes derfor relevant, at se på de oplevelser socialt udsatte patienter har i mødet med sygeplejerskerne i afdelingerne, da deres relation vurderes som betydningsfuldt for de oplevelser den socialt udsatte patient efterlades med.

2.1.4 Velfærdssamfundet ekskluderer socialt udsatte patienter

I det følgende vil der tages udgangspunkt i rapporten *Socialpolitisk grundlag* fra 2009 med henblik på, at udfolde et udsnit af faktorer, som kan spille ind i mødet mellem den socialt udsatte patient og sygeplejersken.

Ifølge rapporten, som er udgivet af Rådet for Socialt Udsatte, har vores velfærdssamfund vanskeligt ved, at inkludere alle grupper af borgere i samfundet. Socialt udsatte, som lever livet på en anden måde end den almene dansker og ud fra normer og værdier der er ulig resten

af befolkningens, kan risikere at falde igennem de politiske tiltag i velfærdssamfundet som ellers er tiltænkt hele befolkningen (Rådet for udsatte 2009, s. 5). Rådet argumenterer for, at netop fordi nogle mennesker ikke lever ud fra normer og værdier, som den almene befolkning lever efter, vil der være risiko for, at den socialt udsatte bliver ekskluderet fra samfundet og hermed ekskluderet fra de ydelser der er tiltænkt alle. Endvidere mener Rådet, at socialt udsatte også er i risiko for diskrimination og stigmatisering og at der tegner sig en tendens til, at befolkningen ser socialt udsatte som nogen der selv er skyld i deres situation og livsvilkår (Rådet for udsatte 2009, s. 6).

Rådet pointerer, at socialpolitiske tiltag på mange områder bidrager til en lille ændring af dette. Dog mener de ikke, at det vil ændre den grundlæggende tendens til, at ekskludere socialt udsatte, da der i en sådan sammenhæng vil være brug for socialpolitiske tiltag på et højere og mere overordnet plan, som f.eks. socialpolitiske tiltag inden for sundhedsvæsenet. I relation til dette nævner de et paradoks i forhold til, at socialpolitik hører under Indenrigs- og Socialministeriet og Sundhedsministeriet håndterer politiske tiltag indenfor sundhedsvæsenet, hvor de menes at 'glemme' at medtænke de socialt udsatte patienter. Man kan i relation til dette hævde, at Sundhedsministeriet fralægger sig ansvaret for socialt udsatte patienter. Rådet for Socialt Udsatte påpeger, at Sundhedsministeriets politiske tiltag inden for sundhedsvæsenet viser sig som specifikke specialefokuserede tiltag, hvor specialer bliver opdelt og der bliver fokus på, at den sundhedsprofessionelle skal være god til at håndtere én ting indenfor sundhedsvæsenet. Denne tendens, mener Rådet, vil have den konsekvens, at det bliver vanskeligere at medtænke problemstillinger en socialt udsat patient måtte have, da deres behov ofte ikke relaterer sig til 'kassetænkning' indenfor et specifikt speciale. De nævner i den forbindelse, at socialt udsatte patienter ofte er i besiddelse af mere end en sygdom og dette derfor resulterer i, at den socialt udsatte patient skal jonglere forskellige forløb, forskellige mødetider og kontakt med forskelligt sundhedsfagligt personale. Rådet mener, at der her kunne være behov for et mere helhedsorienteret tilbud, da socialt udsatte patienter ofte ikke er i besiddelse af de ressourcer sådanne forløb kræver (Rådet for udsatte 2009, s. 7-8).

Rapporten giver et billede af et ikke tilstrækkeligt socialpolitisk fundament på de somatiske hospitaler og tydeliggør de problemstillinger og udfordringer der f.eks. kan forekomme i mødet mellem den socialt udsatte patient og sygeplejersken. Med udgangspunkt i rapporten

kan relationen mellem den socialt udsatte patient og sygeplejersken synes betydningsfuldt for inkluderingen af den socialt udsatte patient i et forløb og behandling på et somatisk hospital. Endvidere vil denne relation kunne bidrage både positivt og negativt til hvordan socialt udsatte patienter mestrer forløb og indlæggelser. Det kan endvidere bidrage til en refleksion over om gode oplevelser i mødet med sygeplejersken kan bidrage til et mere sammenhængende forløb uanset kontakt til specialer på hospitalet. Dette underbygger derfor min interesse i, at afdække mødet mellem den socialt udsatte patient og sygeplejersken, da sygeplejersken er den første og mest kontinuerlige kontakt den socialt udsatte patient har på et somatisk hospital. En afdækning af denne relation synes derfor afgørende for, at kunne bedre oplevelserne socialt udsatte patienter får i mødet med sundhedsvæsenet.

3.0 Afgrænsning

I udarbejdelsen af et speciale er afgrænsning en dyd og målet er, at præcisere hvad der er fokus i undersøgelsen og hvad der ses bort fra. Afgrænsningen vil bidrage til en problemformulering der kommer til, at fungere som en rød tråd gennem undersøgelsen, som ligeledes resultere i en afgrænset konklusion i relation til feltet.

Jeg har i mit litteraturstudie udfoldet nogle undersøgelser og pointer inden for problemfeltet, hvor fokus har været socialt udsatte patienters oplevelser i mødet med forskellige sundhedsprofessionelle, eksempler på hvordan sundhedsvæsenet risikere, at ekskludere socialt udsatte patienter og anbefalinger til fælles værdier i mødet med socialt udsatte. Problemfeltet tegner et billede af, at socialt udsatte patienter har divergerende oplevelser i mødet med sundhedsvæsenet og i litteraturstudiet har det ikke været muligt, at finde undersøgelser der konkret omhandler socialt udsatte patienters oplevelser i mødet med sygeplejersken. De undersøgelser der findes om socialt udsattes oplevelser i mødet med sundhedsvæsenet inkluderer alle oplevelser med forskellige sundhedsprofessionelle og det er derfor oplagt, at se nærmere på den socialt udsatte patients møde med sygeplejersken under indlæggelse eller ambulans behandling på et somatisk hospital.

Jeg vil i nærværende speciale derfor afgrænse mig til de socialt udsatte patienters oplevelser i mødet med sygeplejersken og herigennem søge, at afdække sygeplejerskens andel i socialt udsatte patienters negative oplevelser.

3.1 Problemformulering

Hvordan oplever den socialt udsatte patient mødet med sygeplejersken under indlæggelse eller under et ambulant forløb på et somatisk hospital?

Fokus i nærværende speciale vil tage sit afsæt i en deduktiv tilgang, hvor anerkendelsesteorien af Axel Honneth vil være styrende for både min videnskabsteoretiske positionering, udarbejdelse af interviewspørgsmål og analysen af socialt udsatte patienters oplevelser. Anerkendelsesteoriens indflydelse på specialet vil løbende blive præsenteret under relevante afsnit jf. *Kritisk perspektiv, Interviewguide og Analyseovervejelser*.

Kapitel 2 Videnskabsteoretisk positionering

5.0 Videnskabsteoretiske overvejelser

Videnskaben har som fokus, at skabe viden. En viden der kan skabe diskussioner og anvendes til, at udvikle hvordan vi interagerer med hinanden og hvordan vi kan udvikle samfundet. Inden for videnskaben er der forskellige retninger og det som grundlæggende adskiller dem fra hinanden er deres måde, at opfatte virkeligheden på. Herunder er det ligeledes væsentligt, at overveje hvordan man positionerer sig i relation til en given undersøgelse (Juul & Pedersen 2012, s.9-13). For eksempel har human- og samfundsvidenskaben et mål om, at skabe en *forståelse* af det der undersøges, hvorimod naturvidenskaben gerne vil *forklare* hvad der har forårsaget det der undersøges (Jacobsen mfl. 2012, s.18). Helt grundlæggende beskæftiger samfundsvidenskaben sig med, at skabe en erkendelse af de samfundsmæssige livsvilkår, herunder grupperes adfærd eller oplevelser eller f.eks. en kritik af de samfundsmæssige rammer.

5.1 Hermeneutisk positionering

Hermeneutik betyder fortolkningskunst eller læren om forståelse. Hermeneutikken rummer i alt tre betydninger: at udtrykke sig, at fortolke og at oversætte. Disse tre betydninger kommer i spil i fortolkningsprocessen af empirien, hvor der sker ytringer og disse ytringer bliver fortolket og eventuelt oversat til et mere alment tilgængeligt sprog, således at der sker en meningsdannelse ud fra det ytre (Jacobsen mfl. 2012, s.218). I nærværende speciale bliver de tre betydninger bragt i spil i form af individuelle interviews hvor informanterne ytrer deres

oplevelser, opfattelser og følelser, som dernæst fortolkes ud fra egen forståelsesramme bestående af egen erfaringshorisont og deraf egen forforståelse, som tager afsæt i et teoretisk perspektiv. Inden for hermeneutikken påpeges det, at observationer og fortolkninger altid vil være præget af interviewerens forforståelse af det der kommer til udtryk. Begrebet forforståelse kan også beskrives med ordene forventning, mening eller fordom. Den hermeneutiske pointe er således, at man til enhver tid vil anvende sine fordomme og derigennem fortolke den verden man er en del af.

Ifølge filosofen Gadamer befinder alle sig i en historisk meningssammenhæng, som er med til at skabe en erfaringshorisont, hvoraf egen forforståelse opstår fra. Dog bør fordomme ikke ses, som en hæmmende ting for fortolkningsprocessen. Fordomme skaber mulighed for åbenhed overfor, at fænomener kan ses og forstås i nye perspektiver og andre fortolkningsrammer (Jacobsen mfl. 2012, s. 222-224). I relation til nærværende speciale vil målet være, at bringe min forforståelse i spil og teste den op mod den sociale virkelighed der viser sig i kraft af de socialt udsatte patienters oplevelser. I denne proces vil jeg være åben for det der viser sig i deres oplevelser og søge, at lære af disse nye erfaringer. Dette fører mig videre til Gadamers pointe om en *horisontsammensmeltning*. Det der muliggør en horisontsammensmeltning, hvor der opstår en erkendelse af forskellige horisonter, er sproget. Det er via denne verbale og nonverbale relation, at der opstår en udfordring og fornyelse af begge parter forforståelse. Dermed ikke sagt, at denne horisontsammensmeltning resulterer i en meningsoverensstemmelse mellem partnerne, men derimod skaber det rum og mulighed for, at forstå det den anden kommunikerer. En pointe er således, at en forsker der holder fast i sin forforståelse og ikke søger en testning, har ringe muligheder for, at få udvidet eller ændret sin horisont (Juul & Pedersen 2012, s. 125-126). Det er i kraft af mødet med de socialt udsatte patienter og deres oplevelser, at min forforståelse bliver provokeret og testet og dette anses, som en grundbetingelse for, at jeg kan revurdere min forforståelse.

At der findes mange forskellige fortolkninger af en ytring eller en given tekst, vil ikke være ensbetydende med, at den ene fortolkning kan være ligeså god eller dårlig som en anden. Derimod vil den der fortolker have til opgave, at fremsætte den bedst mulige fortolkning og søge at argumentere for dens rigtighed. Det vil dog aldrig være muligt, at fremsætte en endelig argumentation, som for altid lukker diskussionen. Enhver fortolkning vil derfor fortsat være åben for nye fortolkninger og kritik (Juul & Pedersen 2012, s. 110). Med afsæt i dette vil

jeg i nærværende speciale ikke søge en endegyldig sandhed i kraft af mine fortolkninger, men derimod søge at gøre min fortolkning så gennemsigtig som muligt for læseren, så mine argumenter vil fremstå overbevisende.

I den hermeneutiske cirkel sker der en kontinuerlig bevægelse mellem del og helhed. Man ser på fænomener med en bestemt forforståelse og disse fænomener skal samtidig ses i den dertilhørende kontekst hvori de først er opstået. Denne proces vil givetvis være med til en revision af den først eksisterende forforståelse, som således vil resultere i en ny forforståelse hvor ud fra fænomenet kan tillægges ny mening. Denne proces er en potentiel uendelig proces og dette resulterer i en åbenhed overfor, at egen forforståelse er konstant foranderlig. Den der undersøger, er ikke en udenforstående der står udenfor den verden der undersøges. Derimod er undersøgeren en del af den verden der undersøges og fortolkes (Juul & Pedersen 2012, s. 111). For at jeg kan fremstille og forstå socialt udsatte patienters oplevelser i mødet med sygeplejersken, må jeg derfor fortolke deres fortællinger i den kontekst de er opståede.

Ud fra den hermeneutiske tilgang er jeg i arbejdet med nærværende problemstilling og opståede fænomener i forbindelse med indsamling af empiri bevidst omkring egen forforståelse og hvordan denne til stadighed er konstant foranderlig i mødet med fænomener og disse fænomeners kontekst. Min egen forforståelse er påvirket af min uddannelse som sygeplejerske og samtidig præget af min praksiserfaring som jeg har fået fra ansættelse på lungemedicinsk afdeling, lukket psykiatrisk afdeling og en medicinsk akutmodtagelse. Denne forforståelse tager, som tidligere nævnt, sit afsæt i min grundantagelse om at socialt udsatte patienter besidder kränkelseserfaringer fra mødet med sygeplejersken. Min forforståelse er endvidere påvirket af min teoretiske referenceramme jf. *Kritisk perspektiv* og *Teori overvejelser*.

5.1.0 Kritisk perspektiv

For at forene den filosofiske hermeneutik med kritisk teori synes det relevant, at inddrage pointer fra diskussionen mellem Gadamer og Habermas.

Gadamer ser autoritet og tradition, som noget positivt der er forbundet med overlevering af den rette viden. Habermas, der repræsenterer anden generation af kritisk teori, fremfører, at denne traditionsbundende og autoritetstro tilgang kan skabe en tilsløring af de ubevidste samfundsundertrykkende ideologiers kræfter. Habermas søger en menneskelig frigørelse,

hvor traditionens autoritet har mindre indflydelse og hvor en kritisk fornuft kan afsløre forvrængningen af kommunikationsforholdene. Han mener således, at traditionen kan stå i vejen for den menneskelige frigørelse og endda også være med til, at skjule sandheden (Juul & Pedersen 2012, s. 139). Habermas' tankegang omhandler, at alle skal have lige chancer for, at blive hørt og hverken magt eller penge skal være styrende, men derimod skal det bedste argument være det som vinder. Denne *herredømmefri* samtale skal fungere, som et kritisk perspektiv, som af Habermas anses for værende langt fra den sociale virkelighed. Til trods for dette er perspektivet en absolut standard for hans tilgang til kritiske analyser af den kommunikative virkelighed. Det som Habermas kritiserede ved Gadamer var, at han manglede et kritisk perspektiv. Habermas mente i denne sammenhæng, at der var et behov for en sondring mellem de fordomme der var bevaringsværdige og de der ikke var (Juul & Pedersen 2012, s. 139).

Helt grundlæggende vedkender jeg mig nødvendigheden af et kritisk perspektiv og dermed tilslutter jeg mig Habermas' kritik af Gadamers tilgang til hermeneutikken. Det kritiske perspektiv finder jeg nødvendigt i forhold til, at betragte den sociale virkelighed som den er, men også for, at kunne betragte og sammenholde den med hvad der bør være. Jeg vil imidlertid afgrænse mig fra Habermas' idé om, at målet er, at befri sig fra sin forforståelse. I relation til den hermeneutiske positionering vil en grundbetingelse for, at jeg er i stand til at forstå og lære være, at jeg medbringer min forforståelse og udfordrer den i mødet med den sociale virkelighed.

Kritisk hermeneutik tager ligesom den filosofiske hermeneutik afsæt i, at vi er historiske væsener der medbringer fordomme i forståelsesprocessen og ikke står overfor eller udenfor den verden der undersøges, men befinder os i den. Der hvor den kritiske hermeneutik adskiller sig er, at den forforståelse der medbringes i udførelsen af undersøgelsen vil fungere som et kritisk perspektiv. Nærmere bestemt vil det kritiske perspektiv blive hentet i Axel Honneths teori om anerkendelse. Honneth viderefører Habermas' tankegang om et kritisk perspektiv, men beskæftiger sig med anerkendelsesidealet som noget der skal begrundes, afprøves og korrigeres ud fra en dialog med det praksisnære med den hensigt, at komme med en kritik af det der hindrer det ideelle fra at opstå (Juul & Pedersen 2012, s. 143).

Axel Honneth er tysk filosof og tidligere elev af Jürgen Habermas. Honneth anses for, at være en førende repræsentant af Johann Wolfgang Goethe Universitetet i Frankfurt, som er kendt

for deres samfundskritiske ståsted. Honneth ser mennesket som anerkendelsessøgende og beskæftiger sig med de forhold der hindrer mennesker i, at opnå anerkendelse og dermed realisere sig selv. Et centralt fokus i hans teori er kritikken af de samfundsforhold der forhindrer anerkendelsen af mennesket (Juul & Pedersen, 2012, s. 336). Med udgangspunkt i Honneths teori vil nærværende speciale derfor naturligt tage sit afsæt indenfor kritisk hermeneutik. Dette betyder, at jeg med afsæt i anerkendelsesidealet vil være i stand til, at se kritisk på det sociale arbejde i sygeplejen og hvorledes anerkendelsen og krænkelsererfaringer udspiller sig i de socialt udsatte patienters oplevelser.

Honneth siger;

”Det normative bør, der sættes som målestok for den kritiske analyse af samfundsforholdene, har allerede sit udspring i det deskriptive er, ligesom det deskriptive er altid har et element af et normativt bør” (Honneth, 2006, s. 9).

Man kan således sige, at kampen for anerkendelse (det der *bør* være) motiveres af de tilstedeværende krænkelsererfaringer (det der *er*). Det der *er* og det der *bør*, kan således ikke adskilles i den kritiske teori, men vil have en sammenhængskraft i forhold til at skildre de samfundskritiske forhold der afholder det ideelle fra at opstå. Dette vil i nærværende speciale komme til udtryk i, at de mulige krænkelsererfaringer socialt udsatte patienter besidder vil blive holdt op imod et ideal, som foreskriver hvordan det bør være med afsæt i anerkendelsesteorien.

Honneth siger;

”Det er ikke nok at pege på kritisable sociale forhold ud fra en intuitiv fornemmelse af uretfærdighed” (Honneth, 2006, s. 7).

Hensigten med anerkendelsesidealet er, at være i stand til at begrunde den kritik af samfundet der viser sig og ikke blot fremføre en kritik der bunder i intuitiv fornemmelse.

Idet at Honneth beskæftiger sig med samfundsforhold der underlægges kritisk analyse med henblik på, at tydeliggøre de tilstedeværende kritisable forhold der forhindrer anerkendelse, befinder teorien sig indenfor samfundsvidenskaben. Det vil med udgangspunkt i dette henføres til, at nærværende speciale også har sit ståsted inden for den samfundsvidenskabelige tilgang.

Idealet fungerer således som kritisk perspektiv og ledetråd gennem resten af specialet og vil få indflydelse på udarbejdelsen af interviewspørgsmål jf. *Interviewguide* og tilgangen til analysen jf. *Analyse*.

Kapitel 3 Undersøgelsens teori

6.0 Teoriovervejelser

Mine teoretiske overvejelser har taget sit udgangspunkt i min teoretiske forforståelse af forskellige teorier, herunder både den valgte hovedteori af Honneth, men også blandt andre Järvinen, Larsen og Mortensens teori om magt og Beckers teori om stemping (Järvinen, Larsen & Mortensen 2005) (Becker 2005). Mit valg af Honneths anerkendelsesteori, som hovedteori, tager sit afsæt i idealet om anerkendelse, så vel som den mulighed der befinder sig i, at påvise hvordan anerkendelsen udspiller sig i relationen mellem den socialt udsatte patient og sygeplejersken og med et kritisk perspektiv se på hvad der står som forhindring for idealet. Grundlæggende er Honneths teori en beskrivelse af de helt formelle betingelser der skal være til stede for, at mennesket kan få et positivt selvbillede. Dette må være, at tilstræbe i alt socialt arbejde, således også i det sociale arbejde i sygeplejen, som nærværende speciale har som fokus. Valget af anerkendelsesteorien bygger også på min underen over og interesse i om de gode viljer slår igennem i praksis. Som tidligere nævnt, beskæftiger teorien sig med hvad der *er* og hvad der *bør* være ud fra et kritisk perspektiv og der kan i spændingsfeltet i mellem være svar, at finde i forhold til hvad der forhindrer de gode viljer. De gode viljer tilsidesættes med idealet anerkendelse i det sociale arbejde indenfor sygeplejen. Og det tilstræbes i analysen, at indfange denne kompleksitet mellem *er* og *bør* med henblik på, at afdække socialt udsatte patienters oplevelser i mødet med sygeplejersken.

6.1 Axel Honneth - anerkendelsesteorien

Hvor andre filosoffer ser kampen for anderkendelse, som en kamp for selvopretholdelse, ser Honneth anerkendelseskampen, som en kamp for at etablere anerkendelsesrelationer (Honneth, 2006, s. 7). Honneth søger derved gennem sin bog *Kamp for anerkendelse*, at ændre den traditionelle selvopretholdelseskamp, som tager sit afsæt i egocentriske interesser og erstatte den med en anerkendelseskamp, som tager sit afsæt i behovet for anerkendelse og gensidighed (Honneth, 2006, s.8).

Honneths anerkendelsesteori indeholder tre former for anerkendelse; privatsfæren, den retlige sfære og den solidariske sfære (Honneth, 2006, s.11). Hvis mennesket ikke anerkendes og oplever følelsesmæssig støtte, social anseelse og respekt risikere mennesket, at miste et positivt selvbillede. Menneskets tab af et positivt selvbillede kan være resultat af en række krænkelserfaringer mennesket har haft i relationer med andre (Honneth, 2006, s. 13).

Anerkendelsesteoriens hensigt er at beskæftige sig med et individuelt synspunkt, men også et synspunkt som kan bidrage til at kaste lys over samfundets sammenhængskraft og betingelserne for interne konflikter. Og herunder samfundets udvikling og evne til at integrerer menneskers forskellige præstationer, værdier og færdigheder (Honneth, 2006, s. 10).

6.1.1 Tre former for anerkendelse

De tre anerkendelsesformer vil i de følgende afsnit blive præsenteret, hvorefter anerkendelsesformerne vil blive forsøgt operationaliseret således, at begreberne vil være mere anvendelige i analysen af de praksisnære oplevelser socialt udsatte patienter har i mødet med sygeplejersken.

Privatsfæren

Den første af Honneths tre former for anerkendelse handler om de menneskelige primærrelationer. Det vil sige de følelsesmæssige bindinger der sker mellem få personer i venskabsrelationer eller relationen mellem forældre og børn. Privatsfæren kobler Honneth op på begrebet kærlighed, som repræsenterer den affektive og kropslige anerkendelse (Honneth, 2006, s. 130).

Honneth opfatter denne anerkendelse som følelses- og kropsbaseret og heri ligger den opmærksomhed, sympati og omsorg mennesket modtager fra den signifikante anden (Honneth, 2006, s. 136-137).

Den affektive anerkendelse er en forudsætning for, at mennesket kan indgå i et intersubjektivt forhold. Og mennesket vil igennem denne anerkendelse opnå selvtillid, som danner grundlag for den autonome deltagelse i samfundet og mulighed for at tage del i nære relationer. Ifølge Honneth vil mennesket, som opnår denne anerkendelse være i stand til, at agte og respektere sig selv (Ibid).

Denne anerkendelsesform er som nævnt forbeholdt få nære relationer, kærlighedsforhold, som Honneth benævner dem (Honneth, 2006, s. 146). Og den vil være af betydning for, for eksempel den socialt udsatte patients mulighed for at agte og respektere sig selv i relationen med professionelle aktører, da den fundamentale selvtillid hos mennesket opbygges gennem anerkendelse i kærlighedsrelationen.

Den retlige sfære

Den anden form for anerkendelse er den retlige anerkendelse, som sker igennem de lovsikrede rettigheder mennesket har adgang til, for eksempel sundhedsydelse. I kraft af den retlige anerkendelse vil mennesket blive i stand til, at få selvrespekt og for at se sig selv som et ligeværdigt medlem af samfundet, som har samme muligheder for at realisere sin autonomi som alle andre i samfundet. Ifølge Honneth er den retlige anerkendelse;

”at anerkende ethvert andet menneske som person må således betyde, at vi handler overfor dem alle på den måde, som en persons egenskaber moralsk forpligter os til” (Honneth, 2006, s. 152).

Det er væsentligt, at den retlige anerkendelse adskilles fra den sociale status, så alle mennesker er lige i kraft af de universelle rettigheder. Endvidere vil mennesket i kraft af anerkendelsen sikre sin mulighed for at realisere autonome handlinger (Honneth, 2006, s. 148-150).

Den retlige anerkendelse opstår ved anerkendelse af menneskets evne til autonome moralske handlinger (Honneth, 2006, s. 12). Denne anerkendelsesform sker ved, at vi mødes som moralsk handlende mennesker med agtelse og med rettigheder og lige muligheder. De universelle rettigheder har indflydelse på menneskets selvrespekt;

”At have rettigheder sætter os i stand til at ”ranke os som menneske”, at kunne se andre i øjnene og på en fundamental måde føle sig på lige fod med de andre. At opfatte sig selv som indehaver af rettigheder er at være stolt, ikke på en overdreven, men på en passende måde; det er det minimum af selvrespekt man må have for at kunne være værdig til andres kærlighed og værdsættelse” (Honneth, 2006, s. 161).

Tilstedeværelsen af selvrespekt vil give mennesket en opfattelse af sig selv som en moralsk tilregnelig person, som er i stand til at indgå i en offentlig drøftelse. Dette betyder endvidere

ikke, at mennesket uden rettigheder ikke kan have selvrespekt. Den højeste form for selvrespekt vil dog kun være en realitet når mennesket er anerkendt som et autonomt handlende menneske. Bliver mennesket retlig anerkendt, besidder mennesket *selvagtelse* (Honneth, 2006, s. 16).

Ifølge Honneth afgøres det om mennesket formår, at handle autonomt og moralsk tilregneligt på baggrund af om mennesket besidder fornuftig indsigt og menneskets retlige kompetence kan forstås som menneskets evne til at agere indenfor samfundets gældende norm (Honneth, 2006, s. 154-155, s. 158). Hvis mennesket derimod fratages rettigheden til, at agere indenfor samfundets gældende norm, mener Honneth, at det indikerer, at mennesket ikke er i stand til, at få tillagt den samme grad af moralsk tilregnelighed som resten af befolkningen (Honneth, 2006, s.177-178).

Ifølge Høilund og Juul er Honneths pointe, at anerkendelse for patientens ret og værd ikke kun er tilstedeværende i kraft af de formelle rettigheder og det abstrakte retssystem, men derimod er nøglen til anerkendelse hvorledes den manifesterer sig i praksis ud fra en konkret respekt for patientens rettigheder. Den retlige anerkendelse indebærer, at ret kun er ret, hvis den anerkendes som ret (Høilund & Juul, 2005, s. 26). De mener således, at den retlige anerkendelse kun er tilstedeværende hvis alle mennesker behandles lige og hele befolkningen tillægges de samme moralske tilregneligheder (Høilund & Juul, 2005, s. 26-27).

Den solidariske sfære

Den tredje form for anerkendelse består af social værdsættelse. Hvor den retlige anerkendelse sker ud fra universelle rettigheder hele befolkningen har, er den solidariske anerkendelse en anerkendelse af det enkelte menneskes særegne egenskaber og måde at tage del i samfundet på og bidrage til gruppen ud fra egne handlinger eller funktioner. Resultatet af denne anerkendelse vil være, at mennesket forholder sig til sig selv, som et menneske der bidrager til det solidariske samfund og værdsætter egen funktion (Honneth, 2006, s. 12).

Hvor anerkendelsen i den private sfære tager sit afsæt i det affektive, er anerkendelsen i den solidariske sfære både fornuftbaseret og har et emotionelt afsæt.

Menneskets egenskaber vurderes på baggrund af den fælles værdihorisont, som danner rammen om den kulturelle selvforståelse i samfundet. Og ud fra dette værdisættes menneskets

måde at agere på ud fra pleuraliseringsgraden og heraf personlighedsidealene. Herigennem værdisættes menneskets måde, at bidrage til realiseringen af de samfundsmæssige målsætninger (Ibid).

Honneth mener, at udviklingen i det moderne samfund resultere i et større spillerum for det enkelte menneske, hvorpå det kan bidrage til samfundets målsætninger.

Honneth mener at;

”Samtidig med at præstationen bliver individualiseret, sker der nødvendigvis også det, at samfundsmæssige værdiforestillinger åbner for forskellige former for personlig selvrealisering; fra nu af er det en, ganske vist klasse- og kønsspecifik, værdipluralisme, der udgør den kulturelle orienteringsramme for bestemmelsen af individets præstationer og hermed af dets sociale værdi” (Honneth, 2006, s. 168).

Mødes vi som menneske med en solidarisk anerkendelse vil vi udvikle selvværdsættelse og dette vil bidrage til handledygtighed i samfundet (Honneth, 2006, s.163).

6.1.2 Tre former for krænkelser

Mennesket kan ikke alene miste det positive selvbillede ved udeblivelse af anerkendelse, men også i kraft af en række korresponderende krænkelser eller ringeagtserfaringer. Hvor de tre anerkendelsesformer repræsenterer en ide om det gode liv, repræsenterer de tre krænkelserformer måden hvorpå mennesket moralsk kan blive krænket og herigennem udspringer motivet for kampen for anerkendelse (Honneth, 2006, s. 13).

De tre anerkendelsesformer hænger derved sammen med tre krænkelserformer, som i de følgende afsnit vil blive præsenteret.

Kropslige krænkelser

Til denne krænkelserform knyttets tortur, voldtægt og fysisk misbrug. Dette vil sige at krænkelserne udspiller sig legemligt, men har som udgangspunkt en konsekvens for psyken hos mennesket i og med at mennesket ikke vil opleve sig anerkendt og det er i dette, at den egentlige krænkelser manifesterer sig. Denne form for krænkelser vil resultere i en følelse af, ikke at kunne disponere over egen krop og udgøre den mest grundlæggende form for personlig nedværdigelse (Honneth, 2006, s. 176). Ifølge Honneth kan kropslige krænkelser

resultere i *psykisk død*, da en bemægtigelse af et andet menneskes krop mod dennes vilje vil have fatale konsekvenser for psyken og resultere i den ultimative ydmygelse, som i højere grad end andre krænkelser vil være destruktive for selvet.

Ifølge Honneth vil konsekvensen for mennesket være at;

”Den fysiske mishandling repræsenterer den form for ringeagt, der gør varig skade på ens gennem kærligheden etablerede tillid til, at man autonomt kan styre sin egen krop. Derfor er konsekvensen også, at man kombineret med en social skamfølelse mister tilliden til sig selv og verden, hvilket påvirker ethvert praktisk samkvem med andre mennesker, også på det fysiske plan” (Honneth, 2006, s. 176-177).

Denne krænkelsesform vil destruere det mest elementære selvforhold, selvtilliden. Og denne manglende opbygning af selvtilliden vil bevirke autonomitab og fremtidige relationer vil være en udfordring, da krænkelsen har knækket menneskets selvtillid i og med at anerkendelsen i de tidlige kærlighedsforhold ikke er opnået.

Nægtelse af rettigheder

Den anden form for krænkelse, består i at et menneske nægtes universelle rettigheder i samfundet. Ifølge Honneth vil denne krænkelse af gældende retskrav tage afsæt i bestemte tilhørsforhold for eksempel etnicitet, køn, alder eller social klient (Honneth, 2006, s. 177). Et led i frakendelse af rettigheder er, at mennesket vil opleve en krænkelse af tillid til subjektet intersubjektivitet. Det vil sige, at mennesket ikke længere tillægges moralsk dømmekraft og dermed bliver frataget muligheden for at blive oplevet som et menneske med moralsk tilregnelighed (Honneth, 2006, s. 178).

Honneth fastslår;

”Det særlige ved disse former for ringeagt, altså fratagelsen af rettigheder og social udelukkelse, beror ikke kun på den magtmæssige begrænsning af den personlige autonomi, men også den hermed sammenhængende følelse af ikke at have status som en fuldgyldig, moralsk ligeberettiget interaktionspartner” (Honneth, 2006, s. 178).

Denne krænkelsesform vil altså ikke kun have konsekvenser for oplevelsen af, at blive opfattet som et moralsk tilregneligt menneske, men vil også have indflydelse på menneskets

oplevelse af sig selv som en værdig og ligeberettiget partner. Det vil således have konsekvenser for menneskets mulighed for, at have indflydelse på offentlige beslutningsprocesser, samt resultere i social eksklusion. Denne form for krænkelse resultere således i, at mennesket vil opleve tab af selvagtelse.

Nedværdigelse af livsformer

Den tredje og sidste form for krænkelse består i, at menneskets livsformer eller kollektive livsmåder tillægges negative holdninger. Det vil sige, at krænkelsen tager sit udgangspunkt i det enkeltes menneskes selvrealiseringsformer og at der sker en nedvurdering af disse. Denne nedvurdering finder sted ud fra fællesskabets værdihorisont eller værdihierarki som Honneth kalder det (Honneth, 2006, s. 178).

Honneth mener således at;

”Hvis dette værdihierarki er således indrettet, at det vurderer enkelte livsformer og overbevisninger som værende mindreværdige eller mangelfulde, mister de pågældende subjekter muligheden for, at deres egne evner tillægges social værdi” (Ibid).

Dette værdihierarki vil således resultere i, at menneskets egne evner ikke kan tillægges nogen social værdi og vil derfor ikke være af betydning for samfundets fællesskab og deraf vil mennesket ikke kunne tage del i at opfylde samfundets fælles mål. Dette vil give mennesket en opfattelse af, at egne karakteristiske egenskaber ikke er af værdi for fællesskabet og vil være med til at nedbryde menneskets selvværd (Honneth, 2006, s. 179).

6.2 Operationalisering af Axel Honneths tre anerkendelsesformer

I de følgende afsnit vil det søges, at operationalisere Honneths anerkendelsesformer, privatsfæren, den retlige sfære og den solidariske sfære. Operationaliseringen vil tage sit udgangspunkt i de begreber Honneth anvender i de tre sfærer. Og hensigten vil være, at gøre det tydeligt for læseren hvordan der arbejdes med teorien i analysen ud fra det sociale arbejde i sygeplejen. Operationaliseringen af begreberne findes nødvendigt, da Honneth beskæftiger sig med begreberne på et filosofisk og abstrakt plan og det vil være ønskværdigt, at drage paralleller til et mere konkret og praksisnært plan, idet analysen vil beskæftige sig med socialt udsatte patienters praksisnære oplevelser i mødet med sygeplejersken. Det vil sige, at operationaliseringen vil beskæftige sig med begreberne og søge at beskrive hvordan de kan

udspille sig i praksis f.eks. hvad sygeplejersken kan gøre for at sikre den socialt udsatte patients oplevelse af anerkendelse indenfor de tre sfære. Det undlades, at operationalisere de tre krænkelserformer, idet opfattelsen vil være, at krænkelserne består af manglende anerkendelse indenfor de tre former.

Måden hvorpå operationaliseringen finder sted er ud fra egne fortolkninger, samt ved at inddrage andre teoretikers fortolkninger af teorien eller begreberne.

Operationalisering af privatsfæren

Følgende operationalisering vil tage udgangspunkt i begreberne: *Kærlighed*, *sympati* og *selvtillid*. De tre begreber tager sit afsæt i Honneths beskrivelse af privatsfæren og dækker over det kærlighedsforhold der opstår i de nære relationer.

Når man tænker på relationen mellem en socialt udsat patient og sygeplejersken er det første der falder én ind ikke et kærlighedsforhold. Og denne operationalisering vil derfor søge, at gøre rede for hvordan *kærligheden* indfinder sig i relationen mellem den socialt udsatte patient og sygeplejersken ved, at fortolke begreberne og oversætte dem til begreber der synes mere anvendelige og forenelige med sygeplejen, men som dog stadig kan henføres til det Honneth benævner som et kærlighedsforhold.

Ud fra rapporten *Fælles værdier* er privatsfærens begreber oversat med omsorg, nærhed og medleven og dette kan endvidere henføres til de grundlæggende betingelser i sygeplejen ud fra sygeplejeteoretiker Kari Martinsens perspektiv (Juul & Riiskjær, 2012, s.12-13).

Martinsen beskriver sygeplejen med begrebet næstekærlighed og hun henviser ofte til en sammenligning mellem sygeplejersken og den barmhjertige samaritan. Hun sidestiller, uden tøven, sygepleje med omsorg. Og pointerer, at sygeplejersken til hver en tid bør handle ud fra patientens bedste. Hun beskriver hvordan sygeplejersken intuitivt skal aflæse og handle ud fra de indtryk hun får fra patienten og at dette kendetegner omsorgen (Martinsen, 1995, s. 151). Man kan søge, at tilsidesætte Martinsens beskrivelse af den intuition sygeplejersken skal besidde med en moders overfor sit barn. Den umiddelbare aflæsning af et barns behov er ikke uforlignelig med sygeplejerskens aflæsning af patientens behov.

Honneth siger;

"Ethvert kærlighedsforhold, hvad enten det er mellem forældre og børn, venner eller elskende, er bundet til forudsætninger, som individet ikke disponerer over, nemlig sympati og tiltrækning" (Honneth, 2006, s. 146).

Det kan henføres til, at den socialt udsatte patient ikke disponerer over den omsorg der modtages fra sygeplejersken. Og at det derfor kan synes betydningsfuldt, at denne omsorg vil være kontinuerlig under sygeplejen for at opnå et tillidsforhold og underbygge den socialt udsatte patients selvtillid. Ifølge Martinsen vil tilstedeværelsen af tillid danne rammen for omsorgen. Måden hvorpå omsorgen kan udspille sig i praksis er engagement og indlevelse fra sygeplejerskens side. Hun beskriver endvidere hvordan omsorgen skal komme til udtryk i det verbale og hun omtaler dette som kærlighedens sprog (Martinsen, 1995, s. s. 137). Martinsen synes, at supplere forståelsen af Honneths privatsfære i en kontekst af sygepleje. De beskæftiger sig begge med begreberne tillid, sympati og kærlighed. Det punkt hvor de tydeligt adskiller sig og samtidig der hvor jeg finder Martinsens perspektiv anvendeligt er, at Martinsen ser sygeplejersken som en primærfigur i forhold til omsorg. Hvorimod Honneth ser forældre og venner, som de primære omsorgsgivere.

Martinsen siger om sygeplejerskens rolle;

"Den enkelte (sygeplejersken) har aldrig med et andet menneske at gøre, uden at hun holder noget af dets liv i sin hånd. Det kan være meget lidt, en forbigående stemning, en oplagthed, man får til at visne, eller som man vækker, en lede man uddyber eller hæver, men det kan også være forfærdende meget, så det simpelthen står til den enkelte, om den andens liv lykkes eller ej" (Martinsen, 1995, s. 143).

Citatet beskriver indgående det ansvar der hviler på sygeplejersken og samtidig den magt sygeplejersken besidder i forhold til den socialt udsatte patients liv.

Hvordan denne anerkendelsesform udviser sig i praksis vil naturligt tage afsæt i bløde værdier, som f.eks. omsorg, sympati, nærvær, engagement og indlevelse.

En eksemplificering af dette i praksis og hvordan det kan udspille sig, vil tage sit afsæt både i sprogets anvendelse og kropssproget. Sygeplejersken kan udvise omsorg og sympati i kraft af en blid stemmeføring og valg af de ord der fordrer tryghed og tillid i forløbet. Hvordan det

konkret udspiller sig i sætninger må være op til sygeplejerskens intuition i den givne situation og kan derfor ikke eksemplificeres nærmere her. Nærvær vil på samme måde tage udgangspunkt i det verbale og nonverbale og vil i sygeplejen komme til udtryk i kraft af sygeplejerskens mentale tilstedeværelse, hvor sygeplejersken tager sig tid og lytter til den socialt udsatte patient og også rent kropsligt viser sit nærvær f.eks. ved berøring og hvordan sygeplejersken placerer sig fysisk overfor den socialt udsatte patient. Engagement og indlevelse kan i praksis komme til udtryk i kraft af sygeplejerskens spørgsmål og handlinger. F.eks. vil spørgsmål til den socialt udsatte patients livssituation og handlinger med udgangspunkt i den socialt udsatte patients egne definerede behov udvise sygeplejerskens engagement og indlevelse.

Operationalisering af den retlige sfære

De tre centrale begreber følgende vil tage afsæt i vil være: *Rettigheder, autonomi, moralsk tilregnelighed og selvagtelse.*

I relation til nærværende speciale vil begrebet rettigheder være forbundet med de patientrettigheder der bliver tillagt et menneske der har brug for indlæggelse eller anden behandling i sundhedsvæsenet. Patientrettighederne er bundet op på Sundhedsloven² og er universelle for borgere i det danske samfund.

Nedenstående citatuddrag af Sundhedsloven vil give et indblik i de relevante paragraffer, som foreskriver den socialt udsatte patients rettigheder og som findes relevante i relation til den retlige anerkendelse;

”Sundhedsvæsenets formål og opgaver

§ 2. Loven fastsætter kravene til sundhedsvæsenet med henblik på at sikre respekt for det enkelte menneske, dets integritet og selvbestemmelse og at opfylde behovet for

1) let og lige adgang til sundhedsvæsenet,

2) behandling af høj kvalitet,

² Sundhedsloven er en dansk lov, vedtaget i 2005. Sundhedsloven regulerer hvem der har ansvar for hvilke behandlinger og præmissen for loven er, at alle har lige og let adgang til sundhedsvæsenet (Ministeriet for sundhed og forebyggelse, 2010).

-
- 3) sammenhæng mellem ydelserne,
 - 4) valgfrihed,
 - 5) let adgang til information,
 - 6) et gennemsigtigt sundhedsvæsen og
 - 7) kort ventetid på behandling.

Patientens medinddragelse i beslutninger

§ 15. Ingen behandling må indledes eller fortsættes uden patientens informerede samtykke, medmindre andet følger af lov eller bestemmelser fastsat i henhold til lov eller af §§ 17-19.

§ 16. Patienten har ret til at få information om sin helbredstilstand og om behandlingsmulighederne, herunder om risiko for komplikationer og bivirkninger.

Stk. 3. Informationen skal gives løbende og give en forståelig fremstilling af sygdommen, undersøgelsen og den påtænkte behandling. Informationen skal gives på en hensynsfuld måde og være tilpasset modtagerens individuelle forudsætninger med hensyn til alder, modenhed, erfaring m.v.

Stk. 5. Skønnes patienten i øvrigt at være uvidende om forhold, der har betydning for patientens stillingtagen, jf. § 15, skal sundhedspersonen særligt oplyse herom, medmindre patienten har frabedt sig information, jf. stk. 2.

Aktindsigt

§ 37. Den, om hvis helbredsforhold der er udarbejdet patientjournaler m.v., har på anmodning ret til aktindsigt heri. Patienten har endvidere på anmodning ret til på en let forståelig måde at få meddelelse om, hvilke oplysninger der behandles i patientjournalen m.v. efter 1. pkt., formålet hermed, kategorierne af modtagere af oplysningerne og tilgængelig information om, hvorfra disse oplysninger stammer.

Frit sygehusvalg

§ 86. En person, der henvises til sygehusbehandling, kan vælge mellem bopælsregionens sygehuse, andre regioners sygehuse og de private

specialsygehuse m.fl., der er nævnt i § 79, stk. 2, uanset bopælsregionens behandlingstilbud og kriterier for sygehusbehandling i sit sygehusvæsen” (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2010).

Ifølge Højlund og Juul vil en ret, kun være en ret, hvis den anerkendes som ret (Højlund & Juul, 2005, s. 25). Og dermed skal den socialt udsatte patient retlig anerkendes af sygeplejersken for, at opleve sig selv som værende et menneske med rettigheder i sundhedsvæsenet. Honneth er i beskrivelsen af den retlige sfære abstrakt i hvorledes anerkendelsen kan udfolde sig i praksis og det vil derfor blive søgt eksemplificeret. Den socialt udsatte patient vil ved indlæggelse eller anden behandling i sundhedsvæsenet automatisk blive tillagt patientrettigheder, men hvorvidt disse rettigheder også bliver virkelighed i praksis afhænger af mødet med for eksempel sygeplejersken. Den socialt udsatte patient kan opleve sig selv besidde rettigheder hvis sygeplejersken i praksis for eksempel inddrager patienten i beslutninger, informere om forløbet, indhenter samtykke fra patienten og hvis sygeplejersken efterkommer patientens ønske om aktindsigt mm. (Ministeriet for sundhed og forebyggelse, 2010, § 1-21).

Ifølge Honneth må alle tillægges muligheden for autonome beslutninger og handlinger og dermed vurderes som moralsk tilregnelige mennesker (Honneth, 2006, s. 160-161). Dette kan endvidere sammenholdes med Sundhedsloven, som foreskriver at alle patienter skal have ret til ubestridt medbestemmelse i forhold til deres forløb (Ministeriet for forebyggelse og sundhed, 2010, § 22-35). Med udgangspunkt i begrebet *autonomi* vil anerkendelsen af denne ret komme til udtryk ved, at sygeplejersken støtter den socialt udsatte patient til egenomsorg og undlader at forgribe sig på patientens autonomi i forløbet. Med henblik på at eksemplificere sygeplejerskens rolle i relation til autonomibegrebet kan det oplagt sammenholdes med sygeplejeteoretiker Dorothea Orem's teori om egenomsorg, hvor patienten er en aktiv del af egen behandling ud fra beslutninger truffet af patienten selv. Orem beskriver egenomsorg som menneskers evne til, at varetage alle de funktioner, som er nødvendige for at leve og overleve. Orem betragter egenomsorg, som udførelse af de handlinger, mennesker på eget initiativ gør for at opretholde liv, sundhed og velvære. Ligeledes beskriver Orem egenomsorg hos mennesker som en aktiv indsats, hvor den enkelte har forståelse af betingelserne for egen sundhed og ligeledes har evnen til at kunne træffe beslutninger i

forbindelse med valg af en hensigtsmæssig handlingsstrategi (Orem 1995, s. 45-47). Dermed lægger Orem op til, at sygeplejersken skal støtte patienten i egen handlingsstrategi og at sygeplejersken skal anerkende patienten som et moralsk tilregneligt menneske med en forståelse af egen situation. Sygeplejerskens rolle i at anerkende patientens autonomi kan være, at vejlede og støtte patienten i at bestemme egen handlingsstrategi. Sygeplejersken kan blandt andet stille nødvendig viden til rådighed for patienten eller på simpel vis informere patienten om muligheder for strategier. Dette bør dog gøres på en *ikke bestemmende* måde og som efterlader patienten med valgmuligheder. I denne anerkendelse ligger sygeplejerskens mulighed for, at anerkende patientens moralske tilregnelighed, idet sygeplejersken støtter op om patientens autonomi og dermed forventer at patienten vil handle med moralsk dømmekraft i forhold til egen situation.

Operationalisering af den solidariske sfære

De centrale begreber der vil anvendes i følgende afsnit er, *normer, individuelle egenskaber og social værdsættelse*.

Et samfunds kulturelle selvforståelse og værdisæt kan indenfor den solidariske anerkendelse være med til, at danne rammen for den sociale værdsættelse man kan opnå og de præstationer man kan yde som menneske i forhold til samfundets fælles mål (Honneth 2006, s.164). Det må midlertidig synes svært for socialt udsatte patienter, at leve op til et værdisæt der tillægges værdi af alle mennesker i samfundet. Der må her være plads til, at opstå en accept af socialt udsatte patienters valg af livsform, samt deres søgen efter det *gode liv*, som det er for dem.

Her inddrages Højlund og Juuls syn på hvordan et brud med normer kan være med til, at skabe plads til forskellighed;

”At opgive normaliseringsbestræbelserne er et vigtigt skridt i den rigtige retning, for hvem siger, at alle mennesker har godt af at leve det statistisk set almindelige liv: at alle har bedst af at leve, bo og arbejde som >>de normale<<?” (Højlund og Juul, 2005, s. 137).

Anerkendelsen lægger i, at erkende at livskvalitet ikke bør manifestere sig ud fra en gældende norm, snarere bør det manifestere sig ud fra det individuelle ønske om livskvalitet tillagt individuelle værdier og ønsker for det *gode liv*. Den solidariske anerkendelse lægger således i,

at anerkende socialt udsatte i deres egen stræben efter det ønskværdige liv (Højlund og Juul, 2005, s. 137).

Det synes umiddelbart vanskeligt, at anerkende en livsform der indebærer enten misbrug, hjemløshed eller andre sociale problemstillinger. Det ses dog som en nødvendighed for, at socialt udsatte patienter kan udvikle et bedre selvforhold og blive betragtet som en del af fællesskabet med værdier og egenskaber der kan tillægges social værdi. Det må hertil tilføjes, at kun ved en accept af, at ikke alle betragter det gode liv ens kan den solidariske anerkendelse opstå af den socialt udsatte patient.

I operationaliseringen af den solidariske sfære synes det væsentligt, at møde den socialt udsatte patient med anerkendelse og søge at afdække netop de egenskaber de besidder i forhold til deres forløb.

Heri kan arbejdet for sygeplejersken bestå i, at afdække den socialt udsatte patients egenskaber og præstationer i forhold til indlæggelses- og behandlingsforløbet. For at eksemplificere dette, kan der tages udgangspunkt i en indlagt socialt udsat patient med væskende sår på begge underekstremiteter. Udfordringen i forhold til den solidariske anerkendelse i forhold til eksemplet vil bestå i, at medtænke patientens livsformer og derigennem muligheder for præstationer i forhold til planen for sårpleje. Sygeplejerskens rolle kan være, at støtte patienten i, at skabe en ramme for den nødvendige sårpleje ud fra de fysiske omgivelser der vil være patienten til rådighed. Har patienten adgang til rindende vand og tillader omgivelserne et rent eller sterilt miljø til forbindelsesskift? Heri lægger anerkendelsen af den socialt udsatte patients livsformer og præstationer. Heri tydeliggøres hvorledes den solidariske anerkendelse kan finde sted ud fra de individuelle egenskaber for, at give patienten en følelse af social værdsættelse og øge handledygtigheden ud fra en anerkendelse der skal bidrage til at tillægge patientens livsform en positiv værdi (Højlund og Juul, 2005, s. 28). I relation til nærværende speciale vil den solidariske anerkendelse tage sin form i kraft af den anerkendelse sygeplejersken giver den socialt udsatte patient af valgte livsformer og deraf muligheden for, at besidde individuelle egenskaber i forhold til indlæggelse- og behandlingsforløb.

Kapitel 4 Undersøgelsens metode

7.0 Metodeovervejelser

I de nedenstående afsnit vil der blive redegjort for metodeovervejelser i relation til specialet.

7.0.1 Undersøgelsens forskningstype

Til belysning af opgavens type anvendes Laila Launsø og Olaf Riepers beskrivelse af de fire eksisterende forskningstyper indenfor samfundsforskning med mennesker som studiefelt. Launsø og Rieper redegør for fire forskningstyper 1) *Den beskrivende* 2) *Den forklarende* 3) *Den forstående* og 4) *Den handlingsrettede*. I det følgende vil der tages udgangspunkt i *Den forstående*, da det er denne forskningstype nærværende speciale vil være inspireret af, primært ud fra de forskningsspørgsmål der anvendes inden for problemfeltet (Launsø & Rieper 2005, s.13). Grundtanken indenfor *Den forstående* forskningstype er, at fortolke og forstå fænomener, som allerede er fortolket i kraft af den socialt udsatte patients fortolkninger, selvforståelse af sig selv og af andre og endvidere den socialt udsatte patients forståelse af den omgivende verden. I relation til specialet søges det, at afdække socialt udsatte patienters oplevelser i mødet med sygeplejersken, dette ud fra et patientperspektiv, med patientens subjektivitet som det væsentligste i fokus (Launsø & Rieper 2005, s.22). På baggrund af *Den forstående* forskningstype, bliver det muligt, at komme i dybden med et emne. Emnet bliver forankret i en kontekst, der dermed gør det virkelighedsnært (Launsø & Rieper 2005, s.22). Ifølge Launsø og Rieper kan konteksten bestå af både fysiske, institutionelle og værdimæssige sammenhænge. I relation til specialet består konteksten af den institutionelle fysiske ramme, hospitalet. Den problemstilling der søges belyst i nærværende speciale, indeholder en søgen efter mening med afsæt i idealet *anerkendelse*. Specialet er styret af patienternes oplevelser i mødet med sygeplejersken og den meningsdannelse der opstår i fortolkningen af empirien, sammenholdt med det teoretiske perspektiv.

7.0.2 Kvalitativ forskningsmetode

I henhold til bogen *Kvalitative metoder* af Svend Brinkmann og Lene Tanggaard er man med kvalitativ forskning interesseret i menneskers erfaringer og herunder hvordan noget gøres,

udvikles, fremtræder, siges eller opleves. Man er endvidere interesseret i, at tolke og dekonstruere menneskers oplevelser, deres sociale liv og erfaringsprocesser. Ovenstående kan belyses ud fra data der er indsamlet ved hjælp af en kvalitativ metode, som i nærværende speciale er indsamlet ved hjælp af individuelle interviews (Brinkmann & Tanggaard 2010, s. 17-18). Da det i nærværende speciale søges at afdække socialt udsatte patienters oplevelser i mødet med sygeplejersken, findes det relevant at anvende en kvalitativ metode i form af individuelle interviews med henblik på, at dekonstruere socialt udsatte patienters oplevelser og erfaringsprocesser.

7.1 Det semistrukturerede interview

Det semistrukturerede forskningsinterview søger, at forstå verden ud fra informantens synsvinkel og endvidere afdække de meninger der opstår ud fra deres oplevelser (Kvale & Brinkmann 2009, s. 17).

7.1.1 Interviewguide

En interviewguide er en fungerende guide for hvorledes interviewet skal struktureres og forløbe (Kvale & Brinkmann 2009, s.151-152). I relation til den konkrete problemformulering, er det søgt at formulere tre forskningsspørgsmål med afsæt i anerkendelsesteorien, som danner den tematiske ramme omkring interviewspørgsmålene. Forskningsspørgsmål 1) Hvordan oplever den socialt udsatte patient mødet med sygeplejersken 2) Oplever den socialt udsatte patient, at blive anerkendt af sygeplejersken 3) Oplever den socialt udsatte patient, at blive krænket af sygeplejersken. Disse forskningsspørgsmål har dannet rammen i de individuelle interviews. Ud fra de tre forskningsspørgsmål er der formuleret interviewspørgsmål, som informanterne er blevet præsenteret for i de individuelle interviews (Bilag 1). Interviewspørgsmålene er formuleret på en måde så flere perspektiver er forsøgt belyst inden for det overordnede forskningsspørgsmål. I udarbejdelsen af interviewspørgsmålene har anerkendelsesteorien af Honneth været styrende og har haft indflydelse på formuleringen og indholdet i spørgsmålene. Der er således blevet spurgt ind til de socialt udsatte patienters oplevelse af anerkendelse og krænkelser i mødet med sygeplejersken. Mere konkret er der med afsæt i privatsfæren, den retlige sfære og den solidariske sfære anvendt begreberne; Omsorg, nærvær, inddragelse, rettigheder, anerkendelse. Og med afsæt i krænkelserne, kropslige

krænkelser, nægtelse af rettigheder og nedværdigelse af livsformer er følgende begreber anvendt; Fordomme, tabu, krænkelse, negative oplevelser. Med afsæt i anerkendelsesteorien og et kritisk hermeneutisk perspektiv, er socialt udsatte patienters krænkelserfaringer i mødet med sygeplejersken søgt belyst ud fra interviewspørgsmålene. Baggrunden for at anvende interviewspørgsmål og ikke de formulerede forskningsspørgsmål er således, at sikre at de spørgsmål informanterne præsenteres for er formuleret i et dagligdagssprog. For på denne måde at søge dynamiske og spontane udtalelser fra informanterne og forebygge forvirring af de abstrakte forskningsspørgsmål (Kvale & Brinkmann 2009, s.152). Struktureringen af de individuelle interviews har således været, at informanterne løbende blev præsenteret for interviewspørgsmålene og min rolle har i denne forbindelse været at lytte til og observere informanten under svarene. Under de individuelle interviews har så få interviewspørgsmål været at ønske, således at min aktivitet har kunnet mindskes og fokus har været på informantens svar, som har tilkendegivet dennes oplevelser i mødet med sygeplejersken. Dog er der løbende blevet suppleret med uddybende eller nye spørgsmål, hvis der under interviewet har vist sig et behov for dette.

7.1.2 Inklusions - og eksklusionskriterier

Ud fra inklusions og eksklusionskriterier er der udvalgt informanter til deltagelse i individuelle interviews. Det overordnede inklusionskriterium har været, at informanterne skulle være indlagte eller have et igangværende ambulans forløb på interviewtidspunktet på Herlev hospital. Dette med et ønske om, at mødet med sygeplejersken skulle være i frisk erindring hos informanterne. Dette kriterium blev opfyldt, da alle informanterne har været indlagt på en somatisk afdeling på interviewtidspunktet eller har haft et igangværende ambulans forløb. Endvidere var et kriterium, at informanterne skulle kunne defineres som socialt udsatte, dette i henhold til nærværende speciales definition af, at være socialt udsat patient. Dette kriterium blev opfyldt i kraft af, at informanterne alle havde sociale udfordringer i en sådan karakter, at de kunne defineres som socialt udsatte. Endvidere var målet at der i de individuelle interviews skulle være en repræsentation af begge køn. Ovenstående kriterier blev valgt således, at informanterne hverken var alt for homogene og heller ikke for heterogene.

Overvejelser vedrørende hvorfra informanterne skulle indhentes blev også medtænkt, dette i forhold til om informanterne skulle komme fra samme organisation eller fra flere forskellige

organisationer. I nærværende speciale blev det valgt, at indhente informanter fra forskellige somatiske afdelinger og ambulatorier, dog på det samme hospital. Dette på baggrund af, at det i nærværende speciale søges at afdække socialt udsattes møde med sygeplejersken. Man kan argumentere for, at det havde været relevant at indhente informanter fra forskellige hospitaler, hvis ønsket var at belyse f.eks. organisationens betydning i mødet mellem socialt udsatte patienter og sygeplejersken.

I forbindelse med udvælgelse af informanter til specialet, har det været hensigtsmæssigt at indlede et samarbejde med socialsygeplejersken på Herlev Hospital, Karen Frampton, for at lokalisere de indlagte og ambulante socialt udsatte patienter. Karen Frampton har udelukkende haft den funktion, at formidle kontakten mellem den socialt udsatte patient og mig i forbindelse med at opnå et interview.

7.1.3 Overvejelser vedrørende kontakt til informanter og valg af antal informanter

Ud fra den konkrete problemformulering og hvorledes denne er ønsket belyst, blev det fundet relevant, at anvende netværk til at tage kontakt til informanter (Halkier 2006, s.36). Herunder tog jeg kontakt til udviklingssygeplejerske Jane Sørensen, som har formidlet kontakten til direktionen på Herlev Hospital med henblik på at blive godkendt til, at indsamle empiri på Herlev Hospital. Jeg har i denne godkendelsesproces fremsendt direktionen en projektbeskrivelse, samt interviewguide for de individuelle interviews.

Jeg gjorde mig overvejelser vedrørende eventuelle konfliktforhold der kunne befinde sig i at indsamle empiri på Herlev Hospital i kraft af, at jeg har mit daglige arbejde som sygeplejerske i Akutmodtagelsen. Jeg har været yderst bevidst om, at jeg ville komme til at færdes blandt kollegaer eller bekendte fra andre afdelinger. Jeg har dog alligevel ikke fundet det relevant, at afgrænse mig herfra, da det i nærværende speciale har været socialt udsatte patienters oplevelser der har været i fokus og derfor ville jeg ikke ende med at skulle interviewe kollegaer hvoraf der kunne opstå indforståethed.

Antal af informanter blev valgt, blandt andet på baggrund af at undgå for mange kvalitative interviews således, at det ville være vanskeligt at gå i dybden med analysen. En misforståelse indenfor kvalitative interviewundersøgelser vil ofte være, jo flere interviews, jo mere videnskabelig (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 133). Med dette in mente, vil nærværende speciales problemformulering søges belyst ud fra fem individuelle interviews. Dette vælges til

trods for, at generaliserbarheden mindskes, men vigtigheden af en dybdegående analyse af interviewene synes stor om end ikke større end generaliserbarheden er for den givne problemformulering (ibid, s.134).

7.1.4 Udførelsen af de semistrukturerede interviews

De semistrukturerede interviews fandt sted i hospitalets lokaler, enten på informantens sengestue eller i et mødelokale. Dette med fokus på, at informanten skulle føle sig tilpas og tryk i omgivelserne. Således at rammerne ville bidrage til en afslappet stemning og ikke mindst gøre det muligt for informanten at deltage taget deres givne funktionsniveau i betragtning eller indlæggelsesårsag. Valget af sted gjorde, at jeg kom til informanterne, således at de ikke skulle bruge tid eller tanker på at komme til mig. De semistrukturerede interviews blev optaget på en diktafon.

Interviewdagene startede med, at jeg ankom til Herlev Hospital kl.9.00 hvor jeg under samtale med socialsygeplejerske Karen Frampton lokaliserede socialt udsatte patienter i afdelingerne/ambulatorierne. Derpå påbegyndte jeg det første individuelle interview og derefter de følgende fire interviews. I interviewene startede jeg med, at introducere mig selv og min uddannelse. I forlængelse heraf informerede jeg mundtligt om fremgangsmåde, formålet og den videre fortolkning og analyse af empirien. Dernæst blev informeret samtykkeerklæring (Bilag 2) udleveret og underskrevet af informanten. Og derefter præsenterede informanterne sig selv. Informanten blev informeret om min rolle under interviewet og endvidere, at jeg i tilfælde af, at interviewet bevægede sig for langt væk fra den givne problemformulering ville styre interviewet på sporet heraf igen.

Det har været en stor udfordring, at lave aftaler om interview med de socialt udsatte patienter og jeg er gentagne gange kørt forgæves, hvor patienterne har ombestemt sig i forhold til, at ville deltage i undersøgelsen. Årsagerne til at de har ombestemt sig har været forskellige. Nogle af de socialt udsatte patienter har været så somatisk dårlige, at det ikke har været muligt, at gennemføre interviewet og andre har været generet af abstinenser eller har forladt afdelingen uden varsel på trods af en aftale om at interviewet skulle finde sted den pågældende dag. Dette har skabt udfordringer i forhold til, at finde tilstrækkeligt med interviewpersoner inden for den planlagte periode og dermed forlænget interviewperioden betydeligt.

7.1.5 Transskribering

I forbindelse med transskriberingen af de individuelle interviews har jeg gjort mig følgende overvejelser. Den første overvejelse omhandler hvorvidt det var nødvendigt at transskribere hele interviewet eller om der var mulighed for blot at transskribere uddrag fra de fem interviews i citat form. Jeg besluttede at transskribere hele datamaterialet. Dette med øje for den kommende fortolkende bearbejdning og udarbejdelsen af analysen. Jeg fandt det væsentligt, at hele datamaterialet blev transskriberet, således at ordene ikke blev taget ud af den sagte kontekst og på denne led sikre at jeg også i fortolkningen og analysen netop fortsat blev konfronteret med denne kontekst (Kvale & Brinkmann 2009, s.200).

Henvisningsformen til de fem transskriberede interviews vil være i sidetal.

Det transskriberede data er skrevet i direkte talesprog, som det er blevet sagt af informanterne. Det er under fortolkningen og analysen dog medtænkt, hvorledes meningen eller formuleringen kan virke både gentagne og meningsforstyrrende når det tages ud af konteksten og ud af interaktionen mellem interviewer og informanten (Kvale & Brinkmann 2009, s. 200).

7.1.6 Etiske og juridiske overvejelser

I dette afsnit redegøres der for etiske og juridiske overvejelser der har lægget til grund for udarbejdelsen af dette speciale.

Nærværende speciale er udarbejdet ud fra studiehåndbogens indeholdende retningslinjer om udformning og indhold i specialeskrivningen.

Specialet indeholder ingen personfølsomme data i form af politiske og religiøse overbevisninger, seksuelle forhold, strafbare forhold, væsentlige sociale problemer, interne familieforhold eller ulykkestilfælde og på baggrund af dette er specialet og det indsamlede empiri ikke meldt til Datatilsynet (Brinkmann & Tanggaard 2010, s. 432).

I overensstemmelse med de etiske og juridiske retningslinjer er der i specialet i forbindelse med indhentning af data i form af individuelle interviews lavet informeret samtykke, som informanterne inden interviewet underskrev. I forbindelse med de individuelle interviews blev informanterne mundtlig og skriftlig informeret om specialets problemformulering, formål, anvendelse og videnskabsteoretiske tilgang. Endvidere blev informanterne gjort bekendte med, at deltagelsen i interviewet var frivillig og at de til enhver tid og uden yderligere

begrundelse kunne trække sig fra deltagelsen, hvorefter materialet ville blive destrueret og udeladt af opgaven. Informanterne er informeret om, at de i specialet er anonymiseret og at indsamlet data vil blive destrueret efter anvendelse. Det skriftlige informerede samtykke er underskrevet, hvorefter der er taget kopi af originalen som er udleveret til informanterne. Jeg har efter udførelse af interviewene ansvar for, at håndtere og opbevare data, så fortrolighed og anonymitet bevares (Brinkmann & Tanggaard 2010, s.432). Der er i forbindelse med transskriberingen taget højde for, at informanternes udtalelser er gengivet direkte. I forbindelse med dette har etiske overvejelser og den hermeneutiske tilgang været afgørende for, at jeg fortsat i mit arbejde med empirien lagde vægt på at fortolke disse citater ud fra den helhed de er blevet sagt i. Informanterne er ligeledes blevet tilbudt, at få tilsendt den færdige skriftlige opgave. Dette tilbud har ingen af de fem informanter taget imod.

7.2 Præsentation af interviewpersoner

Interviewperson 1: Anders, 41 år. Han har et alkoholafhængighedssyndrom og er indlagt på et medicinsk sengeafsnit til behandling for abstinenser.

Interviewperson 2: Finn, 55 år. Han er tidligere IV-misbruger og er nu i metadonbehandling med et sidemisbrug af smertestillende medicin. Han modtager ambulantly stråleterapi for cancer recti.

Interviewperson 3: Kris, 44 år. Han har et alkoholafhængighedssyndrom og er indlagt på et medicinsk sengeafsnit for en systemisk infektion og fraktur på højre arm.

Interviewperson 4: Jens, 64 år. Han har et alkoholafhængighedssyndrom og er indlagt på et kirurgisk sengeafsnit for pancreatitis.

Interviewperson 5: Maria, 46 år. Hun har et alkoholafhængighedssyndrom og er hjemløs. Hun er indlagt i Akutmodtagelsen for kronisk obstruktiv lungesyndrom og til behandling for abstinenser.

7.3 Supplerende empiri

Et udsnit af kortfilmene fra rapporten *Fælles værdier* vil i det følgende søges skildret med henblik på, at supplere den indsamlede empiri i undersøgelsen.

Jan, der omtaler sig selv som social udsat og misbruger: Jan fortæller om sine oplevelser i mødet med forskelligt personale på herberger, hospitaler og politi, hvor han føler sig talt ned til og endvidere fastholdt i en taberrolle. Han fortæller hvordan han tidligere har været hjemløs og at han til trods for, at han nu har fået en lejlighed fortsat omgås andre som stadig er hjemløse, da han mener at alle har ret til at blive accepteret og at alle har ret til at blive mødt i øjenhøjde. Netop at møde andre i øjenhøjde, mener han generelt, at mange ansatte hos kommunen og sundhedsvæsenet har svært ved. Han mener, man skal behandle andre som man selv vil behandles (Videofortælling 1, 2012).

Jesper, der omtaler sig selv som stofmisbruger: Jesper fortæller om hvordan han har oplevet, at blive mødt i sundhedsvæsenet. Jesper fortæller, at han har en smerteproblematik og i forbindelse med det har henvendt sig både hos en Akutmodtagelse og hos sin egen læge. Begge steder følte han sig ikke hørt og blev mødt med mistro, hvilket resulterede i at han i dag ikke har tillid til sundhedsvæsenet og hellere selv af kriminelle veje vil anskaffe sig smertestillende medicin. Jesper pointerer vigtigheden af, at blive mødt og lyttet til og endvidere at alle mennesker har ret til de samme tilbud (Videofortælling 3, 2012).

Henrik, der har et alkoholmisbrug og hashmisbrug: Henrik fortæller, hvordan han fik besked på af sin egen læge, at han skulle stoppe sit alkohol- og hashmisbrug før han kunne få nogen behandling og dette efterlod Henrik med en følelse af ikke at blive hørt og ikke blive taget seriøst. Henriks pointe er, at der er forskelsbehandling i sundhedsvæsenet og at det kun er de *rige* der tages seriøst (Videofortælling 4, 2012).

7.4 Hermeneutisk meningsfortolkning

I nærværende speciale er det valgt, at benytte hermeneutisk meningsfortolkning af Steinar Kvale og Svend Brinkmann (Kvale & Brinkmann 2009, s.354).

Kvale og Brinkmann har udarbejdet en analysemetode, som kan benyttes til, at undersøge en teksts mening. Denne analysemetode består af tre fortolkningstrin, hvor man sætter teksten ind i tre forskellige fortolkningskontekster. 1) Selvforståelse 2) Kritisk common – sence forståelse 3) Teoretisk forståelse (Kvale & Brinkmann 2009, s. 237-239).

Relevante uddrag af de individuelle interviews vil i henhold til Kvale og Brinkmann blive hermeneutisk meningsfortolket. Først benyttes begrebet *selvforståelse*, hvor uddrag af de fem interviews som findes relevante i forhold til, at belyse problemformuleringen med, vil blive fremstillet. I dette tilfælde vil det være informanternes citater ud fra interviewspørgsmålene der vil gøre sig gældende i form af citatuddrag. Dernæst arbejdes videre med uddragene i henhold til Kvale og Brinkmanns *kritisk common - sense forståelse*, hvor uddragene i form af citater vil blive fortolket ud fra en faglig og personlig erfaringsramme. Endeligt vil deres begreb *teoretisk forståelse* benyttes i forbindelse med, at skabe en teoretisk forståelse af interviewuddragene hvilket gøres ved, at inddrage relevant teori til analysen.

Ifølge Kvale og Brinkmann benyttes analysemetoden til, at organisere tekster og koncentrere meningsindholdet således, at den implicite mening i det der bliver sagt relativt kortfattet kan præsenteres og dernæst analyseres med et teoretisk perspektiv (Kvale & Brinkmann 2009, s. 230).

Kapitel 5 Undersøgelsens analyse

8.0 Analyse overvejelser

I kraft af, at jeg vedkender mig fordomme og at disse fordomme, som tidligere nævnt, består af et kritisk perspektiv som jeg henter i Honneths ståsted vil det normative kritiske perspektiv fungere som ledetråd i min analyse og min kritiske tilgang i fortolkningen.

Det vil i analysen være mig der kommer til, at fortælle de socialt udsatte patienters historie ved inddragelse af citater og fortolkning af disse. Jeg formidler hvad vi får af vide ud fra teorien, sammenholdt med den empiriske analyse. Helt overordnet tegner det empiriske materiale et billede af, at socialt udsatte patienter besidder divergerende oplevelser i mødet med sygeplejersken og dette vil ligeledes være tydeligt i den analytiske del. De socialt udsatte patienters fortællinger er sammensatte og komplekse og tegner både et billede af gode oplevelser og dårlige oplevelser i mødet med sygeplejersken. Og det komplekse i deres oplevelser er, at en og samme patient både føler sig anerkendt og krænket og det vil være tydeligt, at se i analysedelen når deres navne og citater går igen både i den første og anden del af analysen. De oplevelser som tegner et positivt billede vil jeg først vise interesse for og

analysere i første afsnit af analysen og sidste del af analysen vil dermed skildre de krænkelsererfaringer socialt udsatte patienter oplever i mødet med sygeplejersken.

Jeg har i formidlingen af analysen valgt, at inddеле den i to afsnit med underafsnit som tager afsæt i Honneths anerkendelsessfære og krænkelserformer, hvilket har resulteret i overskrifterne; *Den gode relation* og *Krænkelsererfaringer*. Jeg har valgt, at dele analysen op for at skabe overblik over de socialt udsatte patienters oplevelser. Det skal dog pointeres, at afsnittene repræsenterer to sider af samme sag. Pointen vil være den samme hvad enten det er analysen af de gode eller dårlige oplevelser. Oplevelserne vil alle pege på vigtigheden af anerkendelse i relationen. Det søges, at formidle analysen af empirien på en sammenhængende og læsevenlig måde. Når der i analysen anvendes citater fra empirien vil det blive gjort således, at informanterne konsekvent vil blive kaldt for fiktive navne.

Honneths anerkendelsesteori vil løbende blive anvendt i analysen af de socialt udsatte patienters oplevelser. Derudover vil der, hvis relevant, blive inddraget andre teoretiske perspektiver i analysen. Disse teorier vil blive præsenteret løbende i analysen i forbindelse med anvendelsen.

Citater af de socialt udsatte patienters oplevelser vil være gennemgående i analysen og i enkelte tilfælde vil citaterne blive anvendt flere gange, men i forskellige afsnit, når dette findes relevant i forhold til den konkrete sfære og der derfor kan fremdrages nye pointer ud af citaterne.

8.1 Analyse – del 1: Den gode relation

Den gode relation tager i nærværende analyseafsnit afsæt i det ideelle sociale arbejde indenfor sygeplejen med afsæt i Honneths anerkendelsesbegreber. Idealet ses som noget praktisk realisérbart og kan oversættes med noget der er perfekt og ønskværdigt i forhold til mødet mellem den socialt udsatte patient og sygeplejersken.

De socialt udsatte patienters oplevelser er blevet fortolket og jeg vil i det følgende søge, at afdække det ideelle møde mellem den socialt udsatte patient og sygeplejersken ud fra ideen om, at idealet er privat-, solidarisk- og retlig anerkendelse.

En socialt udsat patient er blevet spurgt om han føler sig anerkendt af sygeplejerskerne og svaret er entydigt positivt.

”Helt bestemt! Så er der ikke mere at sige til det... De (sygeplejerskerne) er der sku bare”
(Interview Finn, s.2).

Han er ikke et sekund i tvivl om, at han bliver anerkendt som menneske. Og det vil ud fra de tre følgende afsnit forsøges, at klarlægge hvad denne anerkendelse består af med afsæt i Honneths beskrivelse af privat-, solidarisk- og retlig anerkendelse.

Analyse - privatsfæren

De socialt udsatte patienter er spurgt til oplevelsen af omsorg og opfyldelse af behov i mødet med sygeplejersken og uddrag af deres fortællinger vil i det følgende være med til, at beskrive den gode relation hvor anerkendelsesidealet ud fra privatsfæren opnås.

”(...)Og jeg blev opereret. Så skar de ud. Det jeg kalder mit askebæger. Og der skulle jeg ligge på maven hele tiden bagefter. Og man skal jo tisse og drikke og alt det der, men de (sygeplejerskerne) fangede det lige med det samme, åbenbart. De kunne se hvad jeg havde brug for og skulle. De havde prøvet det før og den der erfaring de har, kom direkte hen til mig og det var en god oplevelse. Jeg følte mig tryk. Det er en vigtig ting” (Interview Jens, s.1).

Jens fortæller videre; *”De forstår mine behov indenfor det der lukkede rum, som det er. Og som kan se når jeg har det godt og når jeg ikke har det godt og spørg ind til det. Det er vigtigt at de forstår jeg ikke har det godt fordi... bla bla bla. Det er vigtigt at man har en social kontakt og de lytter. Altså så man også kan snakke om lyst og fast. Og at de hjælper mig”*
(Interview Jens, s.2).

Jens fortæller om hvordan han har oplevet omsorgen fra sygeplejerskerne under hans indlæggelse. Og Jens udtrykker eksplicit, at sygeplejerskerne og deres måde at aflæse hans behov på fik ham til at føle sig tryk og at dette var en vigtig ting for ham. Dette kan umiddelbart henføres til operationaliseringen af privatsfæren, hvor sygeplejersken ud fra intuition aflæser og handler på den socialt udsatte patients behov. Sygeplejerskerne kunne i Jens' tilfælde reagere på hans behov inden han selv nåede, at udtrykke dem og man kan endvidere argumentere for, at dette skabte et fundament af tillid for omsorgen, da Jens følte sig tryk. Derudover kan det henføres til Honneth, som mener at den kontinuerlige omsorg et menneske modtager fra en signifikant anden i fremtiden kan være med til, at underbygge den tillid man vil føle til andre mennesker i lignende situationer (Honneth 2006, s. 11). Man kan

argumentere for, at Jens' oplevelse læner sig direkte op ad Martinsens pointe omkring sygeplejerskens intuition og hvorledes denne skal komme patienten til gavn under forløbet og være med til at skabe tryghed.

Jens' oplevelse suppleres med Finns oplevelse af hvad der tolkes, som omsorg, nærvær og medleven fra sygeplejerskerne under hans indlæggelse.

"Da jeg var indlagt der. Der skulle jeg til min svigerindes 50 års fødselsdag og der sørgede de (sygeplejerskerne) for, at det (jakkesættet) kom til rens og hjalp mig med at blive klædt på. Og det er det jeg kalder for en god sygeplejerske. De hjalp mig med at se min familie"(Interview Finn, s.3).

Finns oplevelse tolkes som et stort engagement fra sygeplejerskernes side af i hans livssituation. Dette engagement og indlevelsen i hans behov resulterer i, at Finns individuelle behov bliver set og han bliver støttet af sygeplejerskerne i at kunne opfylde dem. Dette kan sammenholdes med privatsfæren og den afhængighed der kan opstå i nære relationer mellem mennesker;

"Kærligheden figurerer hos Honneth som en anerkendelsessfære, fordi kærlighedsforholdet mellem subjekter erfares som et gensidigt affektivt behov, dvs. at subjektet i intersubjektiv, reciprok erfaring erhverver sig erkendelsen af at være i et gensidigt afhængighedsforhold af emotionel opmærksomhed" (Willig i Honneth, 2006, s.11).

Pointen i citatet er således den gensidige følelsesmæssige afhængighed der indfinder sig i relationen. Man kan ud fra begge patientfortællinger tolke en fuldstændig afhængighed i kraft af, at både Jens og Finn har behov der kun kan opfyldes i kraft af den nære relation til sygeplejersken. Sygeplejersken er i begge tilfælde den der disponerer over opmærksomheden og omsorgen til dem. Og deres oplevelse af den kontinuerlige omsorg og opfyldelse af behov kan bidrage til en selvtillid hos dem, som kan resultere i en fremtidig tro på og tillid til andre mennesker.

Jens fortæller videre, om sin oplevelse af nærvær fra sygeplejerskerne;

"En af de vigtige ting man mærker det er, at når de snakker med mig så kigger de på mig. I stedet for de laver alt muligt andet. Og hvis de ikke har tid, så siger de: "Jeg kommer lige

tilbage om lidt". Så går der et øjeblik og så kommer de tilbage og snakker. Face to face. Det er vigtigt. Værdighed. Og man bliver set" (Interview Jens, s.2).

Jens fortæller her om oplevelsen af, at blive set og hørt. Og det efterlader ham med en følelse af værdighed. Det tolkes, at denne følelse opstår i kraft af hans oplevelse af, at sygeplejerskerne tager sig tid og er til stede verbalt og nonverbalt hos ham. Dette kan henføres til tolkningen af kærlighedsforholdet i rapporten *Fælles værdier* når det overføres til en professionel aktør, hvor omsorg, nærhed og medleven vil danne rammen for relationen (Juil & Riiskjær, 2012, s.30). Jens' oplevelse af nærhed udspiller sig ved, at sygeplejersken både mentalt og fysisk stiller sig selv til rådighed.

Den intuition og nærhed sygeplejerskerne viser i Jens' tilfælde kan sammenholdes med Martinsen, som siger;

"Godt omsorgsarbeid krever en intuitiv oppmerksomhet og lydhørhet overfor pasienters nære behov og problemer. Det krever at en er så mye i nærheten av den enkelte pasient at det til en viss grad bliver mulig å bli personlig kjent med han eller henne" (Martinsen, 1991, s. 109).

Af citatet fremgår det, at omsorg er baseret på en intuitiv opmærksomhed og lydhørhed overfor patienten og at dette arbejde kræver, at sygeplejersken er tæt på patienten og skaber en nær relation. Martinsen problematiserer midlertidigt dette, da sundhedsvæsenet i skrivende stund bliver mere og mere videnskabeligt baseret og hun mener derfor, at sygeplejerskerne i dag læner sig mindre op ad deres intuition (Ibid). Med afsæt i ovenstående citat, mener Martinsen at den ideelle sygepleje finder sted i kraft af omsorgen og dette sammenholdes endvidere med Honneths privatsfære, hvor kærlighedsanerkendelsen opstår i kraft af omsorg og den omsorgsgivendes intuition (Honneth 2006, s.135). Sygeplejersken formår til trods for, at hun nogle gange står midt i noget andet, at få Jens til at føle sig værdig. Og det er et strålende eksempel på hvordan sygeplejersken kan være til stede i sygeplejen til den socialt udsatte patient, hvor anerkendelsesidealet opnås.

Analyse – den retlige sfære

Hvor der i ovenstående analyse har været fokus på privatsfæren vil der nu vises mere interesse for hvordan anerkendelsen opstår i den retlige sfære.

Til klarlæggelsen af idealet, er følgende citat fortolket i en kontekst af retlig anerkendelse. Den socialt udsatte patient er blevet spurgt, om han oplever at blive inddraget i behandlingen af sygeplejersken.

”Ja, det gør jeg. Og sygeplejerskerne fortæller mig også at det er mig der bestemmer. Jeg er også blevet tilbudt, at læse min journal. Men det behøves ikke. Jeg ved jo selv hvad der er sket når jeg har været indlagt” (Interview Kris, s. 3).

Anerkendelsen indebærer, at socialt udsatte patienter føler sig synliggjort i mødet med sygeplejersken både i kraft af den møde de bliver mødt på, den information der bliver givet og de rettigheder de oplever, tilkommer dem. Kris giver udtryk for, at han oplever sig selv som medbestemmende i behandlingen. Kris oplever, at sygeplejersken i mødet med ham anerkender, at han besidder rettigheder idet at han føler sig inddraget i behandlingen. Ifølge Honneth oplever mennesket dets autonomi anerkendt, når det erfarer, at det besidder samme rettigheder som resten af befolkningen (Honneth, 2006, s.159). Og man må hertil sige, at Kris bliver tillagt rettigheder og tilmed informeres om de muligheder der er for, at han udøver disse. Kris oplever midlertidig ikke noget behov for, at læse sin journal, men informationen i sig selv kan have været med til at bringe så meget lys over hans forløb, at han ikke igen har brug for at gennemgå behandlingen.

Honneth pointerer, at i kraft af at;

”retssubjekterne adlyder den samme lov, anerkender de hinanden som personer, der med individuel autonomi kan træffe fornuftige beslutninger vedrørende moralske normer” (Honneth, 2006, s.149).

Man kan argumentere for, at Kris oplever sin autonomi anerkendt i kraft af at sygeplejersken informere ham om hans rettigheder, som en ret han deler med hele befolkningen. Sygeplejersken tilbyder Kris agtindsigt og bringer derved § 37 i spil og anerkender hans ret til indsigt i eget forløb og den behandling der er givet. Med afsæt i dette kan man også argumentere for, at Kris oplever, at sygeplejersken ser ham som et menneske der vil agere med moralsk indsigt og ud fra de gældende normer. Det er ifølge Honneth afgørende, at den socialt udsatte ses som et moralsk tilregneligt menneske for at kunne blive tildelt rettigheder (Honneth 2006, s. 154).

Kris fortæller videre;

”Vi snakker om det(behandlingen) og finder ud af hvad vi skal gøre” (Interview Kris, s. 2).

Kris fortæller, at han og sygeplejersken taler om det og finder frem til handlingerne i fællesskab. Med afsæt i denne linje hvor Kris omtaler, sig selv og sygeplejersken som *vi*, kan der argumenteres for, at han oplever sig selv som et moralsk tilregneligt menneske med rettigheder indenfor sundhedsloven § 15 idet at han oplever sig inddraget i beslutningerne vedrørende behandlingen. Og dette kan henføres til, at Kris vil opleve selvværdsættelse og se sig selv som handledygtig i forhold til eget forløb.

Af relevans hertil fortæller Jens om hans oplevelse af, at blive inddraget i behandlingen.

”Det gør jeg bestemt. Jeg føler jeg har en stemme. Der bliver spurgt til mig og lyttet. Så jeg synes virkelig jeg har noget, at skulle have sagt. Men det er jo også mig selv der skal leve med sygdommen og det er også mig selv der kan ændre ting og gøre noget. Jeg er ikke på hospitalet hele tiden og så er det jo op til mig selv” (Interview Jens, s.2).

Jens er ikke i tvivl om, at han har en stemme i behandlingen og i relationen til sygeplejerskerne. Det tolkes, at han ser sig selv, som handledygtig i forhold til egen situation og han lægger ikke skjul på, at det er ham der kan gøre noget og ændre på tingene i forhold til hans sygdom. Man kan henføre Jens' oplevelse til *”at være arkitekt i eget liv”*, som Honneth kalder det (Honneth 2006, s.161). Anerkendelsen opstår i kraft af, at Jens føler sig lyttet til og har en finger med i sit eget forløb under indlæggelsen og i kraft af dette kan man argumentere for, at han oplever sig selv som en der besidder rettigheder. Han er medaktør og har en autonom stemme, som resulterer i den selvrespekt og selvagtelse han udviser i kraft af det han siger *”det er også mig der kan ændre tingene”* og *”så er det jo op til mig selv”* (Interview Jens, s. 2).

Honneth siger;

”At have rettigheder sætter os i stand til at ’ranke os som mennesker’, at kunne se andre i øjnene og på en fundamental måde føle sig på lige fod med de andre” (Honneth, 2006, s. 161).

Man kan i sammenhæng med dette sige, at Jens 'ranker sig som menneske' i kraft af den retlige anerkendelse han oplever i mødet med sygeplejersken. Jens' oplevelse kan henføres til Sundhedslovens § 15 og § 16, som foreskriver, at patienten skal medinddrages i beslutninger i forhold til behandlingen og modtage den fornødne information, som gør at patientens autonomi medtænkes og værdsættes i forhold til det videre forløb.

En anden socialt udsat patient fortæller;

"Ja, da. Jeg er med hele vejen. Det er mig det handler om. Det er lige før de (sygeplejerskerne) kan spørge for meget: "Vil du det Finn?" "Skal vi gøre det sådan Finn?"" (Interview Finn, s. 2).

Med udgangspunkt i citaterne af Jens og Finn, mener jeg at kunne eksemplificere og tydeliggøre deres oplevelse af retlig anerkendelse. Finn giver tilmed udtryk for, at han nogle gange kan opleve at blive inddraget og spurgt for meget. Så en balance i forhold til den socialt udsatte patients situation, retlige forhold og patientens sygdomstilstand vil være oplagt i forhold til, at kunne inddrage den socialt udsatte patient i forløbet på en hensigtsmæssig måde og med udgangspunkt i det pågældende menneskes livssituationen. Dette kan henføres til Sundhedsloven § 16 stk. 2, som omhandler patientens mulighed for, at frabede sig information og inddragelse i behandlingen (Ministeriet for sundhed og forebyggelse, 2010). Finn er i et langt behandlingsforløb for cancer og et sådan forløb kan i sig selv tære på mennesker uden et sideløbende misbrug eller andre sociale problemstillinger. Det vil dog placere et ansvar hos sygeplejersken om, at informere patienten om denne rettighed, således at patienten kan foretage et valg baseret på viden om egne rettigheder. Således at Finn vil opleve sig selv, som en der besidder rettigheder til trods for, at han måske ikke vil gøre brug af dem.

Analyse – solidarisk sfære

Interessen på de socialt udsatte patienters oplevelser vil nu centrere sig omkring den solidariske sfære og hvorledes anerkendelsen udspiller sig i denne kontekst.

"Så det (alkoholmisbrug) er ikke noget de (sygeplejerskerne) ser ned på. Jeg tror bare, at de prøver at hjælpe. Vi snakker om det (behandlingen) og finder ud af hvad vi skal gøre" (Interview Kris, s. 2).

Kris fortæller at han oplever, at sygeplejerskerne ikke ser ned på årsagen til hans indlæggelse. Tværtimod føler han de gør en indsats for at hjælpe ham. I forhold til, at Kris ikke oplever at hans alkoholmisbrug er et tabu i mødet med sygeplejersken kan det bidrage til en mere ligeværdig relation. En relation hvor Kris ikke skal skamme sig eller føle sin livsform nedværdiget af sygeplejersken. Dette tolkes, som værende det modsatte af en krænkelse, altså anerkendelse af *hele* Kris i forløbet. Kris' oplevelse af, at sygeplejersken er der for, at hjælpe kan bidrage til en selvværdsættelse, som kan gøre at Kris føler sig som en del af fællesskabet og ikke som en der stemples ud fra hans livsform.

Ifølge Honneth vil mennesket i kraft af den individuelle anerkendelse se sig i stand til positivt, at kunne henføre respekten for præstationer tilbage til sig selv (Honneth 2006, s. 172).

Kris kan tillægge sine individuelle egenskaber og livsform en betydning og dermed opnå den selvrespekt oplevelsen måtte medføre. Kris oplever, at han har en andel i beslutningerne og deraf også i forløbet idet, at han og sygeplejersken taler om hvad der skal gøres. Indenfor den solidariske sfære, beskæftiger Honneth sig med de samfundsmæssige normer eller værdihorisonter der gør sig gældende og deraf måden hvorpå forskellige livsformer kan tillægges større betydning end andre (Honneth 2006, s. 178). Man kan sige, at Kris oplever, at sygeplejersken anerkender hans egenskaber og muligheder på lige fod med andres.

Ifølge Honneth må der opstå en enighed ud fra værdihorisonterne om, at andres egenskaber og muligheder har lige stor betydning (Honneth, 2006, s. 172). Og man kan i den sammenhæng sige, at Kris oplever sig mødt på en måde hvor hans livsform ikke opleves som noget der kompromitterer hans forløb.

Man kan også henføre Kris' oplevelse af samarbejde mellem ham og sygeplejersken til Orems pointer omkring handlingsstrategier og hvordan disse bør opnås i et samarbejde eller af patienten på egen hånd. Og man må sige, at Kris oplever dette i mødet med sygeplejersken. Inddragelsen af Kris i forløbet og dialogen om hvad der skal gøres inddrager Kris' synspunkter og derfor også handlemuligheder.

Følgende citat er taget ud af en kontekst hvor Jens bliver spurgt om, om han føler sig set og hørt, som det menneske han er af sygeplejersken.

”(Snakker)Lige om hvad jeg har brug for. Både om behandlingen og om andre ting. Face to face. Det er vigtigt. Værdighed. Og man bliver set” (Interview Jens, s. 2).

Jens giver udtryk for, at han både føler sig set og hørt af sygeplejersken og at det kommer til udtryk ved det fysiske nærvær fra sygeplejersken. Han nævner også, at han kan tale med sygeplejersken om hvad han har brug for og det resultere i en følelse af værdighed. Det tolkes, at det at Jens bliver hørt af sygeplejersken gør, at han føler sig værdsat i relation til behandlingen og at han har en oplevelse af at blive mødt på en måde så han kan bruge sine egenskaber. Man kan med udgangspunkt i dette argumentere for, at Jens oplever selvværdsættelse, da han eksplicit fortæller at sygeplejersken får ham til at føle sig værdig og Honneth sammenkæder dette med den solidariske anerkendelse. Det kan endvidere tolkes som om, at Jens oplever sig som et menneske med individuelle egenskaber og med en livsform, som ikke kompromitterer hans indsigt i egen situation.

I relation til hvordan sygeplejersken får en patient til at føle, udtaler Finn;

”Som et menneske. De (sygeplejerskerne) taler ikke som om man er syg. Altså sådan noget: ”åhhh er du nu så syg”. Sådan noget gider jeg ikke. Snak til én som om jeg er normal. Og det gør de. Det kan jeg godt lide” (Interview Finn, s.1).

Dette kan igen henføres til citatet fra Jens hvor han fortæller, at han bliver set, hørt og mødt med værdighed af sygeplejersken (Interview Jens, s. 2). Og man kan endvidere udlede, at der i Finns tilfælde er en anerkendelse af ham, som det menneske han er. Finn har et tidligere IV-misbrug og er nu i metadonbehandling samtidig med et sideløbende misbrug af smertestillende medicin. Tanken er derfor, at sygeplejersken på trods af dette får Finn til, at føle sig som et menneske og man kan derfor tilføje, at Finn i situationen må opleve at hans livsform bliver anerkendt. I forhold til dette, findes det relevant at fortælle, at Finn er i kemobehandling dagligt på Herlev hospital gennem flere uger. Han skal møde kl.8.00 hver dag og derfor allerede stå op og ud af døren ved 4 tiden, fordi han bor så langt fra hospitalet. Og i kraft af dette, kan man sige at Finn udviser god indsigt i sit forløb og at sygeplejerskens anerkendelse kan bunde i dette.

Endvidere inddrages et citat af Finn, som fortæller om den indflydelse sygeplejerskens anerkendelse har på ham når han møder til behandling;

”Jamen det påvirker jo sådan, at jeg gider at skulle op klokken lort om morgen, rent ud sagt. Fordi jeg bor helt i Hundested. Så nogen gange når jeg har tid herinde kl.8, så skal jeg stå op klokken fire ik. Altså.... Haha... det gør man fordi når man kommer herind, så ser man et smil på læben med det samme ikke. De (sygeplejerskerne) siger go’ morgen og halløjsa hvor det går...” (Interview Finn, s.1).

Finn giver i citatet udtryk for, at sygeplejerskernes måde at møde ham på når han kommer til behandling er vigtig i forhold til hans lyst til at stå tidligt op og komme ud af døren. Finns oplevelse af anerkendelse er tydelig og han lægger vægt på de smil han bliver mødt med og samtidig hvordan han bliver hilst velkommen verbalt.

Disse to socialt udsatte patienters møder med sygeplejersken kan sammenholdes med Højlund og Juuls perspektiv på anerkendelse i den grundlæggende form, som består af ikke kun at se menneskets fysiske tilstedeværelse, men også anerkende mennesket i en ikke-visuel forstand (Højlund og Juul, 2005, s.29). Det vil sige, at Jens og Finn ikke kun anerkendes visuelt, men også anerkendes af sygeplejersken ud fra det nonverbale og verbale. De kan derfor opleve sig værdige og have selvagtelse, da de oplever, at sygeplejersken forholder sig velvilligt og respektfuldt over for dem.

8.1.1 Sammenfatning af analyse - del 1

Interessen for den gode relation mellem den socialt udsatte patient og sygeplejersken har været med til, at bringe nogle patientoplevelser frem i lyset og derfor været med til at afdække hvad der kan fungere som fundament i relationen hvor anerkendelsesidealet opnås.

Sammenfatningen af afsnittene viser, at de socialt udsatte patienter oplever, at sygeplejersken er tilstedeværende med alt hvad denne tilstedeværelse indebærer af sympati, omsorg, nærhed, intuition og medleven. Ud fra den retlige sfære har de socialt udsatte patienter oplevelser der har rod i Sundhedsloven, hvor de føler sig velinformerede og inddragede i behandlingen. De har en oplevelse af, at være arkitekt i eget forløb. Derudover ses det, at de socialt udsatte patienter udviser en interesse og lyst til at tage del i beslutningerne og man kan sige, at dette muligvis er et resultat af den inddragelse de oplever. I forhold til den solidariske sfære hører vi, at de socialt udsatte patienter oplever sig som handledygtige i forhold til eget forløb. Den kommunikative kontakt er fremhævet her og fremstår som afgørende for følelsen af at blive set og føle sig værdig.

Man kan ud fra sammenfatningen af hvad der kort har præsenteret sig i afsnittene fastholde, at den gode relation eksisterer og at den tydeligt tager sit afsæt i idealet om privat-, retlig- og solidarisk anerkendelse.

8.2 Analyse - del 2: Kränkelseserfaringer

Med udgangspunkt i de socialt udsatte patienters oplevelser i mødet med sygeplejersken, vil jeg søge gennem denne del af analysen, at give et billede af de kränkelseserfaringer de efterlades med og hvilke konsekvenser det kan have for deres selvbillede og relationen til sygeplejersken.

I det følgende citat er en socialt udsat patient blevet spurgt, om han føler sig anerkendt af sygeplejersken.

”Nogen gange... af nogle sygeplejersker. Og nogle er også bare sure og taler ned til mig. Det gør mig vred” (Interview Kris, s.1).

Kris giver udtryk for, at det kun er nogle sygeplejersker han føler sig anerkendt af. Og årsagen hertil er, at han oplever nogle af sygeplejerskerne taler ned til ham. Det resulterer i, at Kris føler vrede hvilket kan henføres til hans kamp for anerkendelse og at hans intersubjektivt opnåede, positive forståelse af sig selv bliver krænket. Kris føler sig uretfærdigt behandlet. Honneth mener, at det ikke nødvendigvis er en begrænsning af handlefrihed der opleves problematisk, snarere er det selvforståelsen der lider skade (Honneth, 2006, s.175). I de tre følgende analyseafsnit vil det søges, at afdække hvilke kränkelseserfaringer socialt udsatte patienter efterlades med i mødet med sygeplejersken og hvordan de udspiller sig ud fra Honneths tre kränkelsesformer, kropslige kränkelse, nægtelse af rettigheder og nedværdigelse af livsformer.

Analyse - kropslige kränkelse

Lige så vel, som berøring kan give tryghed og opleves som fysisk nærvær i en situation mellem en socialt udsat patient og en sygeplejerske, kan berøring også resultere i ringeagtserfaringer i form af kropslige kränkelse. Honneth taler her om kränkelse der udspiller sig legemligt, men manifestere sig psykisk, som kränkelse der vil bryde tilliden og destruere selvtilliden hos mennesket (Honneth, 2006, s. 176). Ved en behandling på et somatisk hospital, vil der primært altid være tale om en eller anden form for fysisk

behandling. Og denne behandling kan i sig selv opleves, som en krænkelse, hvis den socialt udsatte patient ikke giver sit samtykke til den behandling sygeplejersken skal give.

En socialt udsat patient er spurgt til inddragelsen i behandlingen af sygeplejersken;

”Det er sjældent. De fortæller mig hvad der skal ske og så sker det. Jeg ved jo godt, jeg kan sige fra, men det ligger situationen ikke ligefrem op til” (Interview Maria, s. 2).

Maria giver her udtryk for sparsom inddragelse og en oplevelse af en strøm af information og dernæst udførelse af handlinger uden hendes egentlige samtykke. Årsagen til Marias indlæggelse er en forværring i hendes lungesygdom, KOL. I den forbindelse har behandlingen en kropslig karakter hvor sygeplejersken anlægger et perifert venekateter og giver medicin for forværringen af sygdommen, derudover skal Maria have inhalationsmedicin der gives via en maske. De handlinger sygeplejersken udfører, kan henføres til en kropslig krænkelse, om end den er implicit i det Maria fortæller. Hun oplever, at situationen ikke lægger op til at hun kan sige fra og deri lægger krænkelsen og tab af kontrol over egen krop. Samtidig er det interessant, at Maria ikke siger fra overfor sygeplejersken. Ifølge Pierre Bourdieu, som beskæftiger sig med subjekter indenfor objektive strukturer, er det afgørende, de positioner vi tildeles indenfor et socialt rum. Han fremhæver her professioner som er statsautoriserede og som i og for sig arbejder med staten i ryggen (Bourdieu, 1997, s. 55-56). Dette kan henføres til sygeplejerskens rolle og det arbejde der udføres under behandling på et somatisk hospital. Sygeplejerskens rolle vil dermed og næsten automatisk give sygeplejersken mulighed for, at sætte sine opfattelser og handlinger igennem som et doxa i behandlingen. Bourdieu anvender begrebet symbolsk vold, som dækker over noget det *ikke* er, for eksempel støtte, omsorg eller som et udtryk for den rigtige viden i relation til et givent område. Symbolsk vold kan oversættes med en magt modparten modvilligt bøjer sig for og som ikke altid opleves som en magt. Årsagen til, at modparten bøjer sig kan sammenholdes med en oplevelse af, at opfattelserne eller handlingerne fremstår legitime og med gode intentioner til grund. Og der skal umiddelbart heller ikke være nogen tvivl om, at sygeplejersken formentlig har de bedste intentioner for Maria. Dette er dog ikke op til mig, at tolke. Derimod er fokus på Marias oplevelse af situationen. Maria oplever her, at hun sjældent bliver inddraget og at tingene udføres uden hendes egentlige samtykke. Intentionerne kommer i dette tilfælde til, at virke som underordnede og handlingerne som kropslige krænkelse hvis Maria ikke oplever, at hun har et valg i den givne situation.

Dette kan henføres til Maria, som fortæller videre;

”Men nogen gange ville det være rart, at føle at jeg har noget at skulle have sagt også selvom jeg måske ikke vil” (Interview Maria, s. 2).

Maria giver her udtryk for, at et valg ville være at ønske frem for, at tingene sker hen over hendes hoved. Hun siger tilmed også, at det ikke nødvendigvis er fordi hun vil sige nej, men det ville være rart hvis bare muligheden var der. Dette kan tolkes, som Marias stille kamp for anerkendelse i den givne situation. Maria ønsker egentlig ikke, at sige nej, men vil bare gerne have muligheden. Formentlig så hun selv føler sig i kontrol over hendes krop og hvad der skal ske med hende.

Honneth siger;

”Den praksisrelaterede mishandling, hvor man med magt fratager et menneske enhver mulighed for frit at disponere over sin egen krop, udgør den mest elementære form for personlig nedværdigelse” (Honneth, 2006, s. 176).

Det kan tolkes, at Maria ikke oplever selve handlingerne som krænkende. Snarere er det den manglende inddragelse, samt at hun ikke oplever at hun har et valg og dette kommer til at sætte sig igennem som en ringeagtserfaring. Hvis man skal tage den yderste konsekvens af dette, vil det være, at Maria vil opleve sig selv nedværdiget af sygeplejersken og dette kan være med til at nedbryde tilliden mellem dem og i værste fald nedbryde selvtilliden hos Maria.

Marias oplevelse kan henføres til en anden socialt udsat patient, som har en lignende oplevelse;

”Næ. De (sygeplejerskerne) fortæller ikke noget, men nu har jeg efterhånden prøvet det så mange gange før” (Interview Anders, s. 2).

Anders oplever, at sygeplejerskerne ikke fortæller ham noget. Og det i sig selv adskiller sig fra Marias oplevelse, men har på mange områder ligheder idet det kan have de samme konsekvenser for Anders og for relationen mellem Anders og sygeplejersken. Samtidig kan det tolkes, at han kan risikere, at opleve nedværdigelsen voldsommere end Maria idet, at han ingenting får at vide. Anders fortæller, at han har prøvet det så mange gange før. Dette kan

tolkes på flere måder. Både som en udtalelse som accept af situationen eller en erkendelse af, at sådan er det bare og Anders kan have en oplevelse af, at der ikke er noget han kan gøre ved det. Uanset udtalelsens betydning vil det dog fastholdes, at Anders krænkes af sygeplejersken, da han ikke får noget at vide om hvad der skal ske og han derved ikke får anerkendt sin kropslige autonomi. Anders' oplevelse kommer til, at fremstår som en følelse af at bliver "over-rulet".

Honneth siger, at;

"Den anerkendelse, som man fratages gennem denne form for ringeagt, er den selvfølgelige respekt for, at man har autonom kontrol over sin egen krop – en autonomi, der kun kunne erhverves gennem erfaringen af den følelsesmæssige opmærksomhed i løbet af socialiseringen" (Honneth, 2006, s. 177).

Honneth pointerer her, en selvfølgelighed omkring, at alle skal have kontrol over egen krop. Dette står nærmest i skarp kontrast til Anders' udtalelse, hvoraf det implicit kommer til udtryk, at han nærmest oplever det som en selvfølgelighed, at sygeplejersken har kontrollen. Ligesom i Marias situation, kan Anders' oplevelse kobles sammen med symbolsk vold og herunder den implicite magt sygeplejersken anvender i sit arbejde. Med udgangspunkt i Anders' udtalelse, kan man argumentere for, at han oplever magten som legitim idét han er eftergivende for sygeplejersken og ikke siger fra.

Analyse - nægtelse af rettigheder

Af relevans for, at klarlægge socialt udsatte patienters oplevelser af nægtelse af rettigheder, er de spurgt hertil.

En socialt udsat patient fortæller om hendes oplevelse af at blive inddraget;

"Det er meget forskelligt. Men jeg synes altid at det er på sygeplejerskernes præmisser. Det er dem der styrer slagets gang. Forstår du?" (Interview Maria, s.1).

Det fremgår, at Maria oplever, at det er sygeplejerskerne der har kontrollen. Det lægger implicit i det sagte, at Maria oplever sparsom inddragelse af hendes stemme i tilrettelæggelsen af behandlingen. Man kan i denne sammenhæng sige, at Maria er blevet set af sygeplejersken, men ikke er blevet inddraget som en ligeværdig interaktionspartner i forløbet. Det skal dog

pointeres, at dette tolkes ud fra Marias oplevelse af, at det foregår på sygeplejerskens præmisser. Det tilkommer ikke mig, at tolke på sygeplejerskens gøren og laden, men det er tydeligt, at Marias subjektive oplevelse er at hun føler sig usynlig i beslutningerne. Maria har en oplevelse af, at sygeplejerskerne ikke konsekvent inddrager hende i behandlingen. Og det i sig selv må opleves, som forvirrende. Hvornår har Maria en stemme og hvornår har hun ikke. Maria kan i den sammenhæng opleve, at hun ikke bliver set som et moralsk tilregneligt menneske, som sygeplejersken ser som én hun bør inddrage. Honneth siger, at hvis et menneske fratages rettigheder, siges der hermed indirekte at mennesket ikke kan tillægges samme grad af moralsk tilregnelig, som resten af befolkningen (Honneth, 2006, s.177-178).

Af relevans for dette inddrages resultater fra LUP 2013³, som viser at 86 % af patienterne oplever *rigtig god* inddragelse i deres forløb. Så hvorfor er det, at sygeplejerskerne tilsyneladende ikke lige så konsekvent inddrager socialt udsatte patienter i deres forløb?

I relation til dette, kan der reflekteres over om deres valg af livsform og eventuelle manglende bidrag til det fælles mål for samfundet kan have indflydelse på sygeplejerskernes måde, at vurdere om patienterne kan tillægges moralsk dømmekraft. Umiddelbart vurderes dette, som en uhensigtsmæssig og ikke fyldestgørende måde, at afgøre det på. Idet deres livsform ikke altid har direkte indflydelse på de individuelle egenskaber de muligt besidder i forhold til deres egen situation og om hvorvidt de besidder moralsk dømmekraft. Dette kan sammenholdes med, at Honneth mener, at man handler overfor mennesker som deres personlige egenskaber moralsk forpligter os til (Honneth, 2006, s. 152).

Kris fortæller, om en oplevelse i mødet med en sygeplejerske;

”Og så gik jeg. Altså det var bare med den der på; ”du kan heller ikke finde ud af noget” og det er bare ikke i orden. Følte mig så dum. Og det pisser mig af. Jeg er fandme også et menneske. Og sådan skal de ikke behandle mig. Hvis jeg kommer på et hospital er det fordi jeg har brug for dem. Det er jo ikke for sjov. Men så skred jeg og de var sikkert glade for det”(Interview Kris, s.2).

Kris fortæller, at konsekvensen af den behandling han modtog fra sygeplejersken resulterede i at han gik og vendte sundhedsvæsenet ryggen, i hvert fald for en stund. Det er ingen tvivl om,

³ LUP er en forkortelse for Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser. LUP er en undersøgelse der gennemføres regionalt en gang om året med henblik på, at øge kvaliteten af den behandling patienterne modtager i sundhedsvæsenet (Enhed for evaluering og brugerinddragelse 2015).

at Kris føler sig krænket i mødet med sygeplejersken. Man kan sige, at Kris' oplevelse og følelse af, at han bliver talt til som om han ikke dner til noget kan sættes som modstykke til, at "ranke sig som menneske" (Honneth 2006, s.161). Kris befinder sig i en situation hvor han efterspørger det, at blive behandlet som *et menneske*. Det kan tolkes, at Kris her søger, at blive mødt med den værdighed der burde tilkomme alle mennesker. Kris siger, at han kun kommer på hospitalet fordi han har brug for dem og heri lægger der en implicit bøn om, at hjælpe ham med det han har brug for og man må samtidig formode, at dette ikke imødekommes. Man kan sige, at Kris' selvagtelse blive ramt. Kris føler sig dum og ikke set og hørt, som det menneske han føler sig som. Helt basalt har Kris ret til behandling, også ud fra egne oplevede behandlingsbehov. Dermed sagt, at det ikke kun er sygeplejerskens vurdering der skal lægge til grund for en indlæggelse og behandling. Det må formodes, at Kris oplever, at hans rettigheder bliver krænket idet at han siger "*hvis jeg kommer på et hospital er det fordi jeg har brug for det*". Kris føler sig talt ned til og dette afstedkommer en følelse af frustration og vrede hos ham. Han oplever sig bestemt ikke mødt, som en værdig og ligeberettiget interaktionspartner i forløbet og dermed krænkes hans selvfølelse. Man kan også sige i denne sammenhæng, at Kris oplever, at hans socialt gældende retskrav bliver krænket og anerkendelsen udebliver med det til følge, at han ikke oplever sig selv som et menneske der tillægges moralsk dømmekraft (Honneth 2006, s. 178). Resultatet heraf må man sige bliver, at Kris' selvrespekt bliver påvirket i en negativ retning og han har en oplevelse af ikke at føle sig handledygtig i forhold til egen situation. Endvidere kan dette sammenholdes med de gældende patientrettigheder med afsæt i Sundhedsloven og at Kris i dette tilfælde føler sig magtesløs og ikke får den indflydelse på forløbet, som han i princippet har ret til (Ministeriet for sundhed og forebyggelse, 2010, § 15-16). Man kan i Kris' tilfælde, hvor han vælger at afbryde behandlingen, tage dette som et tegn på hans kamp for anerkendelse. Han vil ikke finde sig i, at blive talt ned til og vælger derfor at gå.

I relation til nægtelse af rettigheder fortæller en anden socialt udsat patient;

"Nu har jeg selvfølgelig lavet en masse lort og jeg har også haft en uddannelse og betalt skat og været en normal samfundsborger. Men fordi man lige pludselig bliver narkoman. Jamen så har man ret til alt muligt hjælp som andre mennesker har. Det skal ikke være nødvendigt at man skal komme med hovedet under armen før man kan få hjælp" (Videofortælling Jesper).

Det tolkes, at Jesper oplever sig selv som havende universelle rettigheder, disse oplever han dog nægtes af sygeplejersken og efterlader Jesper med en følelse af, at han efter han blev narkoman nægtes de rettigheder og heri ligger den sociale udelukkelse. Denne udelukkelse efterlader ham med indignation og underen, idet han oplever sig selv som én der har bidraget til samfundet i kraft af uddannelse og betaling af skat og nu ikke længere ses som en del af fællesskabet og som bidrager til det fælles mål. Dette kan sammenholdes med Honneth, som mener at mennesket ved nægtelse af rettigheder ikke tillægges samme moralske tilregnelighed som andre mennesker i samfundet (Honneth 2006, s.178). I forhold til Jespers oplevelse, hvor han fortæller, at han behandles anderledes fordi han fortæller han er narkoman. Kan det oplagt sammenholdes med, at Jesper oplever hans rettigheder krænket og samtidig også har en oplevelse af, at sygeplejersken ikke længere finder ham moralsk tilregnelig.

Følelsen af, at blive nægtet rettigheder lægger implicit i de følgende to citater, hvor sygeplejersken ikke aktivt anerkender den socialt udsatte patients rettigheder i forhold til behandlingen.

”Det er sjældent. De fortæller mig hvad der skal ske og så sker det. Jeg ved jo godt, jeg kan sige fra, men det ligger situationen ikke ligefrem op til. Jeg er jo heller ikke interesseret i at sige fra. Jeg skal jo behandles. Men nogen gange ville det være rart, at føle at jeg har noget at skulle have sagt også selvom jeg måske ikke vil” (Interview Maria, s. 2).

Ud fra Marias fortælling, kan det tolkes, at hun er bekendt med sine egne rettigheder og muligheden for autonome beslutninger, men at dette ikke understøttes af sygeplejersken. Jeg vil endvidere tydeliggøre den magt der implicit kommer til udtryk i citatet. Maria fortæller, at hun godt ved hun kan sige fra, men det vil hun jo alligevel ikke fordi hun har brug for behandlingen. Til dette kan det tilføjes, at sygeplejersken besidder en magt i kraft af den behandling hun kan give Maria og ved at give Maria en følelse af at hun ikke har noget at skulle have sagt, vil dette kunne tolkes som en magtesløhedsfølelse hos Maria over ikke at blive inddraget. I sammenhold med dette vil jeg igen drage paralleller til det ulige magtforhold mellem den socialt udsatte patient og sygeplejersken. Ifølge Højlund og Juul kan magtanvendelse i det sociale arbejde være både legitim og illegitim. Intentionen og overvejelserne bag sygeplejerskens magtanvendelse vil være det der er afgørende for om magten synes etisk ansvarlig eller uansvarlig (Højlund & Juul, 2005, s. 152). Man kan ud fra Marias oplevelse tolke magten som etisk uansvarlig i kraft af, at hun bliver usynliggjort i

behandlingen. Sygeplejerskens intentioner kan alligevel være gode, men får desværre den konsekvens at Maria føler sig overset.

Marias svar til, om hun oplever at sygeplejerskerne informere hende om hendes rettigheder;

”Nej, men jeg kender dem. Jeg ved jeg har ret til behandling og at der er frit sygehusvalg. Jeg vil altså lige sige, at jeg jo engang gik midt i behandlingen fordi jeg følte der blev talt ned til mig. Og der tog jeg til et andet hospital og de var altså ikke glade for at tage imod mig. Jeg kunne tydeligt mærke, at det ikke passede dem (sygeplejerskerne). Men jeg vidste, at jeg selv kunne bestemme” (Interview Maria, s. 2).

Maria fortæller, at hun er bekendt med hendes rettigheder, men hun oplever at sygeplejerskerne ikke anerkender disse. Man kan i dette tilfælde argumentere for, at sygeplejerskernes reaktion ikke stemmer overens med hvad Maria oplever hun er berettiget til, i dette tilfælde, det frie sygehusvalg. Maria har handlet ud fra, hvad hun ved, hun har ret til, men alligevel bliver hun ikke anerkendt herfor. Dette strider med § 86, som omhandler, at alle patienter har ret til, at vælge at modtage behandling på et andet sygehus der ikke har sammenhæng med ens bopæl og optageområde. Det kommer endvidere til udtryk, at Maria vælger at afbryde behandlingen og søge indlæggelse et andet sted på grund af, at hun føler sig talt ned til. Dette kan henledes til, at sygeplejersken i Marias tilfælde har direkte indflydelse på, at Maria vælger at afbryde behandlingen på det pågældende hospital. Konsekvensen heraf kan både være, at Maria ikke oplever sig selv som en ligeværdig interaktionspartner og får oplevelsen af ikke, at have indflydelse på eget forløb og sidst, men ikke mindst, kan Maria opleve, at hendes selvagtelse bliver krænket. Man kan afslutningsvis tolke, at Marias ringeagtserfaringer og deraf handlinger, som tydeligt har konsekvenser for behandlingen, er en direkte appel om anerkendelse. Hvad Maria efterlyser, fremkommer såre simpelt. Hun vil mødes med omsorg og behandles med værdighed. Og resultatet af de krænkelser hun oplever, bliver dermed hendes kamp for anerkendelse, som manifesterer sig i handlinger, som i dette tilfælde ender med at hun afbryder behandlingen og søger den anerkendelse hun her fratages et andet sted, på et andet hospital. Desværre for Maria, hjælper det ikke hendes situation og hun oplever på det næste hospital, at de modvilligt tager imod hende.

Analyse - nedværdigelse af livsformer

I dette afsnit vil interessen falde på socialt udsatte patienters krænkelserfaringer i forhold til nedværdigelse af livsform.

En socialt udsat patient fortæller;

”Det var nogle dumme sygeplejersker. Jeg følte mig ikke lyttet til. De talte bare ned til mig”
(Interview Kris, s. 2).

Kris fortæller, at han ikke følte sig lyttet til af sygeplejerskerne. Det tolkes, at Kris har en oplevelse af ikke, at blive set, hørt eller taget alvorligt. Det er i sig selv er en tydelig krænkelser af ham. Og kan bidrage til en uretfærdighedsfølelse over, at blive talt sådan til. Anerkendelsen skal bidrage til menneskelig opblomstring og man kan sige, at Kris’ oplevelse er et modstykke hertil. Han oplever, at blive talt ned til og dette kan bidrage til en følelse af ikke, at have nogen social værdi. Konsekvensen heraf kan være, at Kris’ selvværd nedbrydes og at han ender med at internalisere sygeplejerskens oplevelse af ham og derfor ikke ser sig selv som havende egenskaber af værdi for forløbet. Man kan her sige, at Kris har en oplevelse af, at sygeplejersken møder ham på en nedværdigende måde, hvor den moralske norm overtrædes i forhold til hvad der forventes af respekt fra en interaktionspartner. Kris efterlades med en krænkelserfaring der bunder i, at han ikke mødes som den person han er. Denne moralske skam udgør den affekt mennesket rammes af og kan henføres til, at man som menneske er fundamental afhængig af andre anerkendelse (Honneth 2006, s. 183).

En anden socialt udsat patient er spurgt til, om sygeplejerskerne ser ned på hans alkoholforbrug;

”Øhh... det tror jeg. Jeg gætter jo bare. Men man kan jo godt tro det når de (sygeplejerskerne) ikke rigtig gider lytte ikke. De bliver jo alligevel nødt til at snakke med mig, for jeg bliver jo indlagt på grund af mit misbrug. Så om de har lyst eller ej. Men jeg føler mig altså også lidt flov. Altså over mit misbrug” (Interview Anders, s. 2)

Der er her tale om en oplevelse, som af de fleste ville blive opfattet som krænkelser. Det er tydeligt ud fra citatet, at Anders ikke føler sig hørt. Han oplever, at hans misbrug kan være grunden til, at sygeplejersken ikke vil lytte til ham. Anders’ egen tolkning af, at hans misbrug kan være årsagen til hvorfor sygeplejersken ikke vil lytte til ham, er intet mindre end

forfærdelig. Det kommer her implicit til udtryk, at sygeplejerskerne ved ikke at tale med Anders om hans alkoholmisbrug efterlader ham med en krænkelsererfaring. En erfaring der formodentlig nedbryder hans selvværd. Og i Anders tilfælde kan man tolke, at konsekvensen er, at han føler sig flov over sit misbrug og oplever det som tabu at italesætte det. I forhold til, at Anders' indlæggelsesårsag er hans alkoholmisbrug og hans behandling dermed er abstinensbehandling, vil det kun besværliggøre en optimal behandling, at Anders ikke føler sig lyttet til eller at han har en oplevelse af at sygeplejersken ser ned på hans misbrug.

For at eksemplificere hvordan valg af livsform kan have indflydelse på hvordan man bliver mødt inddrages Henriks fortælling, som handler om forskelsbehandling i sundhedsvæsenet og at han i forbindelse med en henvendelse blev afvist på grund af hans alkohol- og hashmisbrug.

"Hvis et menneske er sygt, så bliver man nødt til at henvende sig til lægen. Så er lægen nødt til at tage det seriøst. Det er kun de rige mennesker der bliver hjulpet fornuftigt, men vi fattige hjemløse bliver bare... "fis af med dig"" (Videofortælling 4).

Det tolkes, at Henrik ikke bliver anerkendt for hans livsform, da lægen afviser ham med det argument, at han har et misbrug. Konsekvensen heraf er, at han ikke bliver tilbudt den nødvendige behandling. Heri lægger der også en krænkelse af de universelle rettigheder, idet Henrik oplever at *fattige* hjemløse ikke har samme adgang til sundhedsydelse som *rige*. Henrik fortæller også, at han derefter fandt *en læge* (ikke uddannet) på gaden, da han blev nægtet behandling. Man kan argumentere for, at Henrik intersubjektivt har en selvfølelse af at han ikke har en social værdi, idet han vender sundhedssystemet ryggen. Henrik efterspørger en ligeværdig behandling, hvor han tages seriøst i sin henvendelse. Man kan sige, at anerkendelsen udebliver og at Henrik føler sig usynliggjort i forhold til andre mennesker der henvender sig.

En anden socialt udsat patient fortæller, at han har en smerteproblematik og har henvendt sig både i en Akutmodtagelse og hos sin egen læge. Begge steder følte han sig ikke hørt og blev mødt med mistro, hvilket resulterer i at han i dag ikke har tillid til sundhedsvæsenet og hellere selv af kriminelle veje vil anskaffe sig smertestillende medicin.

Jesper pointerer;

”Jeg ønsker bare at os misbrugere og socialt udsatte, at vi faktisk bliver betragtet som mennesker også og ikke som dyr” (Videofortælling 3).

Citatet af Jesper ses som en direkte appel om anerkendelse, hvor han samtidig opstiller en kontrast til idealet, hvor han giver udtryk for, at socialt udsatte bliver betragtet som dyr.

Han fortæller videre om sit møde med en sygeplejerske i Akutmodtagelsen;

”Jeg sagde jeg var narkoman og ligeså snart jeg sagde det, jamen så kunne jeg mærke de blev fraværende og ”jeg kom kun for at få noget medicin garanteret”” (Ibid).

Jesper fortæller, at han oplever en forskelsbehandling af sygeplejersken og dette kan henføres til, at Jesper oplever nedværdigelse af hans livsform og at han tillægges en lavere social status end andre mennesker. Nedværdigelse af livsformer knytter sig som modstykke til solidarisk anerkendelse og resultatet heraf kan være nedbrydelse af selvværdet hos mennesket.

Jespers oplevelse af hvordan han behandles, så snart sygeplejersken finder ud af han er narkoman kan suppleres med Beckers⁴ teori om, at mennesket stemples i kraft af en magtfuld social gruppe, som vurderer menneskets handlinger for afvigende fra den gældende samfunds- eller retsregel. At blive stemplet som afviger har betydningsfulde konsekvenser for den videre deltagelse i sociale sammenhænge og for menneskets selvbillede (Becker, 2005, s. 50). Dette kan sammenholdes med Jespers oplevelse af sygeplejerskens reaktion, da han afslører at han er narkoman og i kraft af dette tildeles han nu en ny status. Han får en ny offentlig identitet og bliver rubriceret som *narkoman*. Det tolkes, at Jesper i kraft af hans afsløring bliver behandlet som en der er forskellig fra fællesskabet, en regelbryder og en afviger. Ifølge Becker vil dette resultere i, at sygeplejersken ser Jesper som et menneske der ikke kan eller vil opføre sig som et moralsk menneske (Becker, 2005, s. 52). Dette genkendes hos Honneth, som mener, at når et menneske fratages rettigheder siges det også indirekte, at mennesket ikke kan tillægges samme grad af moralsk tilregnelighed som andre (Honneth 2006, s.177-178). Når et menneske er stemplet som afviger og behandles derefter af fællesskabet kan dette resultere i yderligere afvigende handlinger f.eks. røveri eller tyveri. I Jespers tilfælde resulterer

⁴ Howard S. Becker er amerikansk sociolog og mener, at afvigelse først og fremmest handler om andres reaktioner. En stempling som afviger sker i kraft af andres observation og viden om menneskets afvigelse og sker dermed i kraft af en social magtfuldhed (Becker, 2005, s. 25).

stemplingen i, at han ingen smertestillende behandling får i Akutmodtagelsen og dette igangsætter yderligere afvigende handlinger, da Jesper via kriminelle veje nu skaffer sig den smertestillende medicin.

Becker pointerer;

”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 mennesker. På grund af denne udelukkelse må afvigeren af ren og skær nødvendighed udvikle illegitime rutiner” (Becker, 2005, s.53-54).

Dermed sagt, at det i Jespers tilfælde er den manglende anerkendelse og manglende behandling, samt stemplingen foretaget af sygeplejersken der kan være med til at skubbe Jesper ud i yderligere afvigelser. Man kan sige, at stemplingen fra fællesskabet forhindre ham i, at gøre *det rigtige*, altså at få den smertestillende behandling på legitim vis. Og dermed hindrer det ham i, at klare dagliglivets rutiner, som andre mennesker ville gøre i samfundet.

En anden socialt udsat patient, fortæller om hendes oplevelse af tabu omkring hendes valg af livsform;

”Tror sku der er noget berøringsangst. De ved nok ikke hvad de skal spørge om. Det bliver altid noget mærkeligt noget når jeg skal udskrives. Sådan til gaden. De sylter lidt rundt om det. Og spørg ikke direkte, men sådan ”klarer du dig?”. I stedet for bare, at kalde en spade for en spade. Det er da total tabu, at være hjemløs. Og det er jeg jo” (Interview Maria, s.1-2).

Denne oplevelse af tabu suppleres med Jens, som fortæller;

”Uhm... Nej. Men tænker at jeg selv skal sige noget så (om alkoholmisbrug). Det kunne være meget fint, hvis de (sygeplejerskerne) spurgte. Sådan lidt mere åbenhed. Så det ikke er tabu. Men ved heller ikke rigtig hvad sygeplejerskerne skal gøre ved det. Altså om det kommer noget ved, i forhold til indlæggelsen og deres arbejde” (Interview Jens, s.2).

Jens fortæller, at han oplever at sygeplejerskerne ikke spørg ind til hans alkoholmisbrug og at han oplever at det er tabuiseret. Han efterspørger mere åbenhed omkring det, men er samtidig i tvivl om det er af relevans for behandlingen og sygeplejerskernes arbejde. Tolkningen af dette henføres til nedværdigelse af Jens' livsform og kan endvidere tolkes som om at Jens

oplever, at sygeplejerskerne ikke understøtter og accepterer hans valg af livsvej. Umiddelbart fremgår det ikke, at Jens oplever det som en decideret krænkelse, men det kan alligevel indirekte have indflydelse på hans selvværd og hans oplevelse af sig selv som handledygtig i forløbet. Endvidere tolkes det problematisk, at Jens er i tvivl om sygeplejerskernes interesse i hans alkoholmisbrug, hvilket også kan være en konsekvens af at sygeplejerskerne ikke italesætter det. Deraf kan det antages, at Jens vil have svært ved at vælge en hensigtsmæssig handlingsstrategi i relation til hans forløb og sygdomstilstand idet, at sygeplejerskerne ikke støtter ham heri. I relation til den solidariske anerkendelse blev det operationaliseret, at sygeplejerskens funktion i praksis kunne være at støtte patienten med viden omkring egen situation således, at patienten kunne træffe hensigtsmæssige autonome valg i forhold til behandlingen. Idet at sygeplejerskerne ikke italesætter Jens' alkoholmisbrug skaber det ikke rum for en dialog omkring handlemuligheder og dette resulterer i at Jens ikke har kendskab til de konsekvenser det måtte have for behandlingen. Heri lægger der også en generel refleksion over den forventningsafstemning man kan antage er væsentlig. Jens har ikke nogen forventninger til, at sygeplejerskerne kan have interesse i hans sociale problemstillinger og dette skaber både usikkerhed omkring sygeplejerskernes rolle i det sociale arbejde, men det afholder også sygeplejersken fra at afdække de individuelle egenskaber Jens kan besidde i forhold til hans situation.

En anden socialt udsat patient fortæller, om hvordan han oplever sygeplejersken overser hans behov under indlæggelsen;

”Der er nogle få (sygeplejersker) som ikke har været særligt bevidste om det. Altså i forhold til mine abstinenser... og de er slemme. Jeg får det rigtig skidt og det er sku svært at sige til hvis de ikke også spørger” (Interview Kris, s.1).

Citatet af Kris fortæller, om hans oplevelse af, at sygeplejersken ikke ser hans behov. I min tolkning af citatet kan der ligge flere ting til grund for, at sygeplejersken overser hans abstinenser. Og de mest oplagte er uvidenhed eller at sygeplejersken oplever det som tabubelagt af spørge ind til. Det er fatalt hvis tabu er årsagen. Kris fortæller, at han får det rigtig dårligt af sine abstinenser og jeg kan hertil tilføje, at Kris kastede op flere gange under interviewet, men var samtidig meget vedholdende omkring, at fortsætte interviewet. Kris kaldte selv på en sygeplejerske efter interviewet for, at få noget medicin mod abstinenser. Taget Kris' situation i betragtning, hvor årsagen til indlæggelsen var en fraktur og behandling

af abstinenser er det meget uheldigt, at Kris ikke får den behandling han skal have. Man kan endvidere tilføje, at Kris kan risikere at få det endnu værre under indlæggelsen end da han ankom. Dette i forhold til, at patienter med abstinenser kan risikere, at få et krampeanfald hvis deres abstinenser ikke behandles.

I både Marias, Jens' og Kris' tilfælde tolkes deres oplevelser som om, at tabuer under indlæggelsen er svære at håndtere. Hvad enten livsformen indebærer misbrug eller hjemløshed. Oplevelsen af ikke, at blive set med de der tilhørende sociale problemstillinger gør det vanskeligt at navigere i hvad sygeplejersken reelt mener om dem og man må sige, at når sygeplejerskerne undlader at italesætte forskellige ting efterlader det en mulighed for, at den socialt udsatte patient selv tolker på situationen og det i sig selv kan efterlade dem med krænkelsererfaringer.

En anden socialt udsat patient fortæller;

"Jamen det er jo, hvis de (sygeplejerskerne) taler ned til mig. Og det synes jeg de gør. Sådan taler til mig som om jeg ikke kan finde ud af noget. Det er ligesom om "hende Maria, hun ryger og drikker. Så hun kan ikke passe på sig selv eller finde ud af noget som helst". Det gør mig sindssyg vred. De skulle bare vide hvad jeg kan klare" (Interview Maria, s. 3).

Det tolkes, at Maria oplever at hun med udgangspunkt i hendes livsform ikke bliver set som et moralsk tilregneligt menneske. At hun ikke bliver vurderet, som moralsk tilregnelig kan resultere i nedsat selvværd i kraft af ringeagtserfaringen. Maria oplever sig selv, som et menneske der kan klare meget og det tolkes, at hun har en oplevelse af at hun besidder betydningsfulde egenskaber i forhold til egen situation, men at disse ikke anerkendes af sygeplejersken.

Maria fortæller videre;

"Men jeg kan da godt blive pisseirriteret når de skal bestemme noget jeg selv vil bestemme. De synes jo aldrig, at jeg skal gå ud og ryge. Men det bestemmer jeg da virkelig selv. Synes du ik?" (Interview Maria, s.1).

I sammenhæng med dette, tolkes det også at Maria nægtes autonome beslutninger, da hun ikke føler hun selv må bestemme over hvad hun laver og hvornår. Der er med afsæt i citatet ingen tvivl om, at Maria føler sig krænket. Men ud fra et sundhedsfagligt perspektiv kan det

antages, at anerkendelsen af Marias egenskaber og indsigt egen situation kan være en udfordring for sygeplejersken idet at hun har en lungesygdom og ikke har til hensigt at stoppe med at ryge. Man kan i forbindelse hertil antage, at det er med afsæt i dette, at Maria har en oplevelse af at sygeplejersken ikke anerkender hendes autonomi.

Orem eksemplificerer egenomsorgssvigt (self-care deficit) således, at ved akut eller kronisk opstået sygdom eller ved følelsesmæssige belastninger kan egenomsorgsbehovet overstige menneskets evne til selv at kunne indfri dette. I sådanne tilfælde er der behov for, at en ven, et familiemedlem eller en sygeplejerske kan bistå mennesket i egenomsorgshandlinger og endvidere støtte mennesket i overvejelser omkring egenomsorgsstrategier (Orem, 1995, s.282-286). Dette kan således forklare Marias oplevelse af, at sygeplejersken ”tager over” i forhold til behandlingen og i forhold til så vidt muligt, at forhindre Maria i at gå ud og ryge, da det vil forværre hendes situation. Det skal dog hertil tilføjes, at sygeplejersken både med afsæt i Orem's perspektiv, Honneth's perspektiv og ud fra Sundhedsloven skal inddrage og informere Maria om behandlingen og som det mindste drøfte egenomsorgen med hende og hvilke hensigtsmæssige handlingsstrategier der kan være, samt hvilke konsekvenser rygningen kan have for hendes situation. Sygeplejerskens måde, at tale ned til Maria på kan hæmme hendes handleevne og hendes selvagtelse og man kan hertil argumentere for, at denne krænkelse ydermere forhindrer Maria i at handle hensigtsmæssigt.

Der tegner sig et billede af, at socialt udsatte patienter i mødet med sygeplejersken føler sig krænkede og samtidig også et billede af divergerende oplevelser ud fra mødet med forskellige sygeplejersker. Til dette siger Maria;

”Jamen altså... jeg har jo været indlagt mange gange. Et hav af gange. Og det er meget forskelligt. Jeg synes at man kan dele dem (sygeplejerskerne) op i to. Dem der bare er født til det og som er sådan nogle søde piger, hilser og snakker og vil gøre alt for én. Og så er der dem som er sure, afvisende og nedladende. Det er hip som hap... nogen gange er jeg heldig andre gange uheldig. Men der er jo også vagtskifte og så kan man jo få en ny (sygeplejerske)” (Interview Maria, s.1).

Maria fortæller om hendes oplevelse af, at mødet med sygeplejersker er forskellige alt efter hvilken sygeplejerske der er tale om. Dette giver god mening i forhold til det billede der har vist sig gennem analyse del 1 og del 2. Maria beskriver det, som noget der afhænger af held,

om man får en *god* eller *dårlig* sygeplejerske. Hun fortæller samtidig om, hvordan nogle sygeplejersker er sure og nedladende overfor hende og hvordan hun i de tilfælde kan se frem til et vagtskifte i afdelingen. Det er lidt mere end bare almindelig trist, at Maria efterlades med en følelse af, at det er tilfældigheder der afgør hvordan hun kommer til at opleve sig mødt af sygeplejersken.

8.2.1 Sammenfatning af analyse - del 2

Socialt udsatte patienters oplevelser i forhold til kropslige krænkelser kommer til udtryk meget implicit i deres fortællinger om deres møde med en sygeplejerske. Ikke desto mindre er de tilstede og efterlader den socialt udsatte patient med ringeagtserfaringer, som kan nedbryde deres selvtillid. Med afsæt i afsnittet om nægtelse af rettigheder og oplevelser analyseret i denne sammenhæng kan det sammenfattes, at socialt udsatte patienter flere gange, i flere forskellige forløb og af forskellige sygeplejersker oplever at blive frataget rettigheder de ellers har krav på i henhold til Sundhedsloven. Deres kamp for anerkendelse er tydelig og manifesterer sig i deres handlinger, hvor to patienter fortæller at de har afbrudt deres behandling på grund af en oplevelse med en sygeplejerske. I det tredje afsnit der handler om nedværdigelse af livsformer står det klart, at flere af de socialt udsatte patienter har ringeagtserfaringer der bunder i tabuiserede emner f.eks. misbrug og hjemløshed. Det bliver tydeligt, at de efterspørger en åbenhed omkring de emner fra sygeplejersken. Og derudover oplever nogle af det socialt udsatte patienter, at blive mødt med en forskelsbehandling, som de selv tolker bunder i deres valg af livsform.

Kapitel 6 Undersøgelsens konklusion

9.0 Konklusion

I det følgende vil der søges en konklusion på analyse del 1 og analyse del 2 med afsæt i problemformuleringen: *Hvordan oplever den socialt udsatte patient mødet med sygeplejersken under indlæggelse eller under et ambulant forløb på et somatisk hospital?*

Der skal ikke herske nogen tvivl om, at den gode relation mellem socialt udsatte patienter og sygeplejersker eksisterer. De gode relationer kan alle henføres til anerkendelsesidealet af Honneth. Mere specifikt viser det sig blandt andet ved, at de socialt udsatte patienter fortæller

om oplevelser der bundet i omsorg, nærhed og medleven fra sygeplejerskerne. Og flere af dem kan fortælle, at de har følt sig trygge og både set og hørt af sygeplejersken. I forhold til privatsfæren fortæller de socialt udsatte patienter også, at det er vigtigt at sygeplejersken har intuition og er nærved, så deres behov aflæses og kan imødekommes. Endvidere kan flere af dem fortælle, om hvordan de oplever sig selv besidde rettigheder, både fordi de er blevet inddraget i forløbet af sygeplejersken, men også i tilfælde hvor de er blevet informeret om deres rettigheder og faktisk ikke har haft et ønske om at bruge dem f.eks. i forhold til agtindsigt. Hos en del af de socialt udsatte patienter kommer deres oplevelse af indflydelse på deres forløb til udtryk i udtalelser som; ”Jeg føler jeg har en stemme. Der bliver spurgt til mig og lyttet” (Interview James, s.2), ”Vi snakker om det(behandlingen) og finder ud af hvad vi skal gøre” (Interview Kim, s. 2) og ”Ja, det gør jeg. Og sygeplejerskerne fortæller mig også at det er mig der bestemmer” (Interview Kim, s. 3). Der viser sig en klar sammenhæng mellem inddragelse af de socialt udsatte patienter i forløbene og deres grad af egenomsorg. De fremstår mere ansvarsbevidste over for deres situation og mere handledegytige. Særligt i forhold til den solidariske anerkendelse ses der en tydelig sammenhæng mellem lyst og interesse i deres eget forløb og hvordan de bliver mødt af sygeplejersken. De ting der går igen i deres oplevelser i forhold til denne sfære er, at de føler de har en stemme i kraft af, at tingene bliver italesat af sygeplejersken og de eksplicit får at vide, at de bestemmer. Det kan konkluderes, at de socialt udsatte patienter i kraft af anerkendelsen fra sygeplejersken oplever sig selv som arkitekter i eget forløb. Med Honneths ord, kan man sige, at anerkendelsen fordrer, at de socialt udsatte patienter *ranker sig som mennesker* og deraf udviser selvagtelse.

Som modstykke til ovenstående, viser analysen af krænkelsererfaringer, at de socialt udsatte patienter ofte også har negative oplevelser i mødet med sygeplejersken. I forhold til kropslige krænkelser er deres krænkelsererfaringer meget implicite i deres fortællinger. De er dog stadig til stede og viser sig i sammenhæng med manglende inddragelse, manglende information om handlinger og mangel på samtykke fra den socialt udsatte patient. Der konkluderes i forhold til denne sfære, at de socialt udsatte patienter ikke er så bevidste om deres krænkelsererfaringer hertil og at det muligvis kan skyldes, at sygeplejerskernes handlinger ofte tillægges gode intentioner og opleves som legitime af patienten, da sygeplejerskerne forventes at besidde den rette viden i forhold til deres forløb og behandling. Som nævnt i analysen, skal der heller ikke i dette speciale drages tvivl om sygeplejerskernes intentioner. Men det giver dem dog stadig ikke ret til, at påbegynde behandling af den socialt

udsatte patient uden information om handlinger og indhentning af deres samtykke. Jeg vil endvidere slå fast, at der i forhold til sygeplejerskens ageren er en betydelig risiko for, at den socialt udsatte patient kan efterlades med krænkelser erfaringer der bunder i en mistet autonomi over deres krop. Dette i forhold til, at behandlingen ofte har kroppen som fokus under indlæggelse på et somatisk hospital. I den forbindelse anlægges der ofte et perifert venekateter til væskeindgift og der gives ofte medicin til behandling for enten infektioner eller abstinenser alt efter kontaktårsag. Og i den forbindelse vil der derfor altid være en risiko for, at den socialt udsatte patient efterlades med en følelse af at tingene sker hen over hovedet på dem, hvis ikke sygeplejersken sørger for at inddrage og informere. Det er her oplagt, at gøre opmærksom på en tydelig sammenhæng mellem krænkelser af rettigheder og kropslige krænkelser. I forhold til nærværende speciale, hvor rettighederne har sammenhæng med Sundhedsloven hvori der står, at patienten skal inddrages, informeres og give sit samtykke til behandling. Hvortil det kan tilføjes, at hvis dette ikke gøres af sygeplejersken vil der være risiko for kropslige krænkelser. Ud fra analysen af krænkelser af rettigheder er det tydeligt, at de socialt udsatte patienter oplever at blive overset i forløbene. Fra forskellige forløb og fra møder med forskellige sygeplejersker kommer det til udtryk, at de bliver talt ned tid og føler sig forskelsbehandlet på en negativ måde i forhold andre patienter der er indlagt. De socialt udsatte patienter fortæller om en vredesfølelse der bunder i sygeplejerskens attitude, hvor det efterlader dem med en følelse af ikke at kunne finde ud af noget. Heri ligger der også en følelse af uretfærdighed over forskelsbehandlingen, hvor de socialt udsatte patienter henfører denne til deres valg af livsform f.eks. misbrug. To af de socialt udsatte patienter fortæller, at de bliver talt ned til og derfor vælger at afbryde behandlingen. Det konkluderes, at dette valg bunder i deres kamp for anerkendelse. Og det er tydeligt, at deres følelse af at besidde rettigheder eller blive nægtet rettigheder har en direkte sammenhæng med sygeplejerskens måde at agere på overfor dem. Således at hvis sygeplejersken ikke anerkender deres ret, fordrer det vrede og efterlader dem med en uretfærdighedsfølelse eller en følelse af at blive forskelsbehandlet. Og det konkluderes endvidere, at de socialt udsatte patienter, som resultat af krænkelser af deres rettigheder, mister tilliden til sundhedsvæsenet, herunder mister de lysten til at være aktive i deres forløb og modtage behandling. Der skal heller ikke herske nogen tvivl om, at deres krænkelser erfaringer resulterer i nedsat selvagtelse og en følelse af at de ikke har noget at skulle have sagt. Med afsæt i analysen af nedværdigelse af livsformer viser det sig hvordan sygeplejersken med afsæt i de socialt udsatte patienters valg af

livsformer har indflydelse på den anerkendelse de kan opnå i forløbet. Flere af de socialt udsatte patienter tolker, at sygeplejersken ændrer adfærd når hun bliver bekendt med deres livsformer og dette får i et af tilfældene den konsekvens, at der ikke gives den fornødne behandling. Det kan konkluderes, at der ud fra denne sfære er en reel risiko for, at de socialt udsatte patienter bliver stemplet. Stemplet ud fra deres valg af livsform og deraf de negative holdninger der kan kobles op herpå. Disse negative holdninger, som kan finde sted ud fra normer i samfundet, kan resultere i at livsformerne ikke tillægges nogen social værdi og derfor tilskrives de socialt udsatte patienter heller ikke nogen individuelle egenskaber af værdi for forløbet. Det der er tragisk i forhold til dette er, at flere af de socialt udsatte patienter oplever sig selv som handledygtige og en af dem siger ligefrem ”*De (sygeplejerskerne) skulle bare vide hvad jeg kan klare*” (Interview Marie, s. 3). Dette konkluderes som en direkte appel om, at sygeplejersken bør anerkende de egenskaber der besiddes i forhold til forløbet.

Man kan med afsæt i de socialt udsatte patienters krænkelserfaringer konkludere, at der også er en sammenhæng mellem deres valg af livsform og sygeplejerskens anerkendelse af deres rettigheder. Og det kan tilføjes, at den gode relation gør sig gældende der hvor de socialt udsatte patienter viser indsigt i egen situation/behandlingsforløb og hvor det med afsæt heri kan konkluderes, at de socialt udsatte patienter oplever, at sygeplejersken ser dem som moralsk tilregnelige. I tilfælde hvor sygeplejersken ikke lader den socialt udsatte patient vise sine individuelle egenskaber og fra starten af tager kontrollen over forløbet og behandlingen efterlades de socialt udsatte patienter ofte med krænkelserfaringer, som hindrer dem i at tage ansvar for deres forløb.

Det er tydeligt, at de socialt udsatte patienter efterspørger, at blive mødt med omsorg og værdighed og at det kan være simple ting som f.eks. berøring, stemmeleje, information og inddragelse der kan bidrage til et anerkendende møde.

Den viden der er kommet frem i kraft af empirien og analysen anskues, som en erfaringsbaseret viden der er erhvervet gennem de semistrukturerede interviews med de socialt udsatte patienter, hvor deres subjektive oplevelser er kommet til udtryk og har skabt erkendelse omkring deres møde med sygeplejersken. Denne viden anses ikke, som noget generaliserbart i forhold til alle socialt udsatte patienter der befinder sig i et behandlingsforløb på et somatisk hospital. Fundende der er fremdraget i konklusionen kan derimod anvendes til, at skabe et øjebliksbillede af de oplevelser socialt udsatte patienter efterlades med i mødet

med sygeplejersken og fundende kan ligeledes bidrage til et øget fokus på socialt arbejde indenfor sygeplejen.

Det må pointeres, at den dybe tallerken ikke skal opfindes igen. Og der skal derfor ikke drages tvivl om, at anerkendelse af den socialt udsatte patient er vejen frem i socialt arbejde i sygeplejen. Honneths anerkendelsesideal fremstår logisk i sammenhold med sygeplejen og der kan derfor ikke fremføres nogen kritikpunkter heraf. Der hvor fremtiden for socialt arbejde i sygeplejen skal sætte sig igennem, er med et fokus på det ansvar der ligger hos sygeplejerskerne i deres arbejde med socialt udsatte patienter. Der er ingen tvivl om, at sygeplejersker har andel i de socialt udsatte patienters krænkelsererfaringer i mødet med sundhedsvæsenet og at der er brug for både en indsats og et fokus på dette. Det synes fatalt, at sygeplejersker påfører socialt udsatte patienter krænkelsererfaringer, hvor mødet i stedet burde have et fundament i den omsorg og faglighed, som sygeplejersker er uddannet i.

Helt grundlæggende er pointen der viser sig i de to analyseafsnit i virkeligheden den samme. Pointen er således anerkendelsens eksistentielle betydning. Der tegner sig et billede af gennem begge analyseafsnit, at anerkendelsen er afgørende for den gode relation mellem socialt udsatte patienter og sygeplejersken. I de tilfælde hvor det lykkedes, at etablere en god relation anses anerkendelsen som det fundamentelle ud fra de socialt udsatte patienters oplevelser. Det der samtidig gør sig gældende i forhold til krænkelsererfaringerne er udeblivelsen af anerkendelse.

Jeg håber inderligt, at jeg i kraft af dette speciale har sat skub i nogle ting på dette område, både sat skub i tanker og handlinger. For mig er kampen for anerkendelse i socialt arbejde i sygeplejen ikke slut. Og dette leder mig videre til perspektivering, som i næste afsnit vil blive udfoldet.

Kapitel 7 Perspektivering af undersøgelsens fund

10.0 Perspektivering – et læringsperspektiv

Som præsenteret i konklusionen besidder socialt udsatte patienter divergerende oplevelser i mødet med sygeplejersken. Nogle oplevelser har rod i den gode relation, mens andre oplevelser har rod i krænkelser i mødet med sygeplejersken. Det der gør sig gældende for alle oplevelserne, hvad enten det er gode eller dårlige oplevelser, er anerkendelsens eksistentielle

betydning i relationen. Som tidligere præsenteret i problemfeltet er der fokus på disse divergerende oplevelser socialt udsatte patienter har i mødet med sundhedsvæsenet. Dog ikke i en specifik kontekst hvor relationen mellem den socialt udsatte patient og sygeplejersken er omdrejningspunkt. Det jeg i nærværende speciale har haft fokus på er netop socialt udsatte patienters oplevelser i mødet med sygeplejersken. Og de krænkelsererfaringer som er kommet til udtryk giver et billede af, at socialt arbejde i sygeplejen tendere til, at være et overset felt, hvorfor det kun kan synes relevant at arbejde videre med dette fokus. I kraft af de afdækkede anerkendelsesoplevelser og krænkelsererfaringer kan et relevant perspektiv indenfor socialt arbejde i sygeplejen være, at se på sygeplejerskens mulighed for at arbejde ud fra en anerkendende tilgang. Det der kan forekomme paradoksalt og samtidig også synes, at være den største udfordring i forhold til socialt arbejde indenfor sygepleje er, at samtidig med at det er en kendsgerning at der er en andel af socialt udsatte patienter der efterlades med krænkelsererfaringer i mødet med sygeplejersken er der samtidig formentlig ikke eneste sygeplejerske der ikke vil tilslutte sig den anerkendende tilgang i socialt arbejde. Men hvorfor er det så, at de gode viljer ikke sætter sig igennem i praksis.

Jeg er ikke i tvivl om, at viden og læring kan være et nøglebegreb i den sammenhæng. I forhold til, at skulle påvirke det praksisnære arbejde sygeplejersker udfører synes det, at være af stor betydning, at sygeplejerskerne blive bekendt med de krænkelsererfaringer de efterlader socialt udsatte patienter med. Viden som skal sætte fokus på socialt udsatte patienters vilkår når de er i et behandlingsforløb på et somatisk hospital. Og samtidig gøre sygeplejerskerne bevidste om den mangel på sammenhæng der kan være mellem den sygepleje de ønsker, at udføre og den sygepleje de rent faktisk udfører. Jeg vedkender mig, at jeg er af den overbevisning, at sygeplejerskerne ikke med fuldt overlæg er interesseret i, at krænke socialt udsatte patienter og med viden til rådighed på området ville mit håb være, at det sociale arbejde i sygeplejen ville blive løftet og udviklet til fordel for de socialt udsatte patienter. Denne patientgruppe er ikke nogen lille del og tal trukket fra Region Hovedstadens IT systemer viser, at der på 44 uger har været indlagt 344 patienter med et alkoholmisbrug. Derudover er der patienter med andre sociale problemstillinger der indlægges og disse grupper tilsammen udgør en betydelig mængde socialt udsatte patienter, som er i risiko for, at blive efterladt med krænkelsererfaringer i mødet med sygeplejersken. I sammenhæng med dette, ser jeg et læringsperspektiv, som vejen frem for det videre arbejde indenfor feltet med sygeplejersker i det sociale arbejde. Et læringsperspektiv der tager afsæt i de oplevelser der er

kommet til udtryk i nærværende speciale vil være relevant, da det vil sætte et spotlight på det spændingsfelt af oplevelser der befinder sig mellem den gode relation og krænkelserfaringerne.

Mit fokus under tilblivelsen af dette speciale har samtidig været på det sociale arbejde der udføres i Akutmodtagelsen på Herlev hospital, som i skrivende stund fortsat er min arbejdsplads. Jeg har under arbejdet med nærværende speciale oplevet en stor interesse fra mine kollegaer i forhold til de socialt udsatte patienters oplevelser og samtidig en lyst til, at løfte det sociale arbejde i sygeplejen til denne gruppe patienter. Dette har fordret et løbende samarbejde med udviklingssygeplejersken i Akutmodtagelsen, hvor vi har arbejdet med muligheden for, at løfte mødet med og behandlingen til den alkoholpåvirkede patient. Fundende i nærværende speciale har fungeret, som ledetråd og fokusområder i det projekt der nu er ved, at tage sin form i Akutmodtagelsen. Og mit ønske for fremtiden i socialt arbejde indenfor sygeplejen er, at de resultater og fund der bliver gjort i diverse relevante undersøgelser vil nå praksis således, at de socialt udsatte patienter kan få gavn heraf.

11.0 Litteratur

Bøger:

Allardt, E. (1975): *Att ha, Att Älske, Att Vara – om velfärd i Norden*. Argos

Becker, H.S. (2005): *Outsidere - studier i afvigelsessociologi*. 1. udgave, 1. oplag. Hans Reitzels Forlag.

Benner, P. & Wrubel, J. (1989): *The Primacy of Caring. Stress and Coping in Health and Illness*, Menlo Park, California: Addison Wesley

Brinkmann, S. & Tanggaard, L. (2010): *Kvalitative metoder - En grundbog*. Hans Reitzels Forlag, København.

Bourdieu, P. (1997): *Af praktiske grunde*. Hans Reitzels Forlag.

Halkier, B. (2006): *Fokusgrupper*. 1. udgave, 4. oplag, Forlaget Samfundslitteratur & Roskilde Universitetsforlag.

Henderson, V. (2004): *ICN – Sygeplejens grundlæggende principper*, Dansk Sygeplejeråd.

Honneth, A. (2006): *Kamp om anerkendelse*. 1. udgave, 1. oplag. Hans Reitzels Forlag, København.

Højlund, P. & Juul, S. (2005): *Anerkendelse og dømmekraft i socialt arbejde*. 1. udgave, 6. oplag. Hans Reitzels Forlag.

Jacobsen, M.H., Lippert-Rasmussen, K. & Nedergaard, P. (2012): *Videnskabsteori i statskundskab, sociologi og forvaltning*. 2. udgave, 1. oplag. Hans Reitzels Forlag.

Järvinen, M., Larsen, J.E. & Mortensen, N. (2005): *Det magtfulde møde mellem system og klient*. 1. udgave, 3. oplag. Aarhus Universitetsforlag.

Juul, S. & Pedersen, K.B. (2012): *Samfundsvidenskabens videnskabsteori – en indføring*. 1. udgave, 2. oplag. Hans Reitzels Forlag.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009): *Interview – introduktion til et håndværk*. Hans Reitzels Forlag.

Launsø, L. & Rieper, O. (2000): *Forskning om og med mennesker – forskningstyper og forskningsmetoder i samfundsforskning*. Nyt Nordisk Forlag, Arnold Busck.

Martinsen, K & Wærness, K. (1991): *Pleie uten omsorg? – Norsk sykepleie mellom pasient og profesjon*. Pax forlag, Oslo.

Meeuwisse, A. & Swärd, H. (2004): *Perspektiver på sociale problemer*. 1. udgave, 2. udgave. Hans Reitzels Forlag København.

Orem, DE (1995): *Nursing – Concepts of Practice*. Sixth edition, Mosby a Harcourt Health Sciences Company

Internetsider:

www.google.com

www.bibliotek.dk

www.pubmed.com

www.bibsys.no

www.theeuropeanlibrary.org/

www.rex.kb.dk

www.sygeplejersken.dk

Ministeret for sundhed og forebyggelse (2012): *Videofortællinger*:
<http://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Sundhedspolitik/2012/Juni/Faelles-vaerdier.aspx>

World Health Organization (1948): *WHO definition of Health*:
<http://www.who.int/about/definition/en/print.html>

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2014): *Sundhedsloven*:
<https://www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=130455&exp=1>

Region Hovedstadens - koncern kommunikation (2008): *Bruger-, patient- og pårørende politik, værdigrundlag*:

<http://www.bedrepsykiatri.dk/media/11529/hovedstaden.pdf>

Rapporter:

Bünes, N. (2009): *Projekt socialsygepleje – det gode patientforløb, projektbeskrivelse*. Udgivet af KABS.

Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse på vegne af regionerne og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2013): *Den landsdækkende undersøgelse af patientoplevelser*. Udgivet af Region hovedstaden.

Juul, S. & Riiskjær, E. (2012): *Fælles værdier i det sociale og sundhedsmæssige arbejde med socialt udsatte*. Udgivet af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

Pedersen, P.V. (2009): *Dårligt liv – dårlig helbred, socialt udsattes oplevelse af eget liv og sundhed*. Udgivet af Statens institut for folkesundhed og Rådet for Socialt Udsatte.

Dansk Sygeplejeråd (2014): *Sygeplejeetisk Råd - Ethiske spørgsmål og refleksion*. Udgivet af Dansk Sygeplejeråd.

Rådet for Socialt Udsatte (2009): *Socialpolitisk grundlag*. Udgivet af Rådet for Socialt Udsatte.

Rådet for Socialt Udsatte (2012): *Socialpolitisk grundlag*. Udgivet af Rådet for Socialt Udsatte.