

Problemforståelser i det sociale arbejde indenfor sundhedsområdet

Et casestudie af sundhedsprofessionelles perspektiver i den
nationale indsats Aktiv Patientstøtte

Indholdsfortegnelse

Abstract	3
1 Problemfelt.....	4
1.1 Ulighed i Sundhed	4
1.2 Hvad er Aktiv Patientstøtte (APS)	8
1.3 Tendenser i den velfærdsstatslige udvikling	10
Sygeplejerskernes nye rolle – Fra ekspert til facilitator	10
1.4 Formålet med mit speciale	13
1.5 Problemformulering.....	13
1.6 Begrebsafklaring	14
Socialt arbejde.....	14
Sygepleje og omsorg	15
1.7 Indsatsen Aktiv Patientstøtte	16
Sygeplejerskens 3 roller som omsorgsperson, vidensperson og coach og Game Master modellen	17
Løsningsfokuseret dialog.....	18
Anerkendelse i coaching	19
2 Metodeafsnit.....	20
2.1 Arbejdsproces og adgang til feltet	20
2.2 Videnskabsteoretisk position	21
2.3 Valg af casestudie	22
2.4 Valg af dataindsamlingsmetoder	22
2.5 Kvalitative interviews.....	22
2.6 Databearbejdning og analysestrategi.....	25
2.7 Kvalitet i forskningsprocessen	26
2.8 Ethiske overvejelser	27

3	Valg af teori.....	28
3.1	Begrundelse for valg af teori.....	28
3.2	Kari Martinsen (K.M.) – om etik og sanselighed i sygeplejen.....	29
3.3	Vidensformer i det sociale arbejde	31
3.4	Bourdieu's begreber habitus og kapitaler	33
4	Analyse af interviews med sygeplejersker fra APS	35
4.1	Målgruppen og frustrationer over ydre forhold.....	35
	Målgruppen.....	35
	Frustrationer over ydre strukturelle forhold	37
	Forhold til egen læge	45
4.2	Livsstilsændringer og motivation	48
4.3	At arbejde med mål og holde sig inden for de 4 indsatsområder ; viden, strategier, egenomsorg og involverede aktører.	59
	At arbejde med mål.....	59
	At holde sig inden for de 4 indsatsområder:.....	62
4.4	Forståelser af de 2 roller som omsorgsperson og coach.	66
	Omsorgspersonen	66
	Coachingpersonen.....	70
4.5	Konklusion på analysen.....	74
	Målgruppen og frustrationer over ydre strukturelle forhold.....	74
	Motivation og livsstilsændringer.....	76
	At arbejde med mål og holde sig inden for de 4 indsatsområder.....	77
	Forståelser af rollen som omsorgsperson og coach.....	77
5	Nye erkendelser og refleksion	78
	Litteraturliste	80
	Bilag:.....	83

Abstract

The focus of this thesis is on health professionals' understanding of problems within the social work. The problem field is the growing social inequality in health in Denmark. A problem field that exists in the intersection between the social and the health care work. This thesis is a hermeneutic case study with qualitative interviews of nurses employed in the national effort Active Patient Support (APS). APS is a proactive effort, the purpose of which is, through supportive telephone conversations with a nurse, to increase patients' self-care, quality of life and action competence in order to prevent a large consumption of healthcare. As more and more elderly, chronically ill and patients with multi-disease are pushing the healthcare system, APS can be seen as a paradigm shift in the healthcare system, where the nurses have got a new role from being experts in the past to now act as facilitators. The nurses must in APS act between 3 roles as a knowledge person, caregiver and coach. What the different roles can contribute to the meeting between the patient and the nurse, how the nurses weigh the 3 roles, and what that means for their understanding of the problems are questions that I will look into in this thesis. The purpose of my thesis is to be able to contribute with constructive knowledge for professional reflection, and to continue the development of initiatives aimed at prevention and health promotion for the most socially vulnerable groups of people. I have involved the Norwegian nursing theorist Kari Martinsen's care theory, the French sociologist Pierre Bourdieu's concepts of capital and habitus and sociologist Pia Ringø's figure on forms of knowledge in social work. There is great difference between how the nurses emphasize the 3 roles, and the significance they attach to the roles as a caregiver, knowledge person and coach.

Some key conclusions are that the role of care, understood as an openness to the life expressions in the meeting, helps to give a situational and holistic understanding of the patients' situation. At the same time, this approach helps to work more inclusive with patients who are in socially vulnerable situations. The role of the coach is experienced by the nurses as an effective tool for moving some patients, but at the same time it is seen, that the coaching approach has difficulty accommodating the patients who fail to put themselves, their thoughts and opportunities into play in a positive way. The conversations with the nurses show that the coaching approach contributes to the patients having problem understanding within an impact paradigm and the

nurses within a change paradigm, which may mean that the most vulnerable patients are excluded from the help and support they might need. Within a change paradigm and a self-development discourse, the exclusion mechanisms appear more hidden. The social inequality in health can thus less clearly reproduce itself. APS can be regarded as a typical effort for the development and individualization tendency with a focus on self-responsibility in the way of dealing with social and health issues in the welfare state.

1 Problemfelt

1.1 Ulighed i Sundhed

Er sundhed et personligt valg? Sådan lød overskriften på et debatoplæg om forebyggelse i Danmark fra Tænk tanken Mandag Morgen allerede i 2006. Den dominerende tilgang indenfor forebyggelse af folkesundheden, nemlig en individualiseret livsstilstankegang sættes til debat. Der argumenteres for en grundlæggende ændring i opfattelsen af forebyggelse, og den lave prioritering menes at skyldes, at vi opfatter rygning, alkoholvaner, overvægt og fysisk inaktivitet som selvvalgt livsstil (Mandagmorgen, 2006, s.7). Der argumenteres for en omdøbning af begrebet livsstilssygdomme og der står;

Livsstilssygdomme bør omdøbes til civilisationssygdomme, fordi det er den moderne civilisation med dens effektive produktion og distribution af tobak, alkohol og mad – og med den systematiske fjernelse af muskelbaseret arbejde – der i dag skaber de store sundhedsproblemer (Ibid., s. 9).

Ifølge Sundhedsstyrelsen har den sociale ulighed i sundhed gennem de sidste 20 år været stigende. Den sociale ulighed i sygdomsbyrde medfører store og stigende udgifter til behandling pleje og støtteordninger f.eks. i forhold til kronisk syge (Sundhedsstyrelsen 2011, s.6). Der er 10 års forskel i middellevetiden mellem den rigeste fjerdedel og den fattigste fjerdedel af danske mænd viser beregninger fra Statens Institut for Folkesundhed (Statens Institut for Folkesundhed, marts 2013). Andelen der har én langvarig sygdom falder med stigende uddannelsesniveau. I

perioden fra 2010 til 2017 ses en stigning på 2,2 % i andelen med langvarig sygdom (Den Nationale Sundhedsprofil, 2017). Selv om Danmark sammenlignet med andre lande har lav økonomisk ulighed ses en markant social ulighed i dødelighed (Sundhedsstyrelsen, 2011).

Der findes to perspektiver på den sociale ulighed i sundhed. Det ene handler om, at der gennem hele samfundet på den socioøkonomiske rangstige findes en social gradient af stigende sygelighed og dødelighed. Det gælder både, når den sociale position måles med uddannelse, socialgruppe eller indkomst. Det andet perspektiv handler om socialt udsatte grupper, der lever under stærkt belastende sociale forhold. De to perspektiver komplementerer hinanden på den måde, at gradienten illustrerer sundhedspolitikens potentiale og de socialt udsatte grupper repræsenterer tiltag og udfordringer for det kliniske arbejde, rehabiliteringen og socialforsikringen (Diderichsen, 2011, i Lund mfl., s.24-25).

Af Sundhedsstyrelsen er social ulighed i sundhed defineret som:

Social ulighed i sundhed er et spørgsmål om, at der er systematiske forskelle i sundhedstilstand mellem borgere i samfundet opdelt efter socioøkonomiske kriterier som uddannelse, indkomst og arbejdsforhold. At forskellene er systematiske vil sige, at de bliver stående i stort set uforandret form, selv om individerne over tid skiftes ud (Sundhedsstyrelsen, 2011, s.6).

Alle lande i verden har store og ofte stigende sociale forskelle i befolkningens helbredstilstand. I maj 2009 vedtog WHO resolutionen; *Reducing health inequities through action on the social determinations of health*, som opfordrer medlemslandene til at lave nationale analyser af årsager til og indsatser mod ulighed i sundhed (Diderichsen m.fl., 2011, s.3). I Danmark blev denne analyse ledet af Professor Finn Diderichsen, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Kbh. Universitet. Arbejdet udmundede i en rapport – *ulighed i sundhed – årsager og indsatser*, som beskriver en række sociale determinanternes betydning for sundhed og sygelighed i en dansk kontekst;

Det drejer sig bl.a. om børns tidlige udvikling, skolegang, socialt miljø, indkomst – fattigdom, langvarig arbejdsløshed, social udsathed, fysisk miljø, arbejdsmiljø, sundhedsadfærd, tidlig nedsættelse af funktionsevne og sundhedsvæsenets rolle (Ibid., S.8). Det fremgår, at den sociale ulighed i sundhed ikke kan løses af sundhedssektoren alene. Det er et komplekst arbejde som

forudsætter indsatser fra såvel forskellige sektorer (uddannelse, social, sundhed, beskæftigelse) som forskellige administrative niveauer herunder kommuner, regioner, stat og civilsamfund)(Ibid., s.3).

Professor ved Institut for Folkesundhedsvidenskab Kbh. Universitet Signild Vallgård skriver, at Danmark i forhold til de øvrige nordiske lande i deres sundhedspolitik lægger større vægt på de adfærdsrelaterede livsstilsfaktorer, også betegnet som KRAM-faktorerne (kost, rygning, alkohol og motion) og har mindre fokus på det samfundsmæssige liv som fx mulighed for deltagelse og indflydelse. Hun skriver, at det danske folkesundhedsprogram lægger mindre vægt på sundhedsfremme i forhold til risikofaktorer, der giver anledning til sygdom (Vallgård, 2009, s.179).

Ulige adgang til sundhed er fortsat en stor udfordring til sundhedspolitikken skriver lektor Bjarne Jensen. I de fleste lande har det kun været middelklassen, som har draget fordel af livsstilskorrigeringen. De socialt og økonomisk privilegerede grupper af mennesker har større mulighed for at leve et sundt liv, hvorimod de dårligere stillede, som står overfor basale problemer i dagliglivet har færre ressourcer til overs til en sund livsstil (Jensen, 2000).

Tænkertanken Mandagmorgen argumenterer, at den dominerende livsstilsbetragtning øger den sociale ulighed i sundhed og foreslår en strukturel og bred indsats overfor civilisationssygdomme for at standse væksten i ulighed (Mandagmorgen, 2006, s.35).

I bogen *"Ulighed i sundhed – nye humanistiske og samfundsvidenskabelige perspektiver"* Skrevet af ti forfattere, hvoraf 8 er tilknyttet center for sundhedsfremmeforskning ved Roskilde Universitet, ønsker forfatterne at bringe de sociale og kulturelle aspekter af sundhed, sygdom og ulighed stærkere ind i sundhedsvidenskaberne, i sundhedsuddannelser og institutionelle sundhedspraksisser (Lehn – Christiansen m.fl., 2016, s. 23).

Forfatterne skriver bl.a., at sundhedsstyrelsens rapport " Ulighed i Sundhed – årsager og indsatser" kortlægger 12 vigtige determinanter i relation til ulighed i sundhed, hvilket har resulteret i de sidste mange års KRAM-indsatser. Det vil sige, at den epidemiologiske viden bliver anvendt med henblik på at reducere uligheden primært ved at fokusere på adfærdsændringer hos

den enkelte, og i mindre omfang gennem et fokus på de strukturelle vilkår, der ligger til grund for den ulige sundhed. Forfatterne beskriver, hvordan ulighed i sundhed herved må forstås som et aspekt af en magt-vidensproblematik, hvor en særlig viden om hvilke sundhedsproblemer der findes på befolkningsniveau udmøntes i en særlig sundhedspolitik(Ibid., s.8-9).

På trods af at epidemiologien peger på sammenhænge mellem sundhed, sygdom og social position, forklarer den ikke hvorfor disse sammenhænge opstår. Derfor kan det synes paradoksalt, at den epidemiologiske viden har resulteret i en sundhedsindsats der overvejende fokuserer på individuelle adfærdsændringer. Epidemiologien formidler et vigtigt billede af tingenes tilstand, men den giver samtidig anledning til nye spørgsmål(Ibid., s.9).

I bogen fremhæves det, at der er brug for en ny slags viden om ulighed i sundhed, og forfatterne skriver: *Hvis vi vil løse problemerne med ulighed i sundhed må vi vide mere om, hvordan mennesker håndterer deres sundhed og sygdomme, og hvordan sundhed kan ses som subjektive medieringer af sociale positioner og livserfaringer* (Ibid., s.9-10).

Velfærdskommissionen pegede i 2005 på nogle af de udfordringer, som det danske velfærdssamfund står over for; at der bliver flere ældre og færre i den erhvervsaktive alder. Samtidig stilles der krav om stadig bedre velfærdsydelser (Velfærdskommissionen, 2005). Nogle af svarene på de økonomiske og demografiske udfordringer ser vi i dag bl.a. i form af hverdagsrehabilitering, velfærdsteknologi, digitalisering og øget fokus på samskabelse med frivillige og civilsamfundet (Mandagmorgen, 2012, s.2).

Et af regeringens nationale mål for danskernes sundhed er at mindske den sociale ulighed i sundhed (Regeringen, 2014, Sundere liv for alle). I regeringens udspil *"jo før – jo bedre"* er det beskrevet, at danskere med kort uddannelse og lav indkomst hyppigere har kroniske sygdomme end resten af befolkningen (Regeringen, 2014). Risikoen for at dø af sygdommen eller have gode leveår med sygdommen afhænger af uddannelse og indkomst. Et af de initiativer regeringen har opsat til forbedringer er bl.a. Aktiv Patientstøtte (APS), fra en særligt uddannet sygeplejerske, for de svageste og mest komplekse kronisk syge (Regeringen, 2014). APS vil være casen for mit speciale, og jeg vil nedenfor redegøre nærmere for indsatsen.

1.2 Hvad er Aktiv Patientstøtte (APS)

APS er et nationalt forskningsprojekt, som Regeringen og Danske Regioner i årene 2017-2019 implementerer på landsplan med ansættelse af 105 APS-sygeplejersker. Indsatsen er beskrevet som en model for case management og er oprindelig udviklet og afprøvet i Sverige. Det er en regional indsats frem til og med 2019 beskrevet i regionernes økonomiaftale. Der er krav om at 15.000 borgere inkluderes.

Baggrunden for indsatsen er en analyse af den danske befolkning, som viser, at få borgere (1 %) lægger beslag på ca. 30 % af ressourcerne på hospitalerne. 1 % gruppen er beskrevet ud fra karakteristika i sundhedsforbrug og diagnoser, hvor størstedelen har et stort forbrug af indlæggelser. I forhold til diagnoser udgør majoriteten hjerte-kar-, psykiatri, lunge- og kræftsygdomme.

Der er udviklet en fælles regional prædiktionsmodel, der kan identificere de patienter, som er i risiko for fremadrettet at blive blandt den befolkningsgruppe med det største sundhedsforbrug, og som forventes at kunne respondere positivt på denne type indsats. Risikovurderingen foretages ved hjælp af en logistisk regresionsmodel på baggrund af data om patientens køn og antal registrerede diagnoser inden for de seneste 2 år og omfang af sygehuskontakter og genindlæggelser inden for de seneste 6 måneder. Eksklusionskriterier er demens, psykotiske diagnoser og misbrug. På baggrund af ovenstående model udvælges og inviteres borgere via E-post eller brev til deltagelse i projektet.

Sygeplejerskerne i APS bliver uddannet efter et nationalt kompetenceudviklingskoncept, hvor formålet er at coache patienterne i egenomsorg og optimeret navigering i sundhedsvæsenet. På baggrund af et første fysisk møde mellem sygeplejerske og patient (på et hospital eller et sundhedscenter) identificeres og analyseres patientens risikoprofil med fokus på:

- patientens egen opfattelse af handlekompetence og sygdomsmæssige status
- patientens ressourcer – herunder støtte fra familie og venner

- patientens motivation og indsigt i egne sygdomme
- sammenhængen/samarbejdet mellem patientens forskellige behandlings-systemer

Herudfra udarbejdes i samarbejde en handlingsplan for de mål, som patienten gerne vil nå, hvorefter den fremtidige kontakt foregår pr. telefon i et forløb på 6-9 måneder (Projektplan for Aktiv Patientstøtte, 2017 – se bilag 1)

Formålet med Aktiv Patientstøtte er at øge patientens egenomsorgsevne, livskvalitet og handlekompetence for der igennem at forebygge et stort forbrug af sundhedsydelser. (Ibid., s.1)

I projektbeskrivelsen er angivet, at en pro-aktiv intervention mod de patienter, der er i risiko for at blive en del af gruppen med det største sundhedsforbrug giver de inkluderede patienter bedre livskvalitet og færre indlæggelser, hvormed et reduceret sundhedsforbrug opnås. APS er et randomiseret kontrolleret studie, der måler på om APS er en omkostningseffektiv intervention, og om den forbedrer patientens livskvalitet og mestringsevne (Ibid. – se bilag 1).

Indsatsen er supplerende og træder ikke i stedet for andre indsatser som f.eks. følge-hjem eller opfølgende hjemmebesøg. Praktiserende læger, kommuner og andre skal ikke være en del af indsatsen eller overtage ved afsluttet forløb. Herudover kan sygeplejerskerne ikke henvise til kommunale eller andre tilbud, og der kan ikke henvises til indsatsen APS. (DRG-konference 2017 - se bilag 2).

Samlet set tilbyder APS telefoniske samtaler med en sygeplejerske, om det patienterne gerne vil opnå og arbejde med indenfor følgende områder; viden, strategier, egenomsorg og involverede aktører (Nye typer af dialoger – se bilag 3).

I nedenstående afsnit vil jeg skitsere nogle udviklinger og tendenser i den danske velfærdsstat, som har betydning for hvorfor, der iværksættes en helt ny landsdækkende indsats som APS.

1.3 Tendenser i den velfærdsstatslige udvikling

Udviklingen og de tendenser i den danske velfærdsstat, som vi har set inden for de sidste 20 år bliver sammenfattende betegnet som "den sociale investeringsstat" eller "konkurrencestaten". En udvikling som er inspireret af neo-liberalistisk tænkning. Omdrejningspunktet for politiske initiativer bliver at skabe de bedste betingelser for nationens økonomiske konkurrenceevne (Larsen m.fl., 2016, s.67). Med udviklingen er fulgt en anden type risikovurdering og – håndtering. Risikohåndteringen er i høj grad flyttet fra staten til den enkelte borger, f.eks. ved at den enkelte aktivt skal medvirke til forebyggelse af, at ens helbred svækkes. Samtidig anvendes der i stigende grad forskellige typer af incitament og sanktioner med henblik på at påvirke den enkeltes adfærd i den ønskede retning (Ibid., s.68).

Sociolog og ph.d. Jørgen Elm Larsen og professor i sociologi Iver Hornemann skriver, at konsekvensen af konkurrencestatens ideologi kan blive, at det mindretal som ikke har ressourcer, evner eller vilje til at tage en uddannelse, et arbejde eller leve et sundt liv kobles af og får endnu dårligere levekår. Der sker altså en nedprioritering i forhold til at udøve omsorg for de svageste i det danske samfund (Larsen m.fl., 2016, s.69).

Formanden for Danske Regioners Sundhedsudvalg udtaler, at der er behov for at tænke nyt i og med, at der bliver stadig flere ældre, kronisk syge og patienter med multisygdom, hvilket presser sundhedsvæsenet. APS bliver beskrevet som et paradigmeskifte i sundhedsvæsenet. Jacob Sønderskov fra virksomheden Mannaz underviser sygeplejerskerne i at kombinere en omsorgs-, videns- og coachende rolle. Han fremhæver, at den grundlæggende styrke ved indsatsen er, at sygeplejerskerne gør noget med patienten og ikke for patienten. Det helt afgørende er ifølge Jacob Mannaz, at sygeplejerskerne skal fastholde patientens eget ansvar. Uddannelsen af sygeplejerskerne kan ses som et opgør med den traditionelle sygeplejefaglige ekspertrolle. (APS – Et paradigmeskifte i sundhedsvæsenet – se bilag 4).

Sygeplejerskernes nye rolle – Fra ekspert til facilitator

I antologien "At skabe en professionel" af Margaretha Järvinen og Nanna Mik-Meyer skriver forfatterne om, hvordan en række velfærdsarbejdere herunder bl.a. sygeplejersker, socialrådgivere, pædagoger og plejehjemsansatte har fået en dobbeltfunktion med både at støtte,

hjælpe, udvikle og kontrollere de borgere, som de samarbejder med. Forfatterne skriver om de professionelles ændrede rolle, om hvordan velfærdsstaten sætter nogle bestemte rammer for de professionelles arbejde, hvilket betyder at deres professionalisme kommer til at dreje sig om, at få borgerne til at anskue deres problemer i overensstemmelse med de professionelles opfattelse (Järvinen m.fl., 2012, s. 13-14).

Sideløbende med udviklinger inden for monitorering, markedsgørelse og risikostyring er der sket en ændring i de professionelles rolle fra at de tidligere var eksperter, som på baggrund af deres uddannelse og erfaring var den aktive part i opstilling og brug af midler og mål, skal de ansatte i velfærdsstaten nu agere som facilitatorer. Her er det borgeren, der skal sættes i centrum og velfærdsarbejderens rolle bliver at medvirke til dennes selvudvikling og risikoforvaltning. Borgerne forventes hermed at indgå i et mere omfattende udviklingsarbejde, der fokuserer på risikomonitorering, selvrefleksion og selvrealisering. Tendensen med at borgeren skal gøres ansvarlig for sin egen situation hænger sammen med den individualiseringstendens, som er gældende i nutidens vestlige samfund (Ibid., s. 18-19).

Forfatterne skriver, at dagens velfærdsarbejde er afhængig af en specifik type borgere, som både kan og er indstillet på at påtage sig ansvaret for deres problemer og målbevidst løse disse gennem risikohåndtering og selvudvikling (Ibid., s.19). I arbejdet med medicinske patienter eller ældre borgere lægges særlig vægt på borgerens autonomi, og som for deres egen skyld skal stimuleres til at blive selvhjulpne (Ibid., s. 20).

Selvudviklingsdiskursen er udbredt på tværs af professioner og analyser har vist, at der ofte er en konflikt mellem de professionelles individfokuserede tilgange og problemforståelser, og borgernes beskrivelse af deres problemer som sociale og strukturelle (Ibid., s. 25).

Med baggrund i den stigende sociale ulighed i sundhed og den ovenfor beskrevne konflikt i problemforståelser bliver det derfor særlig interessant og relevant at undersøge sygeplejerskernes problemforståelser i indsatsen APS. Jeg har fra mit forrige modul på kandidatuddannelsen i socialt arbejde; *Det sociale og sundhedsfaglige arbejde som krydsfelt* fået nuanceret og udvidet min forståelse for den sociale ulighed i sundhed som begreb, som velfærdsfænomen, som strukturelt forbundet og som en samfundsmæssig tendens, hvor uligheden aktuelt er stigende. Jeg har i den

forbindelse udarbejdet en mindre opgave ud fra Aktiv Patientstøttes projektbeskrivelse med fokus på forståelser af sundhed og sygdom. Denne indsigt har for mig tydeliggjort, at det sundhedsfaglige felt, som jeg selv som sygeplejerske med mange års erfaring fra den sekundære sundhedssektor har været en del af, opererer med nogle mere snævre sygdoms- og sundhedsbegreber domineret af den biomedicinske diskurs.

Med min sundhedsfaglige baggrund og udvidede indsigt og forståelse for menneskelige sociale problemer gennem kandidatuddannelsen i Socialt Arbejde bliver det for mig særlig interessant at undersøge en indsats som APS, hvis problemfelt befinder sig i krydsfeltet mellem det sociale og det sundhedsfaglige arbejde. For hvordan skal patienternes problemer egentlig forstås?

1.4 Formålet med mit speciale

Formålet med mit speciale er derfor at kunne bidrage med konstruktiv viden til faglig refleksion, og til fortsat udvikling af indsatser rettet mod forebyggelse og sundhedsfremme for de mest socialt sårbare grupper af mennesker.

Hvilken rolle virksomheden Mannaz har for feltet i sin helhed og sygeplejerskernes arbejde i APS er et andet interessant spørgsmål. Sygeplejerskerne skal i APS agere mellem 3 roller som vidensperson, omsorgsperson og coach. Hvad de forskellige roller kan bidrage med i mødet mellem patient og sygeplejerske? hvordan sygeplejerskerne vægter de 3 roller? og hvad det betyder for deres problemforståelser? er spørgsmål som jeg i dette speciale vil undersøge nærmere, og leder mig til min problemformulering.

1.5 Problemformulering

Hvilke problemforståelser kommer til udtryk i sygeplejerskernes arbejde i indsatsen Aktiv Patientstøtte? og hvad betyder disse for det konkrete sociale og sundhedsfaglige arbejde med kronisk syge patienter?

Hvordan er målgruppen i APS beskrevet af sygeplejerskerne?

Hvilke problemer er det, som patienterne beskriver i deres samtaler med sygeplejerskerne?

Hvordan oplever sygeplejerskerne, og hvilken betydning har det for det sociale arbejde at skulle arbejde med mål og holde sig inden for de 4 indsatsområder; viden, strategier, egenomsorg og involverede aktører?

Hvilken betydning og vægtning tillægger sygeplejerskerne de 3 roller som henholdsvis vidensperson, omsorgsperson og coach? Og hvad betyder det for problemforståelsen i mødet mellem patient og sygeplejerske?

Min egen grundantagelse, med et socialfagligt perspektiv, er at ulighed i sundhed må forstås som et spørgsmål om social retfærdighed, menneskeværd og demokrati. Jeg ønsker derfor med denne undersøgelse at kunne bidrage med udforskning af, hvordan ulighed skabes, øges og bekæmpes.

1.6 Begrebsafklaring

Socialt arbejde

APS er en indsats, som kan karakteriseres som socialt arbejde inden for det sundhedsfaglige felt udført af sygeplejersker. Jeg vil herunder forsøge at tydeliggøre og begrebsliggøre det sociale arbejde og dets rolle i forhold til sygeplejen.

Der findes ikke nogen enkel og entydig definition af socialt arbejde. Tine Egelund skriver om socialt arbejde: *"socialt arbejde er mangefacetteret, modsætningsfyldt og foranderligt i tid og rum....så snævert knyttet til omgivelsesforventninger og samfunds- og politiske strømninger, at det ikke giver nogen mening at forsøge at indhegne det definitoriske ude af sammenhæng med den kontekst, det indgår i"* (Skytte, 2013, s.13). Hun skriver dog, at man overordnet kan karakterisere det sociale arbejde ved indsatser, som har til formål at muliggøre alles deltagelse i samfundet. Et arbejde som balancerer mellem samfundets krav til borgerne om at opføre sig lovlydigt og normalt og borgernes krav om sikkerhed, tryghed og autonomi (Ibid., s.13).

Det sociale arbejde tilhører altså ikke en særlig profession eller et specifikt felt. Hvilken rolle det sociale arbejde har inden for det sundhedsfaglige felt er et spørgsmål, som jeg løbende har stillet mig selv gennem Kandidatuddannelsen i Socialt Arbejde, og som jeg nedenfor under sygepleje og omsorg vil udfolde nærmere.

Værdigrundlaget for socialt arbejde, defineret af The International Federation of Social Workers IFSW fra 2014, oversat af socialrådgiverforeningen lyder således: *Grundlaget for socialt arbejde er humanitære og demokratiske idealer, og dets værdier bygger på respekt for lighed, menneskeværd og værdighed hos alle mennesker. Siden starten for mere end hundrede år siden har udøvelsen af socialt arbejde fokuseret på at tilfredsstille menneskelige behov og udvikle menneskeligt potentiale* (Skytte, 2013, s.32).

Værdigrundlaget for det sociale arbejde er på flere måder sammenfaldende med de grundværdier som ligger i sygeplejefaget, og som er beskrevet i de sygeplejeetiske retningslinjer. Dette vil jeg nedenfor udfolde nærmere.

Sygepleje og omsorg

Sygeplejefaget er forankret i både et naturvidenskabeligt, et humanistisk og et samfundsvidenskabeligt paradigme. En af grundværdierne i sygeplejen er som beskrevet i de sygeplejeetiske retningslinjer at yde omsorg (Sygeplejeetiske retningslinjer, 2014, s.6). Der står skrevet;

Sygeplejersken har et ansvar fagligt, personligt, etisk og æstetisk, i forhold til de patienter, der har behov for sygepleje. Magtudøvelsen kan kun forvaltes moralsk ansvarligt i solidaritet med den svage....Omsorg udspiller sig i relationen mellem sygeplejersken og patienten....Heri ligger et moralsk princip om at handle sådan, at alle får samme muligheder for at leve det bedst mulige liv. Velvære betragtes som et overordnet mål med al sygepleje....langsigtet velvære forstås som optimal sundhed og livskvalitet, hvor idealet er det gode liv...(Ibid.,s. 5). Herudover er det beskrevet, at sygeplejersken med hensyn til god etisk praksis og integritet skal yde sygepleje med udgangspunkt i patientens ønsker i forhold til fysiske, psykiske, sociale og åndelige behov (Ibid., s.9).

Omsorg skal hermed forstås som et relationelt begreb. Det er i mødet mellem sygeplejerske og patient at omsorgen udspiller sig, og det er netop i dette møde, at det sociale arbejde, som indbefatter helhedsorienterede forståelser af menneskelige problemstillinger, har sin rolle i sygeplejen. I relationen mellem sygeplejerske og patient. Det moralske princip om at handle sådan, at alle får samme muligheder betinger, at sygeplejersken anlægger et helhedssyn. Min opfattelse er, at det er i helhedssynet, at det sociale arbejde har sin plads. Helhedssynet er af Jens Guldager beskrevet og handler om at kunne se og forstå samspillet mellem det enkelte menneske, familien, gruppen, institutions- og samfundsniveauet (Harder, 2011, s.39). Morten Ejrnæs skriver om praktikeres helhedssyn, at der er stor enighed om, at praktikere inden for det pædagogiske, sociale og sundhedsfaglige område skal anlægge et helhedssyn, da de problemer de stilles over for i praksis altid er komplekse og kræver et helhedsperspektiv på problemerne (Ejrnæs, 2008, s.140).

Jeg vil nedenfor skitsere, hvordan APS som en særlig indsats er beskrevet for at give en forståelse og indsigt i, hvordan det er tiltænkt, at sygeplejerskerne skal arbejde med coaching samt målet hermed.

1.7 Indsatsen Aktiv Patientstøtte

Det er virksomheden Mannaz der står for undervisning og supervision af sygeplejerskerne i APS. APS arbejder med systemisk coaching med baggrund i bogen "Systemisk coaching" af Hanne V. Moltke og Asbjørn Molly. Systemisk coaching er heri defineret som; *en hjælpeorienteret samtaleform. Fra en samskabende og nysgerrig position understøtter og inspirerer coachen en fokuspersion til at reflektere over og lære af egne og andres erfaringer, og derigennem blive klogere på egne ressourcer og handlemuligheder. Det sker i forhold til udviklingsønsker, dilemmaer og udfordringer, som er vigtige for den pågældende og med fokus på de sociale og organisatoriske mønstre og relationer, fokuspersionen handler i* (Moltke, 2009, s. 3-4).

Coachingsamtalen er asymmetrisk i og med at det altid er fokuspersionens verden, der er i fokus. Det systemiske element antyder, at det er relationen person og problemstilling, der er i fokus. Det handler om personens forholdemåde i forhold til en problemstilling, og ikke selve personen eller problemstillingen isoleret set. Coachen hjælper på denne måde personen til at kunne se forskellige perspektiver på relationen mellem fokuspersionen selv og vedkommendes problemstilling (Ibid., s.3).

Nogle af de redskaber der undervises i og anvendes af sygeplejerskerne i APS, vil jeg skitsere nedenfor.

Sygeplejerskens 3 roller som omsorgsperson, vidensperson og coach og Game Master modellen

Støttesygeplejerskens roller

Omsorgsperson

Give følelsesmæssig støtte, så patienten føler sig mødt og forstået

- Viser empati og forståelse for patientens sygdom og situation
- Møder patienten, hvor han er
- Taler med patienten om at leve med kroniske sygdomme



Coach

Hjælper patienten med selv at komme frem til nye indsigter

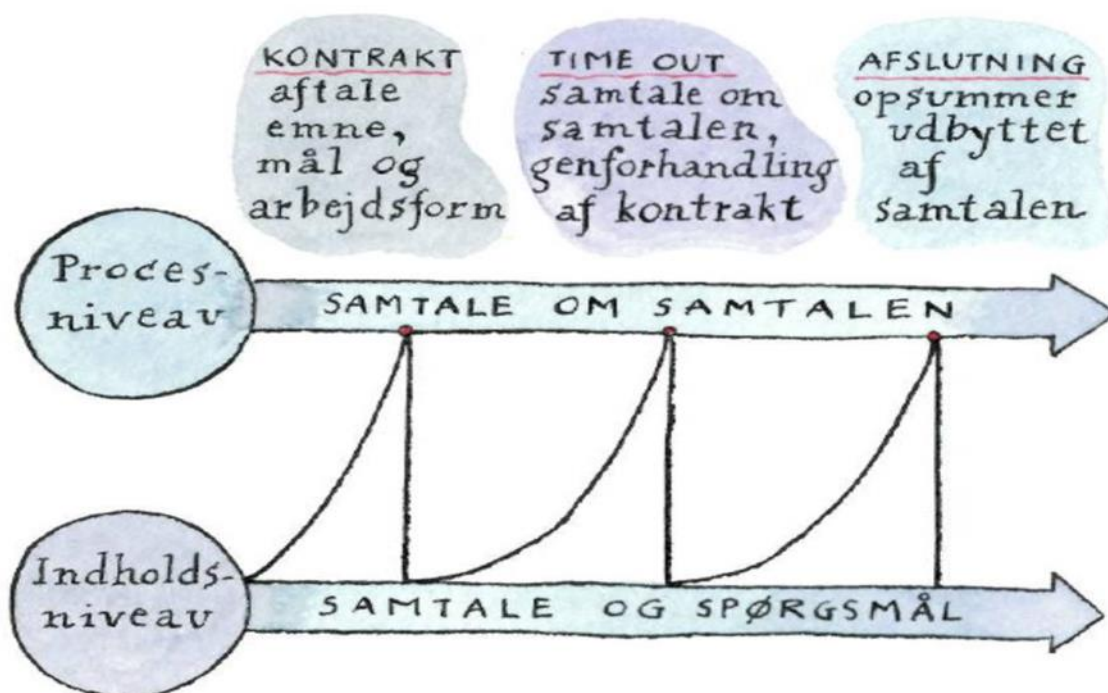
- Stiller spørgsmål, der skaber refleksion og indsigt i egen situation
- Spørger ind til ressourcer og virkningsfulde strategier
- Medvirker til at skabe fremdrift for patienten i forhold til handleplanen

Vidensperson

Giver relevant viden

- Giver patienten indsigt i sin sygdom
- Tilbyder råd til egenomsorg og gode strategier
- Guider til at navigere i behandlingssystemet og mulighederne for støtte

Figur 1: Sygeplejerskernes tre roller



Figur 2: Game Master modellen

Der arbejdes med samtalestyring også kaldet Game Master-modellen (Nye typer af dialoger i sundhedsvæsenet - se bilag 3).

Den amerikanske professor i kommunikation W. Barnett Pearce skriver, at der i sprogspil er to forskellige roller, man kan indtage: game-player og game-master. I coachingsamtalen er det coachen, som har rollen som game-master, der agerer både på et indholds niveau og et procesniveau. Dette gør det muligt for coachen at ændre eller udvikle på de præmisser og forforståelser, som samtalen bygger på (Moltke, 2009, s. 25).

Løsningsfokuseret dialog

Et af de redskaber der arbejdes med er løsningsfokuseret dialog også kaldet LØFT. Grundtanken med den løsningsfokuserede tilgang til coaching er, at man ikke skal udforske selve problemstillingen men i stedet løsningsmulighederne. Tilgangen indeholder en forståelse af, at måden man taler om en problemstilling på, får afgørende betydning for den enkeltes evne og vilje til at løse den. I den løsningsfokuserede tilgang er fokus på fremtidige løsningsmuligheder, og har ingen interesse i fortiden og årsagen til problemstillingen. Tilgangen er beskrevet som hurtig og

effektiv og er praktiseret og beskrevet af den amerikanske psykoterapeut Steve de Shazer (1940-2005). Tilgangen tager udgangspunkt i, at fokuspersonen selv besidder evner, styrker og ressourcer til at løse problemerne. Der søges opmærksomhed mod de situationer, hvor problemet ikke er til stede (Ibid., s.54).

Anerkendelse i coaching

I APS arbejdes der med anerkendelsesbegrebet ud fra den amerikanske tilgang appreciative inquiry (AI), udviklet af David Cooperrider, og kan oversættes til "værdsettende udforskning". Det beskrives som en slags metodisk udviklingsperspektiv på anerkendelse. Grundtanken er at have fokus på ressourcer, og tage udgangspunkt i dem i enhver situation frem for manglerne (Moltke, 2009, s.18). Værdsettende udforskning eller AI kan forstås som en tilgang til verden og til andre mennesker, som kan anvendes som metode i organisationsudvikling eller i coachingsamtaler. At arbejde med værdsettende udforskning handler om at ville påvirke fokuspersonen i en retning, hvor man udvikler det, der virker ved at sætte fokus på det (Ibid., s. 44).



Figur 3: Den klassiske Problemløsningsmodel og Appreciative Inquiry Kilde: Moltke, 2009 s. 44

AI-tilgangen fastholder, at der altid, i en hvilken som helst situation er ressourcer til stede, og at der altid er noget, der fungerer, hvortil fokus skal rettes. Det vil sige, at spørgsmål til fokuspersonen på en værdsættende måde skal styre hen mod dette (Ibid., s. 44). Tanken er at sproget skaber virkeligheden, og resourcesproget skaber herved fokus på muligheder, succeser og ressourcer (Ibid., s. 45). Samlet kan man sige, at der i APS overordnet arbejdes med metoder og teorier, som tager afsæt i socialkonstruktionistiske tænkere.

Kun sygeplejerskens rolle som coach er udfoldet og beskrevet i indsatsen. De andre 2 roller som vidensperson og omsorgsperson er kun meget sparsomt udfoldet. Omsorgen fremstår mere implicit, og kan på denne måde forstås som et middel til at kunne arbejde med de coachende metoder. Hvad omsorgsrollen faktisk kan bidrage med i mødet, og hvad den betyder for problemforståelsen bliver derfor et særligt interessant spørgsmål.

2 Metodeafsnit

Jeg vil i dette afsnit anskueliggøre, hvordan jeg videnskabsteoretisk og forskningsmetodisk har grebet dette speciale an. Først vil jeg dog redegøre for min arbejdsproces og herefter min videnskabsteoretiske og metodiske tilgang.

2.1 Arbejdsproces og adgang til feltet

Jeg vil i dette afsnit forsøge at skitsere min arbejdsproces gennem dette speciales tilblivelse for at skabe mest mulig gennemsigtighed.

Jeg fandt det i første omgang interessant at undersøge patienternes perspektiv, i relation til indsatsen APS, for at få større indblik i patienternes subjektive hverdagserfaringer i livet med kroniske sygdomme, og deres oplevelser i mødet med social- og sundhedsvæsenet, da dette er et perspektiv der i forskningslitteraturen beskrives som mangelfuldt (Lehn-Christensen m.fl., 2016, s.9). Jeg startede derfor med at kontakte projektkoordinatoren for APS, i en af regionerne i Danmark, som jeg tidligere havde haft kontakt med og fået tilsendt en projektbeskrivelse. Hun henviste mig til den afsnitsledende sygeplejerske for én region i Danmark. Efter flere

korrespondencer frem og tilbage fik jeg afslag på at kunne deltage i sygeplejerskernes første fysiske møde med patienterne, og få adgang til at tale med og interviewe udvalgte patienter. Dette begrundet med, at der skulle oplæres to nye sygeplejersker inden for den periode jeg kunne deltage og etiske og forskningsmæssige bekymringer i forhold til, at patienterne i forvejen er en del af et forskningsprojekt. Mit fokus for specialet ændredes derfor til et ikke mindre interessant perspektiv; nemlig sygeplejerskernes problemforståelser og de roller, som de inden for projektets rammer skal agere i. Min gatekeeper til feltet blev den afsnitsledende sygeplejerske i én region i Danmark. Hun tog kontakt til en afsnitsledende sygeplejerske i en anden region for at finde sygeplejersker, der ville deltage i interviews til mit projekt. Jeg har derfor ikke haft indflydelse på deres valg af interviewpersoner til mit speciale.

I de følgende afsnit vil jeg beskrive de valg jeg har foretaget i forhold til videnskabsteoretisk position, metode, analysestrategier, påvirkning af felten og etiske overvejelser.

2.2 Videnskabsteoretisk position

Dette speciales videnskabsteoretiske udgangspunkt er hermeneutisk. Den viden jeg søger er af forstående karakter. Hvilke problemforståelser sygeplejerskerne har og hvilke betydninger de tillægger de 3 roller som vidensperson, omsorgsperson og coach. Den hermeneutiske videnskabs opgave er ikke som naturvidenskaberne at finde lovmæssighederne for samfundet på samme måde som for naturen, da disse ikke findes. Den menneskelige verden er af en grundlæggende anden art, end den natur der udforskes inden for naturvidenskaberne. Mennesket er i modsætning til naturen i stand til at gøre erfaringer, reflektere over dem og som følge heraf ændre adfærd (Juul, 2012, s.109). Hermeneutik betyder fortolkning, hvilket bliver særlig relevant for at kunne besvare min problemformulering omhandlende problemforståelser og betydninger. Som Søren Juul skriver; *Den mening, der ligger gemt i vore sproglige udtryksformer må bringes frem gennem fortolkningsarbejdet* (Ibid., s. 108). Forskeren er ifølge den filosofiske hermeneutik en del af den verden han/hun studerer. Fordomme må ifølge Gadamer betragtes som en forståelseshorisont, som indbefatter alt hvad der er muligt at se fra et bestemt sted, og er derfor også produktive for erkendelsen (Ibid., s.122).

2.3 Valg af casestudie

Det karakteristiske ved et casestudie er, at man interesserer sig for det komplekse sammenspil af mange faktorer inden for en given afgrænsning. Det er netop casestudiets styrke at kunne håndtere komplekse sammenhænge inden for få analyseenheder. Samtidig er det ofte tilfældet, at casestudiet kombinerer flere forskellige typer af data og dataindsamlingsmetoder (Frederiksen, 2018, s. 100).

For at kunne besvare min problemformulering søger jeg en dybdegående kontekstafhængig viden, hvortil casestudiet er et oplagt valg. Min case repræsenterer en tidstypisk metode, nemlig coaching som efterhånden er blevet en udbredt måde at håndtere social- og sundhedsproblematikker på. Min udvalgte case er derfor velegnet til at sige noget om grundproblematikken ved at anvende coaching overfor mennesker i socialt sårbare situationer. Man kan sige, at casen er egnet til at sige noget om metoden coaching i dens fulde kompleksitet (Ibid., s. 101).

2.4 Valg af dataindsamlingsmetoder

Da jeg med mit speciale ønsker at få indsigt i sygeplejerskernes forståelseshorisonter har jeg valgt at foretage kvalitative interview, da interviewet som metode er en måde at opnå viden om andre menneskers meninger, holdninger og oplevelser (Tanggaard og Brinkmann, 2015, s. 29). Her udover har jeg inddraget enkelte dokumenter for at kunne beskrive indsatsen APS og de kontekstuelle og organisatoriske forhold, og hermed give en helhedsforståelse af projektet APS. Det vil sige, at jeg ikke har lavet en decideret dokumentanalyse, men brugt dokumenterne til at indramme indsatsen.

2.5 Kvalitative interviews

Jeg har i dette studie valgt at beskæftige mig med aktørperspektiver; sygeplejerskerne og derfor interviewet seks sygeplejersker fra to forskellige regioner i Danmark. Jeg har foretaget mine kvalitative interviews ud fra en semi-struktureret interview-guide. Jeg havde, da jeg udarbejdede

interview-guiden læst mig godt ind i projektet APS ud fra de opgivne dokumenter og materialet fra konsulentfirmaet Mannaz og bogen "systemisk coaching", som jeg blev oplyst om, at de i APS arbejdede ud fra. Det vil sige, at min interview-guide er lavet dels på baggrund af en åbenhed og nysgerrighed til feltet og de 3 roller, som sygeplejerskerne skal agere i, og dels på baggrund af min forforståelse om, at det sundhedsfaglige felt opererer med mere snævre forståelser af sundhed og sygdom domineret af den biomedicinske diskurs. Samtidig havde jeg en vis skepsis overfor coachingens fokus på ressourcer og ikke problemer, da jeg udarbejdede min interview-guide. Jeg opdelte min interview-guide i temaer omhandlende; målgruppen, problemforståelser, det første møde og at arbejde med mål, coaching, samarbejdspartnere og afslutning. Det vil sige, at min tilgang var delvis eksplorativ, da jeg lod mig følge af det, som sygeplejerskerne fortalte, og nogle temaer i interview-guiden kom til at fylde mere end andre, mens nye temaer opstod.

Jeg bestræbte mig på at få et dybere indblik i sygeplejerskernes arbejde og problemforståelser ved at spørge ind til flere emner med relevans til deres praktiske arbejde. Det vil sige, at jeg ikke havde bestemt mig for, hvilke teoretiske begreber eller teorier jeg ville anvende, da jeg udarbejdede min interview-guide. Min problemformulering var fra start overordnet og omhandlede problemforståelser.

Jeg må med min hermeneutiske position være bevidst om, at jeg er aktiv medskaber af datamaterialet igennem fordomme, fortolkninger og dialog (Olesen og Monrad, 2018, s.110). Kvale og Brinkmann skriver også, at interviewet kan bidrage med en detaljeret og intensiv analyse fra en begrænset mængde informanternes oplevelser (Tinggaard og Brinkmann, 2015 s.32).

Min egen position som sygeplejerske med mange års erfaring indenfor den sekundære sundhedssektor betyder, at jeg har stort kendskab til arbejdet med mennesker med kroniske sygdomme og de såkaldte livsstilssygdomme, som befinder sig i mere eller mindre sårbare situationer. Da jeg som "forsker" befinder mig i en position, som på flere måder er tæt på det felt jeg undersøger, har jeg fundet inspiration fra den svenske sociolog Bo Enereth, der er optaget af det metodiske ved at forske i egen praksis. Han skriver, at et personligt engagement i det miljø man forsker i ofte bliver set som en mulig fejlkilde for de erkendelser man kommer til. Han har en skepsis til abstrakt teoretisk kundskab, og ønsker at øge den subjektive hverdagskundskabs status.

Han har beskrevet såvel fordele som begrænsninger ved at studere egen praksis (Nielsen, 1993, s. 25). At jeg har kendskab til sygeplejerskernes hverdagssprog og fagsprog og forskellige eksisterende kulturer inden for sygeplejefaget kan være en fordel, som jeg har reflekteret over, og som formentlig har kunne bidrage til flere nuancer og dybere forståelser i mine interviews. Som Bo Eneroth skriver, er interview-data aldrig rå, men præget af situationen og sprogsammenhængen, hvilket betyder, at det folk fortæller må vurderes i lyset af konteksten. Han citerer det Silvermann kalder "the situated nature of peoples accounts" kan nemmere nås, når man har insiderkendskab (Ibid., s.25). Samtidig har jeg mulighed for at skabe en kommunikationsåbnende rolle som lærling og være legitim uvidende (Ibid., s.26), idet jeg ikke er ansat eller har været en del af APS. Når jeg i samtalerne med sygeplejerskerne har kunne identificere mig med nogle af de problematikker, som de har beskrevet, har jeg samtidig bestræbt mig på at hæve mig op over deres hverdagspraksis og spørge ind som delvis uvidende. På denne måde bevæget mig fra nærhed til distance.

Tanggaard og Brinkmann skriver, at det ofte er en fordel at kombinere interviewforskning med andre metoder som f.eks. feltarbejde for herved at få et bredere syn på, hvad mennesker gør og ikke kun som interviewet, der bidrager med det som folk fortæller at de gør (Tanggaard og Brinkmann, 2015, s. 33). I relation til min undersøgelse kunne det have underbygget argumentationen i min analyse, hvis jeg havde haft mulighed for at deltage i sygeplejerskernes første fysiske møde med patienterne og hermed kunne observere, hvordan sygeplejerskerne agerer og handler i praksis i mødet med patienterne.

Her udover er det væsentligt at eksplicitere, at jeg har gennemført alle seks interviews som single-interview med baggrund i den samme semi-strukturerede interview-guide. Det vil sige, at jeg har sikret mig, at jeg i hver samtale er kommet rundt om de overordnede temaspørgsmål, samtidig med at hver samtale er forløbet forskelligt, og samtalen har været styret af den enkelte sygeplejerskes fortællinger. Til hvert interview har vi aftalt, at der blev afsat en time, hvilket har betydet, at der har været god tid til fordybelse. Her udover har alle samtaler fundet sted på et uforstyrret kontor på de pågældende sygeplejerskers arbejdssted.

2.6 Databearbejdning og analysestrategi

Jeg har efter aftale med de interviewede sygeplejersker i APS optaget alle interviewene digitalt. Herefter har jeg selv transskriberet hele interviewet som det lyder i talesprog for at få sammenhængen, og kunne genopleve og reflektere over datamaterialet i interviewene. Først ved udvælgelse af citatuddrag til analysen har jeg transskriberet fra talesprog til skriftsprog for herved at bidrage til læsevenligheden, forståelsen og samtidig sikre at informanterne fremstilles på en ordentlig måde.

Jeg har arbejdet systematisk med analysen af mine interview-data ved primært at tage udgangspunkt i og ledt efter mønstre i det konkrete materiale, hvilket også benævnes som åben kodning eller induktiv tilgang (Olesen og Monrad, 2018, s.175). Der dukkede i interviewene nye temaer op, som fyldte for sygeplejerskerne i relation til mit spørgsmål omhandlende, hvilke problemer patienterne oplever? Disse temaer var; ydre strukturelle forhold, motivation og livsstilsændringer og forholdet til egen læge. Da jeg spurgte ind til det at arbejde med mål blev det tydeligt for mig, at det fyldte og var et diskussionsemne i sygeplejegruppen, at de skal arbejde inden for de 4 indsatsområder; viden, strategier, egenomsorg og involverede aktører, hvilket også er blevet et tema i min kodning. Her udover har jeg kodet for de temaer, som jeg delvis har fra min interview-guide, men som under interviewene er blevet mere udfoldet til temaer som, forståelse af coachingpersonen og omsorgspersonen.

Jeg har dog i analyseprocessen vekslet mellem teoretiske betragtninger og empiriske iagttagelser. Min tilgang kan derfor beskrives som abduktiv. En kreativ proces, hvor jeg har startet med en empirisk iagttagelse og forsøgt at placere et fænomen i en ny teoretisk sammenhæng for derved at opnå en dybere forståelse af fænomenet (Ibid., s. 19). Jeg har ikke anvendt teoretiske begreber i min kodning, men undervejs i analyseprocessen fordybede jeg mig i Kari Martinsens omsorgsteori og Bourdieus begreber om habitus og kapitaler, da empirien for mig kaldte på disse teorier for at kunne besvare min problemformulering omhandlende problemforståelser.

Målet med min analyse er at fortolke sygeplejerskernes udsagn, søge mening bag fænomener og problemforståelser. Det betyder, at der opereres med mine fortolkninger i form af mødet mellem

forståelseshorisonter, der sættes i spil. Dette leder ideelt set til analysens mål, der er et resultat, der har form af en horisontsammensmeltning. Denne proces hvor mine forforståelser må forkastes, revideres eller nuanceres for at nå frem til en ny forståelse kaldes også den hermeneutiske cirkel (Ibid., s.161).

2.7 Kvalitet i forskningsprocessen

Videnskabelig kvalitet hænger sammen med de metodiske valg man foretager i forskningsprocessen. Jeg vil her redegøre for de metodiske refleksioner, som jeg har gjort i relation til at styrke kvaliteten af mit projekt.

Undersøgelsens validitet betegnes også som gyldighed eller sandhedsværdi. Det handler om sammenhængen mellem problemformulering, datatilvirkning og teoretisk grundlag, hvilket jeg gennem løbende fokus på projektets problemformulering og refleksioner over datatilvirkning og teorivalg har søgt at sikre (Ibid., s. 299-300).

Inden for den filosofiske hermeneutik, som er dette speciales videnskabsteoretiske position må validitet forstås i sammenhæng med det Gadamer kalder "det virkningshistoriske princip". At mennesket er et fortolkende og historisk væsen, og at forståelsen herved er indlejret i en historisk kontekst, der som forsker ikke er muligt at træde ud af. Validitet drejer sig i denne undersøgelse derfor om, hvorvidt argumentationen fremstår overbevisende og velunderbygget, og om den er konsistent og sammenhængende (Juul, 2012, s. 133). Jeg har samtidig arbejdet for at sikre gennemsigtighed i formidling af specialeprocessen for hermed at sikre mest mulig validitet.

Reliabilitet betyder overensstemmelse og omhandler nøjagtighed og præcision i undersøgelsen. Det drejer sig om, hvordan datatilvirkningen og bearbejdningen er gennemført (Olesen og Monrad, 2018, s. 302). Jeg har som ovenfor beskrevet bestræbt mig på at være gennemsigtig i udformningen og gennemførelsen af mine interview såvel som i bearbejdningen af mine data.

En væsentlig refleksion i mit projektarbejde er i hvilket omfang mine resultater er anvendelige i andre kontekster end den her undersøgte? hvilket kaldes generaliserbarhed eller overførbarhed (Ibid., s. 306). Da indsatsen APS som case indeholder nogle klare tendenser i nutidens

velfærdssamfund som beskrevet i opgaven som; de professionelles ændrede rolle fra ekspert til facilitator og en individualiseret tilgang med fokus på selvansvarliggørelse i form af nye metoder som coaching. Casen kan derfor ses som et eksemplarisk nedslag for udviklingen i måden at håndtere social- og sundhedsproblematikker i velfærdsstaten. Jeg vil derfor mene, at de problemforståelser som sygeplejerskerne beskriver og de betydninger de tillægger de forskellige roller som henholdsvis vidensperson, omsorgsperson og coach, og hermed også de mulige eksklusionsmekanismer som finder sted, de kritiske refleksioner som kan drages heraf kan være delvis anvendelige i mange andre sammenhænge, hvor lignende udviklingstendenser ses.

2.8 Ethiske overvejelser

Svend Brinkmann har beskrevet nogle etiske tommelfingerregler i den kvalitative forskningsproces omhandlende; informeret samtykke, fortrolighed og forskerrollen som jeg har taget hensyn til og gjort mig overvejelser omkring i specialeprocessen (Brinkmann, 2015, s. 477-478).

Jeg har, i mit projektforsløb, gjort mig flere etiske overvejelser i forhold til de involverede deltagere i min case. Jeg har derfor skriftligt gennem min gatekeeper informeret om formålet med mit speciale. Det vil sige, at jeg har søgt at sikre informeret samtykke. Her udover har jeg såvel skriftligt gennem min gatekeeper som mundtligt til de deltagende sygeplejersker informeret dem om, at jeg vil sikre dem anonymitet ved at undgå at nævne deres navne eller specifikke ansættelsessted. Jeg har informeret dem om, at de optagede og transskriberede interview vil blive opbevaret fortroligt.

Jeg har forsøgt at være bevidst om, hvordan mine egne værdimæssige holdninger påvirker mine handlinger som "forsker". Hvordan sikrer jeg en kritisk analyse i et felt, som jeg kan identificere mig med som fagperson?

3 Valg af teori

3.1 Begrundelse for valg af teori

For at kunne besvare min problemformulering, omhandlende sygeplejerskernes problemforståelser, har jeg fundet det relevant at benytte den norske sygeplejeteoretiker Kari Martinsen. Hendes omsorgsteori har fokus på det relationelle eller mødet mellem sygeplejerske og patient, hvilket har betydning for, hvordan forståelse for den andens særlige situation bliver muligt. Hendes teori åbner op for en bredere forståelse af patienternes sociale og sundhedsmæssige problemstillinger.

Her udover har jeg valgt at inddrage den franske sociolog Pierre Bourdieu's centrale begreber habitus og kapitaler. Begreber der kan være behjælpelige til forståelse af menneskers handlemåder i relation til sundhed og sygdom. Til besvarelse af min problemformulering kan Bourdieu's begreber derfor være medvirkende til at udvide problemforståelsen eller give et bredere og mere strukturelt syn på de problemer, som patienterne oplever.

Man kan sige, at de to teorier komplementerer hinanden på den måde at Kari Martinsen's omsorgsteori befinder sig på mikroniveau, men kan åbne op for en dybere og helhedsorienteret forståelse af patienternes problemer. Herved kan Bourdieu's teori være anvendelig, da den inddrager et makroperspektiv, og gør det muligt at forstå det enkelte menneske i relation til de større sammenhænge og mulighedsbetingelser der omgiver den enkelte.

Til illustration af sammenhængen mellem ovenstående og sammenhængen mellem vidensformer og styringsrationaler i velfærdsstaten, og hermed også til besvarelse af mit forskningsspørgsmål om problemforståelser, har jeg fundet det brugbart at inddrage Pia Ringø's figur om vidensformer i det sociale arbejde (Ringø, 2018, s. 185).

Her udover har jeg fundet det relevant ganske kort i forhold til målgruppen og de organisatoriske instrukser, som APS har udstukket at inddrage politologen Michael Lipsky. Dette for at tydeliggøre de ulighedsskabende mekanismer, som indsatsen bidrager med.

For at kunne forstå de problemforståelser, som sygeplejerskerne har indlejret er det væsentligt at have forståelse for de kontekstuelle forhold og samfundsmæssige tendenser. Jeg vil derfor i mine analyser inddrage teori af filosof Anders Fogh Jensen, Adjunkt Mads Peter Karlsen og professor Kasper Villadsen, som alle har skrevet kritisk om coachings udbredelse og nye ledelsesteknologier. Her udover vil jeg inddrage etnologen Kirsten Marie Bovbjerg, som har beskrevet udviklingen fra et påvirknings- til et udviklingsparadigme, og interesseret sig for begrebet proaktiv i relation til stress i arbejdslivet. Tendenser som også kan ses inden for sundhedsvæsenet i patientarbejdet, og som kan påvirke den måde sygeplejerskerne i APS forstår patienternes problemer på.

3.2 Kari Martinsen (K.M.) – om etik og sanselighed i sygeplejen.

Den norske sygeplejeteoretiker Kari Martinsen (K.M.) har skrevet om sygeplejen som et kunsthåndværk med fokus på det faglige skøn og sansernes og nærværets betydning. Tilbage i 1970'erne undrede K.M. sig over, hvorfor sygeplejeteorien ikke var rodfæstet i menneskelige erfaringer og kritiserede sygeplejeteorierne fra USA, herunder bl.a. egenomsorg og sygeplejeprocessen. Hun har været optaget af at fortolke den danske teolog og filosof K.E. Løgstrups tanker ind i sygeplejen og har skrevet flere bøger herom. K.M. skriver, at sygeplejen har svære betingelser på grund af økonomisk produktivitetstænkning, og hun mener, at det er vigtigt, at sygeplejerskerne forholder sig kritisk over for teorier og teknologi, som kan være med til at krænke patienternes sårbarhed og udsathed (Sygeplejersken, 2016).

K.M. har med bogen "Fra Marx til Løgstrup – om etik og sanselighed i sygeplejen" forsøgt at gøre op med en individualistisk menneskeopfattelse og forsvarer en menneskeopfattelse baseret på relationer. Hun fremhæver livsytringerne, som det fundament sygeplejen bygger på, og som er til stede i det faglige skøn (Martinsen, 1994, s.180).

Løgstrup skriver om livsytringerne; tillid, åben tale, medlidenhed, barmhjertighed og håb som fundamentale for vor eksistens, og mener at de er "født etiske". Det er livsytringerne, som etikken vokser frem af. Uden dem ville menneskers liv med hinanden gå til grunde. Livsytringerne er ikke

viljesbestemte, men givet os. Det vi kan vælge er at stille os åben for dem og forsøge at opfylde dem, i interesse for den andens bedste, eller svigte dem (Ibid., s.87-88).

K.M. har interesseret sig for fænomenet lidelse, og beskriver det som et grundvilkår for menneskets eksistens (Ibid., s. 143). Hun beskriver, at det grundlæggende er i spændingen mellem lidelse og livsmod, som det optræder hos de patienter, som har brug for hjælp at sundhedsfagene har udviklet deres faglige identitet. Sygeplejersken må stille sig åben for at kunne se den andens appel om hjælp. Såvel den distancerende som den følsomme ufølsomhed er medvirkende til, at man ikke kan hjælpe den anden, men har opmærksomheden omkring sig selv (Ibid., s.145).

Det vi som mennesker har fælles; lidelsen, livsmodet, døden og livsytringerne kommer til udtryk på en særlig måde i mødet med den anden. Det er den andens specielle livssituation, som sygeplejersken skal tyde, udtrykke og handle ud fra. Det faglige skøn er førhen beskrevet af Aristoteles som praktisk moralsk handlingsklogskab. Det er her igennem at sygeplejersken, som fagekspert får patientens livssammenhæng frem eller patientens lidelses- og livshistorie. Sagt på en anden måde er det en sygepleje, hvor der åbnes op for sansning og erfaring gennem blikket, hørelsen, lugten og de følsomme ord. Dette er integreret i sygeplejerskens færdigheder (Ibid., s. 146).

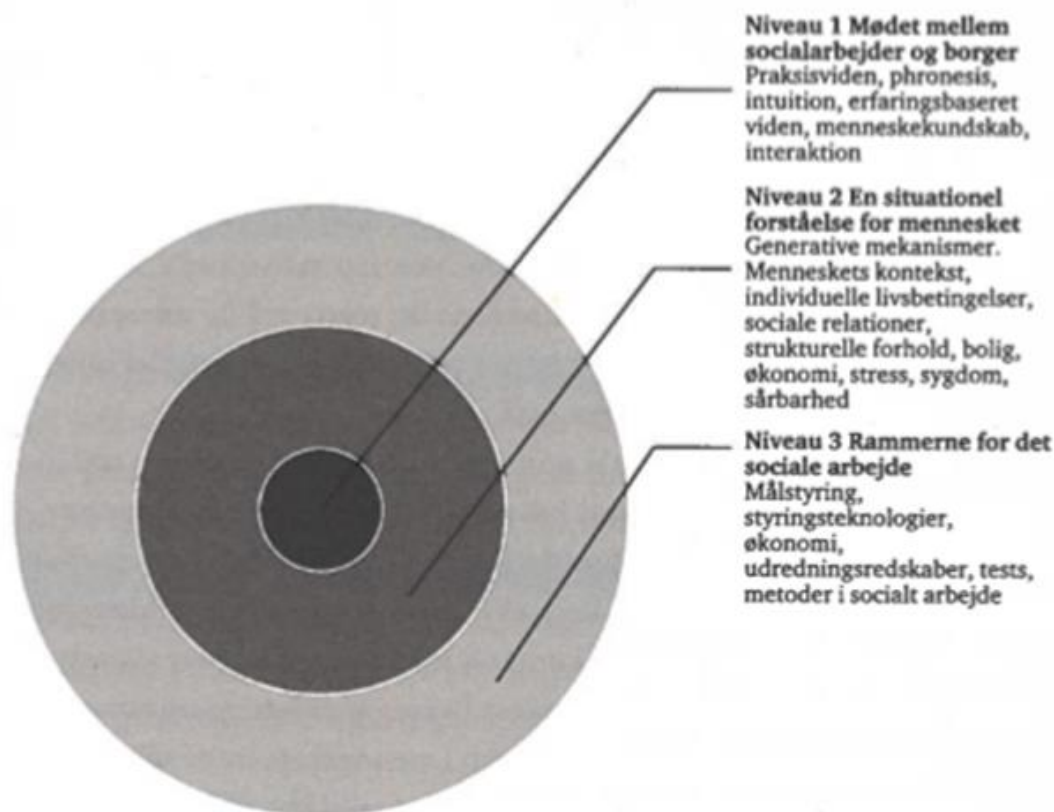
K.M. formulerer to kundskabsformer som er til stede i det faglige skøn nemlig kundskab vundet gennem sanselig forståelse, og kundskab vundet gennem begrebslig forståelse, hvor den praktisk sanselige forståelse må være overordnet den begrebslige påstandskundskab for at være god. Kundskaben frembragt ved sanselig forståelse kaldes også praktisk kundskab eller fortrolighedskundskab. Sygeplejersken må være åben og fantasifuld for at kunne se flere sider og få et helhedsorienteret indtryk af patienten, som herefter udtrykkes. Herved kan sygeplejersken få de livsbekræftende erfaringer og livsmodet frem hos den anden. Ved den anden kundskabsform, vundet gennem begrebslig forståelse, er sproget begrænset til det begrebsapparat, som er fastlagt og kommer herved til at blive brugt konstaterende og klassificerende. På denne måde forenkles situationen. Kun det generelle, standarderne, kopierne og det fælles kommer frem. En kundskab som udtrykkes i påstandsform (Ibid.,s. 147-148). Skønnets vurderingsevne, som består i at kunne

se en situation fra forskellige sider, ødelægges, hvis det fastsættes i begreber, regler og principper. Kundskab er magt og vi må, hvis vi vil have livsmodet frem hos den anden, ikke bruge den vilkårligt. Kari Martinsen refererer til Aristoteles gamle lærdom;

Klogskab (phronesis) har ikke blot noget med principper og regler (universalier) at gøre, den indbefatter også kundskab om den enkelte situation, da den er praktisk og rettet mod det specielle (det partikulære)....Klogskab er praktisk, og man må besidde begge kundskabsformer (den teoretiske og den praktiske), dog især den sidste (Aristoteles, Den Nikomakiske Etik, 114 1b8) (Ibid., s. 148). I Løgstrups etik og fænomenologi er relationer det grundlæggende. Det er i disse sårbare relationer, at vi som mennesker er forbundne og heri at livsytringerne som forudsætningen for menneskeligt liv ligger (Ibid., s.148-149).

3.3 Vidensformer i det sociale arbejde

Sociolog, ph.d. i sociologi og socialt arbejde Pia Ringø skriver i bogen "Menneskesyn i socialt arbejde" om forskellige vidensformer og nedenstående figur illustrerer 3 niveauer af viden.



Figur 4: Vidensformer i Socialt Arbejde Kilde: Ringø, 2018

Niveau 1 som er den inderste cirkel indebærer mødet mellem socialarbejder og borger, og den erkendelse og viden som opstår i mødet på baggrund af observationer, handlinger og erfaringer, og som giver indsigt i den andens livsverden. En viden som anvender sanselige og kvalitative indtryk og som giver mulighed for en kompleks forståelse af mennesket i dets kontekst (Ringø, 2018, s.185). Pia Ringø skriver, at denne viden kan marginaliseres af politiske ambitioner om at fremme produktivitet og effektivitet og af manglende anerkendelse for denne vidensform inden for forskning. Gennem en dybere indsigt i menneskets liv er det muligt at bevæge sig til niveau 2, som bl.a. indeholder menneskets situation i relation til de større sammenhænge og mulighedsbetingelser, der omgiver den enkelte. Dette kan være sociale problemer, sygdom, sårbarheder og livsbetingelser. Ovenstående foregår inden for rammerne af et samfund, som leder til niveau 3 i figuren. Idealer om produktivitet og effektiv forandring er karakteristisk for nutidens samfund. De eksistentielt og kontekstuel sensitive beskrivelser af problemer fra niveau 1 og 2 inddrager ikke nødvendigvis handlingsanvisende løsninger, hvilket er en udfordring. Niveau 3 er

således de politiske og styringsteknologiske rammers betydning for en given indsats. Samtidig er problemforståelserne og indsigten i den andens liv under indflydelse af udviklingen i de samfundsmæssige grundlagsbetingelser og menneskesyn, herunder bl.a. et øget fokus på ressourcer, individuel udvikling og selvhjulpenhed (Ibid., s. 186).

3.4 Bourdieus begreber habitus og kapitaler

Den franske sociolog Pierre Bourdieu (1930-2002) har i sine værker beskæftiget sig med det overordnede tema; dominans eller over- og underordning i en række forskellige kontekster. Hans analyser af hvorledes classeskel opretholdes og reproduceres i et moderne samfund, på trods af forestillinger om lighed, har gjort ham til en anerkendt person og forsker. Han har selv været drevet af en undren over, hvordan de mest utålelige eksistensvilkår ofte kan fremstå acceptable og naturlige (Prieur m.fl., 2006, s.23). Bourdieus teori viser, hvordan man, i kraft af en dyb socialisering, disponeres til at handle på bestemte måder. Handlemåder som hverken kan forstås som en rituel handlen eller som frie og bevidste, altså kalkulerende og målrettet handlen (Ibid., s.26).

Habitus:

Habitus er ifølge Bourdieu tillærte dispositioner (væremåde, holdninger og præferencer) for at handle på bestemte måder. Dispositioner som hovedsageligt må betragtes som ubevidste, inkorporerede, indgroede og kropslige. Dispositioner kan forstås som et repertoire af handlemåder eller en form for ressource, som kan aktiveres i forskellige situationer. Det enkelte menneskes mentale skemaer for opfattelse og inddeling af verden, for perception og klassifikation er opstået på baggrund af de ydre strukturer i samfundet. Bourdieu opfatter individet som en helhed mellem krop og sjæl (Ibid., s. 38-39).

Bourdieu mener, at verden altid erfares fra en bestemt position i et socialt rum. Det vil sige, at der både er tale om ens position i det sociale rum og ens dispositioner eller livsstil. Hans teori er blevet kritiseret for en deterministisk og strukturalistisk forståelse af handlinger, men han pointerer dog selv, at der ikke er tale om nogen passiv reproduktion, men snarere et generativt princip for handlen der gør, at man vil være disponeret i forhold til bestemte handlemåder. Habitus er med til

at skabe felter og tildele dem mening og værdi. Sagt på en anden måde er habitus og praktisk sans noget der leves, og herved ikke en repetition af et mønster (Ibid., s.40). Habitusbegrebet indebærer en betydning af, at det individuelle, det personlige og det subjektive er socialt og kollektivt (Ibid., s. 41). Det henviser til det mere træge men ikke uforanderlige i mennesket. Når ens livsbetingelser skifter udvikles habitus, men hele tiden mødes det nye med de gamle skemaer for værdsættelse og opfattelse, som man har inkorporeret fra tidligere (Ibid., s.42).

Kapitaler:

Kapital skal i sin essens forstås som en måde at tænke historien ind i sociologien på. Mennesket er bærer af en social og familiemæssig historie, og der er derfor forskel på, hvad der er muligt for den enkelte. Til at indfange ovenstående forhold er kapitalbegrebet et nyttigt teoretisk konstrueret analytisk redskab. Bourdieu skelner mellem det han kalder symbolsk, kulturel, økonomisk og social kapital (Ibid., s. 90).

Symbolsk kapital skal forstås som en slags overordnet kapital, som de øvrige kapitalformer transformeres til, når de opfattes som legitime i en given kontekst. En stræben efter symbolsk kapital kan forklare meget menneskelig handlen, hvilket også betyder et behov og en kamp for anerkendelse. Dette skal ikke forstås som en bevidst stræben, men en dybtliggende socialiseret måde at handle på (Ibid., s.67). Bourdieus menneskesyn indebærer en forståelse af, at det er ønsket om anerkendelse og ikke egennytte, der er menneskets væsentligste drivkraft (Ibid., s. 68).

Bourdieu skriver bl.a. om en form for kulturel kapital som kropsliggjort. Den er til stede i mentale og legemlige dispositioner som f.eks. vores måder at tale, klæde og bevæge os på og som viden, smag og tilbøjeligheder. Den er primært et resultat af den grundlæggende socialisering i familien. På trods af dette fremstår den ofte som en ren personlig egenskab (Ibid., s.89).

Økonomisk kapital er først og fremmest relateret til økonomiske og materielle ressourcer.

Social kapital indebærer alle de netværk af familie, venner, kollegaer og andre forbindelser, som den enkelte har adgang til og med fordel kan mobilisere. Social kapital er afhængig af både økonomisk og kulturel kapital, fordi det kræver både tid, arbejde og en vis økonomi. På den anden side kan den være med til at give adgang til de andre kapitalformer (Ibid., s. 93).

4 Analyse af interviews med sygeplejersker fra APS

Jeg har for at sikre anonymitet og gennemsigtighed givet informanterne numre fra interview 1 til interview 6, hvor informant 1 og 2 kommer fra én region og informant 3 til 6 kommer fra en anden region.

Der har tegnet sig et interessant billede, hvor der i problemforståelserne af patienternes situation, i forståelsen af hvad omsorg er og kan og hvor meget henholdsvis omsorgsdelen og coachingdelen fylder i arbejdet, hvor meget de ønsker og er styret af metoder, mål og dokumentation ses stor forskel de to regioner imellem. I den ene region har sygeplejerskerne meget fokus på mødet, og det som giver mening for den enkelte patient, og i den anden region er der meget fokus på coaching, dokumentation og at holde sig inden for de 4 indsatsområder; viden, strategier, egenomsorg og kontakter. Min intention med undersøgelsen har dog ikke været at identificere kulturforskelle og jeg har heller ikke opdelt min analyse ud fra personer eller regioner.

Jeg har nedenfor opdelt analysen i 4 overordnede temaer; Målgruppen og frustrationer over ydre forhold, Motivation og livsstilsændringer, At arbejde med mål og holde sig indenfor de 4 indsatsområder og Sygeplejerskernes forståelser af rollen som omsorgsperson og coach. Hvilken betydning og vægtning sygeplejerskerne tillægger de tre roller, og hvad det betyder for deres problemforståelse og det sociale arbejde bliver et gennemgående spørgsmål under alle temaerne.

4.1 Målgruppen og frustrationer over ydre forhold

Målgruppen

Sygeplejerskerne beskriver målgruppen som meget bred i forhold til alder, som går fra 18 år til personer over 90 år. I relation til uddannelsesniveau beskrives der alle uddannelsesniveauer fra højtuddannede, mellemlange uddannelser, erhvervsfaglige uddannelser herunder fiskere, landmænd og medhjælpende hustruer, ufaglærte og mennesker uden for arbejdsmarkedet, herunder en gruppe som er i et kommunalt ressource- eller andet jobforløb i forbindelse med deres sygdomssituation. Flere beskriver dog den største gruppe som plus 50 -60 år. Her udover er målgruppen beskrevet som mangfoldig i forhold til diagnoser. Det fremgår dog, at de såkaldte livsstilssygdomme som KOL, diabetes og hjerte- karsygdomme fylder meget. Her udover er det

gigtsygdomme, kræftsygdomme, mennesker med depressive symptomer og en mindre gruppe med psykiatriske diagnoser. Flere sygeplejersker beskriver, at de møder en del med flere samtidige kroniske sygdomme. Det er meget forskelligt om de mennesker, som sygeplejerskerne møder er alene, har en samlever, en ægtefælle eller et godt netværk. Flere sygeplejersker giver udtryk for, at det som karakteriserer målgruppen er mangfoldigheden, og de fortæller, at det formentlig ikke er de patienter, der har mest brug for hjælp og støtte, som melder sig til projektet. Nedenfor følger flere af deres udtalelser:

Informant 1:

Vi synes måske ikke, at den model er så god. Vi synes ikke helt vi får de rigtige patienter....Vi får jo sådan et tal ud fra den model om, hvor stor er risikoen for, at de bliver indlagt inden for 3 måneder. Et tal mellem 0 og 100. Det har den der computermode regnet ud, og alle de patienter vi får, de har en procentsats på 3, så det er jo ikke særlig højt. Altså der er mange der er højt oppe, men det er ikke dem, der melder sig til projektet

Informant 3:

Man kan selvfølgelig snakke om; var det i virkeligheden dem der havde mest behov. Dem der simpelthen ikke magter og få kigget, og da slet ikke at få ringet og læst det her lange, lange skriv.

Informant 5:

Jeg tror jo egentlig nogle af dem, der sådan overkommer at være med i det her projekt, det er også ofte nogle der har lidt ressourcer, fordi det også kræver lidt af dem..

Informant 6:

De orker det ikke, fordi de ville gerne have haft, at man kom hjem til dem, men det er ikke en del af den her indsats

Politologen Michael Lipsky har i sin forskning interesseret sig for, hvordan aktører i offentlige organisationer møder borgerne. Med sit begreb *creaming* har han beskrevet, hvordan der i arbejdet sker en patientdifferentiering. *Creaming* kan oversættes til at skumme toppen. Begrebet

kan forstås som at frontlinjemedarbejdere forsøger at udføre deres arbejde med størst mulig positiv betydning for de borgere, som søger om støtte og hjælp i velfærdsstaten. Begrebet *creaming* kan give et perspektiv på, hvordan organisatoriske instrukser, som i APS, hvor den aktive tilmelding og en forventning om aktiv medvirken til udvikling af egen situation, kan betyde at de mest sårbare og udsatte mennesker overses eller ekskluderes (Lipsky, 2010, s. 107). Det kan hermed blive de patienter, som har størst mulighed for at opnå gavn af indsatsen og succes med de organisatoriske målsætninger, der tager imod tilbuddet fra APS. På denne måde kan de organisatoriske instrukser i APS være medvirkende til at skabe en ulighed i sundhed.

Frustrationer over ydre strukturelle forhold

Det som sygeplejerskerne i nedenstående citater fortæller, som fylder for mange patienter er frustrationer eller problemer, som bunder i ydre strukturelle forhold.

Informant 1:

Jeg snakker også med mange patienter, som er meget frustreret over sundhedsvæsenet, og så snakker jeg med mange, som er frustreret over kommunen i forhold til dem, der stadig går på arbejde, og hvilke problemer de har i forhold til sygedagpenge..

De skal ud at have alle de der arbejdsprøvninger. Jeg har en 58-årig kvinde, der er meget stærkt gigtplaget i hænder og fødder. Hun kan slet ikke noget som helst. Nu kæmper hun en kamp med kommunen for at få lov til at få pension, og kæmper en kamp med sygehuset, fordi den medicin hun har fået, den har givet hende blodpropper i hjertet, samtidig med at hun kæmper med, at hun møder nye læger inde på sygehuset hver gang, der faktisk ikke engang læser hendes journaler. Hun har en følelse af, at de ikke rigtig hører hende, og hun siger, at hvis jeg bare får lov til at gå rundt derhjemme og trisse, det kan jeg faktisk godt leve med og finde ro i, men så er der alle de ydre faktorer, som gør at hun egentlig bliver ret stresset.

Sygeplejersken giver i citatet udtryk for en dybere forståelse for patientens situation. Eller en forståelse for det patienten forstår. Ud fra K.M.'s omsorgsteori har sygeplejersken i mødet stillet sig åben over for livsytringerne i interesse for patientens bedste. Det bliver herved muligt for sygeplejersken at anerkende det patienten forstår; at der er nogle ydre omstændigheder, som er

problematiske. Man kan også sige, at sygeplejersken i det faglige skøn har anvendt en kundskab vundet gennem sanselig forståelse, som også kaldes praktisk kundskab eller phronesis. Sygeplejersken har herved kunne bevæge sig ud over de 4 indsatsområder; viden, strategier, egenomsorg og kontakter og inddrager de ydre samfundsmæssige strukturer, som har betydning for patientens oplevelse af egen situation, hvormed et helhedssyn bliver muligt, og livsmodet som K.M. beskriver kan komme frem (Martinsen, 1994, s.147-148). Ud fra Pia Ringøs figur om vidensformer kan man sige, at sygeplejersken bevæger sig fra niveau 1 til niveau 2 uden at lade sig begrænse af de styringsteknologiske metoder i niveau 3 som mål, indsatsområder og coaching.

Vi taler om, hvilken rolle sygeplejersken har i ovenstående situation, og hvordan hun kan hjælpe.

Informant 1:

Jamen, der tror jeg, jeg mest er den der aflastningsrolle, hvor hun ligesom får luft for alle de her frustrationer, og så har jeg også været med til sådan at komme med ideer til, hvad hun kunne gøre og søge hjælp til ift. at lave noget patientklage ift. sygehuset. Lige nu kigger vi på et rekreationsoophold ift., at hun måske bare lige har brug for at komme lidt væk, og få noget hjælp der. Men mest er det egentlig den der frustration, at kommunen og sygehuset ikke rigtig er der for hende..

Man kan ud fra ovenstående citat også sige, at sygeplejerskens problemforståelse bevæger sig inden for et påvirkningsparadigme. Det anerkendes, at det er ydre belastninger, der påvirker patienten i en negativ retning (Bovbjerg, 2010, s.168). Sygeplejersken går ud over systemet, idet patienten får råd ift. hjælp til klagemuligheder. På denne måde får patienten mulighed for at opnå en form for anerkendelse for hendes situation, og den måde hun oplever sig behandlet på. Det vil sige, at der åbnes op for muligheder for forandringer af de strukturelle vilkår. Sygeplejersken beskriver sin rolle som primær aflastning for patientens frustrationer. Hun ser, at omsorg på denne måde også kan være et mål i sig selv; at blive lyttet til, forstået og anerkendt.

En sygeplejerske fortæller nedenfor om en lignende situation.

Informant 2:

Den sociale situation fylder også meget hos nogle, specielt hos dem som er i ressourceforløb, og som føler, at de har rigtig meget sygdom de skal kæmpe med, og udover rigtig meget sygdom, så skal de også arbejdsprøves. Folk som er blevet fyret på grund af sygdom. Dem har vi en del af, og som føler, at det er meget uretfærdigt.

Ovenstående citat er et eksempel på, at sygeplejersken bruger omsorgen; den sanselige, kvalitative omsorg til at kunne tyde og forstå situationen fra flere perspektiver, herunder særligt patientens. Denne form for viden også kaldet praktisk kundskab giver adgang til en dybere og større forståelse for patientens situation (Martinsen, 1994). Hvordan de strukturelle vilkår i arbejdslivet kan påvirke det enkelte menneske. Sygeplejersken er ikke optaget af målstyring og metoder i arbejdet, men lader sig nærmere styre af det, som betyder noget for den enkelte patient i den særlige situation. Sagt på en anden måde bliver det et mål i sig selv at lytte og anerkende patientens følelser eller de krænkelser, som patienten har oplevet i såvel sit arbejdsliv som i kommunalt arbejdsprøvningsregi. Det er ikke den anerkendende tilgang AI, hvor fokus rettes mod ressourcer, og hvor man udvikler det som virker, som sygeplejersken er optaget af. Sygeplejersken prøver altså ikke at få patienterne til at se anderledes på situationen eller ændre den uretfærdighedsfølelse, som patienterne oplever. Han anvender med andre ord ikke den løsningsfokuserede dialog, hvor fokus derimod ville rettes mod måden patienterne taler om problemerne på. Omsorgen som sygeplejersken her praktiserer tager ud fra K.M.'s perspektiv imod livsytringerne i mødet.

Jeg spørger videre ind til, hvad det er patienterne synes er svært?

Informant 2:

Det tror jeg, at det er det med at navigere rundt i sundhedsvæsenet. De har rigtig mange kontakter, rigtig mange forskellige ambulatorier, og det er simpelthen at få et overblik over alt det her. Nogle gange så får de også nogle råd der er modsatrettede. Nogle gange så synes rheumatologen, at de skal have en slags medicin, og når de fortæller det til hjertelægen, så siger

han, at det er helt forkert, og det må de aldrig tage. Så er der også nogen, der er klar over, hvad muligheder der er, men som ikke rigtig kan komme igennem i systemet.

Sygeplejersken har en problemforståelse som indbefatter, at det er de ydre strukturelle vilkår i sundhedsvæsenet, som er problematiske for patienterne at agere i. Der eksisterer altså en forståelse inden for det man kan kalde et påvirkningsparadigme (Bovbjerg, 2010, s.167). Ligesom i de førnævnte eksempler kan man sige, at det er omsorgsrollen forstået som en åbenhed for livsytringerne i mødet, som sygeplejersken arbejder inden for.

Nedenfor fortæller sygeplejersken om at møde mange patienter med depressive symptomer.

Informant 2:

Generelt så er der rigtig mange, som har en depression, men der er også mange, som får depressive symptomer i forbindelse med belastningen af at være syg. Man kan godt få nogle depressive symptomer, og så er løsningen jo ikke nødvendigvis, at man skal have antidepressiv medicin. Hvis det er en belastningsreaktion, så hjælper det ikke.

I dette citat giver sygeplejersken udtryk for en forståelse af, at ydre belastninger kan medføre depressive symptomer. Igen er det tankegangen i påvirkningsparadigmet, der er gældende. En vigtig pointe i nutidens samfund, hvor der kan sættes spørgsmålstegn ved problemforståelsen og årsagen til, at et stigende antal mennesker i den vestlige verden får ordineret og indtager antidepressiv medicin. Cand. psych. Ph.d. og professor i klinisk psykologi Carsten René Jørgensen skriver, at der i perioden fra 2004 til 2010 er sket en stigning på 50 % i forbruget af antidepressiv medicin (Jørgensen, 2012, s.45). Andelen af befolkningen der er i antidepressiv behandling stiger samtidig støt med alderen, særligt fra omkring 60-års alderen, hvilket som Carsten R. Jørgensen skriver kan give det indtryk, at det at blive ældre er ved at udvikle sig til en behandlingskrævende sygdom i Danmark (Ibid., s.46). Dette fænomen kan have mange sammenhænge og er komplekst.

Sygeplejerskens forståelse af, at der kan være tale om en belastningsreaktion i mødet med depressive patienter åbner op for en mulighed for, at det er de strukturelle vilkår, som er problematiske og som skal ændres for at bedre situationen. Hermed gives der også rum for at rykke ved nogle ulighedsskabende mekanismer.

Nedenstående citater er fra forskellige sygeplejersker, som fortæller om, hvordan patienterne beskriver ydre forhold som problematiske, men sygeplejerskerne har selv en forståelse af, at problemet ligger hos patienten. Følgende citat er fra en sygeplejerske, som fortæller om, hvordan "systemet" fylder meget for flere patienter.

Informant 5:

Der er en del, som rammer ind i hele det der store system med job og dagpenge og alt sådan noget, fordi de f.eks. har haft en hjertesygdom, og har brug for tid til at komme sig ovenpå det. Så møder man en eller anden mur på et tidspunkt, hvor så ophører retten til dagpenge, og så kommer du over i...det fylder rigtig meget, og det er især de der 50 plus . Der har jeg egentlig talt med en del kvinder, som oplever det der system som; "ja men jeg er jo på vej så fat det nu", og som oplever det er enormt rigtigt, og hvor vi jo så bruger lidt af det der med, jeg ved ikke om man kan kalde det den coachende tilgang, men det der med at prøve at få vedkommende til at forstå, at dem fra den anden side, de har jo også et system de skal passe. Socialrådgiveren som sidder overfor dig er der jo ikke for at være din fjende, men er der for også at repræsentere vores fælles system, så det har jeg egentlig haft en del samtaler med..

Sygeplejersken giver udtryk for en forståelse for, at det opleves problematisk og belastende for patienterne at være blevet en del af "et system", hvor de ikke oplever, at de får den fornødne tid til at komme sig ovenpå et sygdomsforløb. Som sygeplejersken siger, så bruger hun også den coachende tilgang og udtaler:....*prøve at få vedkommende til at forstå, at dem fra den anden side, de jo også har et system de skal passe.* Det vil sige, at sygeplejersken forsøger, at få patienten til at se problemet fra et andet perspektiv, her "systemets perspektiv". Hun kommer her til at fungere, som systemets forlængede arm. Sagt på en anden måde er det den måde patienten forholder sig til problemet, som for sygeplejersken er problematisk. En forestilling om at situationen kan vendes til noget mere positivt ved at ændre ens tankemønstre om situationen. Samtidig også en grundlæggende accept af de eksisterende vilkår, som patienten oplever som belastende. Patienten beskriver et problem, som ligger uden for hende selv, hvorimod sygeplejerskens handlen sker ud fra en problemforståelse, som ligger "indeni " patienten. Hvis man skulle se situationen ud fra Kari

Martinsens omsorgsteori kunne man forholde sig kritisk overfor sygeplejerskens modtagelse af livsytringerne; tilliden, den åbne tale, lidelsen og håbet i mødet. Stiller sygeplejersken sig selv åben og gør sig umage for at forstå situationen fra forskellige perspektiver? Hvordan vil det påvirke patientens lidelse eller mulighed for at vinde livsmodet frem, når hun bruger den coachende tilgang? Ønsket om at få patienten til at se problemet fra "systemets" perspektiv bremser måske netop hendes egen mulighed for at forstå det, som patienten forstår. Hvis omsorgen forstået som mødet, bliver et middel til at arbejde med coachende metoder, så er spørgsmålet om det giver sygeplejersken rum for at stille sig åben, tage imod livsytringerne og handle etisk til den andens bedste? Eller om hun svigter dem?

Ud fra Pia Ringø's figur om vidensformer i det sociale arbejde kan man sige, at sygeplejersken er styret af de ydre rammer for det sociale- og sundhedsfaglige arbejde; metoden coaching, som også kan betragtes som en styringsteknologi (Karlsen og Villadsen, 2008, s.130). Den systemiske coaching bidrager til en mere snæver og individualistisk problemforståelse, hvorimod den praktiske menneskekundskab åbner op for en situationel forståelse af mennesket, herunder en forståelse for det enkelte menneskes livsbetingelser (Ringø, 2018, s.185).

Sygeplejersken fortæller, at hun nogle gange bruger den coachende tilgang med skalaspørgsmål fra 1 til 10, når hun spørger ind til patienternes livskvalitet:

Informant 5:

Jeg har haft én, hvor den lå så lavt, og det var sådan en person, der altid bare var negativ. Han var ikke tilfreds med noget som helst. Han var ikke tilfreds med sygehuset, han var ikke tilfreds med lægerne, han var ikke tilfreds med den behandling han fik, han var ikke tilfreds med det mad han fik. Alt var bare negativt. Han var meget behagelig at snakke med, det var ikke fordi, at han var utilfreds med det her tilbud som sådan, men han var utilfreds med, at jeg ikke kunne lave om på noget, så det blev ikke anderledes. Han blev ikke løftet på nogen måde. Jeg prøvede at snakke med ham, om måske han var deprimeret, men det ville han slet ikke høre tale om, så da vi havde talt

sammen nogle gange, og han blev ved med at stille spørgsmålstejn ved, hvad jeg kunne hjælpe ham med, så blev vi enige om at stoppe.

Jeg kommenterer; *Så han beskrev egentlig nogle ydre forhold som var problematiske?*

Jeg tænkte også det kom indefra altså, han var enormt kritisk overfor sundhedsvæsenet og enormt kritisk overfor al behandling. Hvorfor gør de ikke sådan i stedet for sådan? Det havde jeg jo svært ved at agere i.

I ovenstående udtalelse er det bemærkelsesværdigt, at på trods af, at patienten beskriver mange ydre omstændigheder og vilkår som problematiske fastholder sygeplejersken en forståelse af problemet som "en negativ indstilling" eller "en depressiv patient". Hun er styret af den systemiske coachings tankegang, hvor det ikke er problemet i sig selv, der har hendes interesse og som skal udforskes, men løsningsmulighederne. Som sygeplejersken siger; *..han var utilfreds med, at jeg ikke kunne lave om på noget, så det blev ikke anderledes, han blev ikke løftet på nogen måde.* Dette er et eksempel på den systemiske coachings begrænsninger. Tilgangen arbejder inden for et individualistisk og proaktivt menneskesyn og et "indefra og ud" paradigme (Bovbjerg, 2010). Det vil sige, at de strukturelle forholds betydning er fraværende.

Etnolog Kirsten Marie Bovbjerg har, i forbindelse med sin forskning inden for stress i arbejdslivet, interesseret sig for udviklingen af et dominerende syn på individet i relation til de teknikker, som tilbydes som stresshåndtering. Hun beskriver dette i relation til ændringen fra et påvirkningsparadigme til et udviklingsparadigme og sætter begrebsparret "proaktiv" overfor "reaktiv" eller "passiv". Begreberne skal forstås som idealtyper for forskellige logikker for menneskelig handling i relation til arbejdsliv og stresshåndtering. Begrebet proaktiv er de seneste år blevet mere udbredt, både i forhold til jobannoncers efterspørgsel efter proaktive medarbejdere og konsulenter, der tilbyder virksomheder proaktive løsninger. Det proaktive menneske er på forkant med udviklingen og forsøger derved at reagere aktivt inden en hændelse i stedet for først, når det er sket. Man kan også sige, at den proaktive er aktiv på forhånd modsat den reaktive, som er offer for sine omgivelser (Ibid., s.167).

Kirsten Marie Bovbjerg skriver: *Prototypen på den proaktive personlighed er en person, der er relativ upåvirket af situationer, men forsøger at påvirke omgivelserne. De proaktive scanner for muligheder, viser initiativ, er aktive og vedholdende i forhold til at initiere forandring. De er problemløsere, der påtager sig opgaven at ændre deres omgivelser i bestemte retninger* (Bateman og Grant, 1993) (Ibid., s.167).

I ledelsesguruen Stephen Coveys bog om de syv gode vaner, som har opnået stor popularitet i den vestlige verden, er den første vane beskrevet som; vær proaktiv! Covey beskriver proaktivitet som menneskets initiativ og ansvarlighed for eget liv. Det proaktive menneske har egne visioner og tager de rigtige valg, hvilket medfører effektivitet og opsøgning af muligheder. Her overfor stilles de reaktive mennesker, som påvirkes af deres psykiske, fysiske og sociale omgivelser. Budskabet i Coveys logik er et ændringsparadigme fra at "det derude skal ændre sig, før jeg kan ændre mig" til det proaktive ændringsparadigme, der er "indefra og ud". (Ibid., s.168). Bovbjerg skriver, hvordan den proaktive tankegang harmonerer med udviklingsparadigmet (Ibid., s.169).

Lektor cand.scient.soc. Ina Munch skriver, hvordan sundhedsvæsenet i takt med udviklingen er overgået fra et reaktivt til et proaktivt sundhedsvæsen, hvilket betyder at den enkelte i højere grad forventes at agere aktivt og ansvarligt i forhold til egen sundhed og sygdom (Munch, 2013, s.45?). Patienten som sygeplejersken fortæller om er i Coveys logik et reaktivt menneske, som påvirkes af de psykiske, fysiske og sociale omgivelser. Man kan sige at sygeplejersken og patienten bevæger sig og har problemforståelser inden for hver sit paradigme. Sygeplejersken har en forventning om, at patienten må starte med sig selv og se andre muligheder eller forholde sig til omgivelserne på andre måder, så belastningen hermed vil forsvinde. Patienten har en forventning om, at det er "det derude", der må ændres for at løse problemet.

Kirsten Marie Bovbjerg skriver, at konsekvensen af udviklingen fra et påvirknings- til et proaktivt paradigme inden for stress i arbejdslivet er, at det patologiserer følsomheden overfor ydre pres fra omgivelserne. Det som vi i dag ser som medarbejdere der diagnosticeres med stress eller relaterede diagnoser. I modsætning til denne forståelse vil det i påvirkningsparadigmet nærmere betegnes som en social patologi (Ibid., s.169).

Noget lignende kan ses i ovenstående citat, hvor sygeplejersken siger; *jeg prøvede at snakke med ham, om han måske var deprimeret..og senere siger hun jeg tænkte også det kom indefra.* Sygeplejersken patologiserer her en patient, som er meget negativ og kritisk overfor det omgivende samfund og sundhedsvæsenet. Hun forbinder samtidig hans formodede depressive symptomer med noget ”indefra” og ikke ydre belastninger. Patienten kunne i realiteten også have depressive symptomer, som reaktion på sin position og de ydre belastninger? Der kunne være tale om sociale patologier? Det kan synes paradoksalt i et sundhedsvæsen, hvor patientinddragelse står helt centralt, at der kan være en fare for, at der sker en patologisering og ekskludering af de patienter, som har en meget kritisk og negativ stemme.

I denne her situation bliver det meget tydeligt, hvordan patienten har brug for at tale om det, han oplever som problemer og sygeplejersken bliver lidt magtesløs i sit forsøg på at hjælpe ham, idet den coachende tilgang; løsningsfokuserede dialog og AI ikke har nogen interesse i at udforske selve problemstillingen (Moltke, 2009). Sagt på en anden måde kan man sige, at den coachende tilgang bevæger sig på et mere overfladisk niveau, og giver ikke på samme måde mulighed for at møde patienten med den sanselighed, fordybelse og helhedsblik, som Kari Martinsen beskriver som fundamentet for sygeplejen. At sygeplejersken kategoriserer patienten som negativ og kritisk kan hænge sammen med, at den coachende tilgang ikke giver rum for en dybere forståelse for patientens situation. Risikoen er, at de patienter, som eksemplet ovenfor illustrerer, som ikke viser engagement og initiativ til at se på situationen i et mere positivt perspektiv ekskluderes fra hjælp og støtte. Man kan sige, at når sygeplejerskerne opererer med en problemforståelse inden for ændringsparadigmet, tages der ikke hensyn til de fysiske, psykiske og sociale ydre påvirkninger eller belastninger den enkelte patient kan opleve. Dette kan betyde at de mennesker, som befinder sig i de mest sårbare situationer ikke får den fornødne hjælp og støtte. På denne måde kan den sociale ulighed i sundhed uddybes yderligere.

Forhold til egen læge

Flere sygeplejersker fortæller, at de har en stor opgave i at hjælpe patienter med at forberede sig til samtaler med egen læge eller ambulatoriesamtaler på sygehuset. Sygeplejerskerne udtrykker,

at patienterne er meget tilbageholdende med at kontakte egen læge og vil ikke forstyrre, og har efter at være kommet med i projektet fået et bedre forhold til egen læge.

En sygeplejerske fortæller nedenfor;

Informant 3:

Ja, det er egentlig lidt sjovt, de vil ikke være bekendt at forstyrre egen læge, fordi de havde indtryk af, at for det første havde han ikke rigtig tid, når de var der, så det kun var til de rigtig syge, så pyt med at jeg selv sidder med elefantfødder og det pibler ud af dem...

Jeg spørger til om de nu kommer afsted til egen læge?

Ja det gør de,” for du siger jo , at det ikke er flovt at ringe til ham....uh ha så skal jeg have bestilt en tid ved min doktor”, og andre siger jo så, ”nej det er fandeme ikke en pot pis værd. Man kommer derind, og så nævner jeg det og det og det, og så siger han, at han har tid til at høre på én ting”. ”Okay, med den erfaring i rygsækken, hvordan vil du så gøre det til næste gang du kommer?”. Det har de slet ikke nået at tænke, at det kunne være deres egen forberedelse, der kunne forbedres, kan du følge mig. Altså at man selv kunne tænke hjemmefra, okay jeg har tre ting eller flere..

Citatet her er tankevækkende, da det viser, at patienterne er tilbageholdende med at kontakte egen læge med baggrund i den måde, de har oplevet sig mødt på ved lægen. At nogle patienter ikke vil være bekendt at forstyrre egen lægen kan også hænge sammen med en ældre generation, som gennem deres opdragelse og socialisering har indoptaget en mere autoritetstro og beskeden holdning til livet som Bourdieu ville kalde habitus.

Det interessante er, at sygeplejersken udtrykker en naturlig forståelse af, at problemet ligger hos patienten, i det hun siger; *..at det kunne være deres egen forberedelse der kunne forbedres*. Der sættes ikke spørgsmålstegn ved den måde egen læge, som en del af et samlet sundhedsvæsen, er organiseret på og tackler mennesker i socialt sårbare situationer. Dette kan hænge sammen med udviklingen af en udpræget logik også inden for sundhedsvæsenet, hvor den enkelte forventes at agere aktivt og ansvarligt i forhold til egen sundhed og sygdom også betegnet som et proaktivt

sundhedsvæsen (Munch, 2013, s.45). Netop denne logik er bidragende til nogle mindre tydelige ulighedsskabende mekanismer.

En anden sygeplejerske fortæller om en patientsituation i relation til egen læge:

Informant 4:

Jeg havde en dame, hun var inde og få målt sin INR¹. Hun får blodfortyndende medicin inde ved sygeplejersken, og hun havde det bare rigtig dårligt. Kunne ikke få luft, og jeg snakkede med hende, "nå, men vi har lige været oppe ved sygeplejersken" "du lyder godt nok lidt skidt" "ja men jeg kan næsten heller ikke få luft" "jamen sagde du det ikke til sygeplejersken" "nej, nej nej, det var for at få målt blodprocent eller INR", "men hvad så med lægen, havde du en snak med ham". "nej jeg vil ikke forstyrre, hvis det ikke bliver bedre i morgen, så ringer jeg bare til vagtlægen". Og så prøver jeg ligesom at tegne det der billede, hvad er egentlig mest forstyrrende; at ringe til en ambulance, vagtlægen og ringe 112 og komme ind og blive indlagt eller kontakte egen læge? Både for hende selv for det er faktisk rigtig streng at skulle indlægges, men det er også dyrt for systemet, så det er egentlig misforstået hensyn.

Jeg spørger til, om det kunne have noget at gøre med den måde patienterne bliver mødt på hos egen læge eller i sundhedsvæsenet generelt?

Ja, der er for lidt tid..."men så må du, når du snakker med sygeplejersken sige, at du har brug for en dobbelttid". Man må komme med 1 højst 2 ting pr. samtale, ja men sådan er det ved lægerne, altså de har tid til 1 problem måske 2, og ellers så skal du altså have en dobbelttid. Og nogle de vil ikke have, at du har en dobbelttid. Så skal du komme 2 forskellige dage, og der er så de der 10 min. eller er det 7 min. til en samtale ved egen læge. Det er jo meget lidt.

¹ Man måler den blodfortyndende evne af blodfortyndende medicin i en almindelig blodprøve. Svaret opgives i en skala, som hedder INR (International Normalized Ratio). INR-værdien fortæller, hvor meget blodstørkningstiden er øget i forhold til det normale.(Sundhed.dk)

Ovenstående citat illustrerer, hvordan den kvindelige patient har lært at indrette sig i systemet. Hun er klar over, at når hun kommer for at få taget en blodprøve, så er det kun det, der er tid til at tage sig af. Kvinden vil ikke forstyrre egen læge. En autoritetstro og beskedenhed, som ud fra Bourdieus perspektiv er indlejret i kvindens handlemønstre, og som ville betegnes som kvindens habitus. At sygeplejersken samtidig fortæller; *..så prøver jeg ligesom at tegne det der billede, hvad er egentlig mest forstyrrende at ringe til en ambulance, vagtlægen og ringe 112.* Det er her interessant, hvordan sygeplejersken fastholder en problemforståelse som handler om, at patienten skal lære at agere i systemet på den rigtige måde. At man som patient helst skal passe ind i nutidens ideal om den selvansvarlige patient, der kan passe ind i en 7-10 minutters lægekonsultation betyder, at der ikke tages hensyn til, hvordan hver enkelt patient er i besiddelse af en særlig habitus og forskellige former for kapitaler, som har betydning for, hvad der er muligt for den enkelte (Prieur m.fl., 2006, s. 90). En udvikling der mindre synligt kan være med til at uddybe den sociale ulighed i sundhed. Spørgsmålet er om patienterne efter et 6-9 måneders forløb ikke længere har behov for støtte i forbindelse med lægesamtaler?

4.2 Livsstilsændringer og motivation

Sygeplejerskerne fortæller, at der er en del patienter, som gerne vil have hjælp til at lave nogle livsstilsændringer i form af ønske om vægttab, mere motion, rygestop eller hjælp til at undgå mange sygehusindlæggelser. Igen her ses der stor forskel sygeplejerskerne imellem; på hvordan de forstår og arbejder med motivation og livsstilsændringer. En sygeplejerske udtaler nedenfor;

Informant 2:

Det er også at fastholde motivationen til at lave nogle livsstilsændringer. Der vil de gerne have hjælp til at holde fast i nogen ting... "Jeg har en rygrad som en regnorm" han har alle tilbuddene, men han kan ikke rigtig bruge dem. Han kommer simpelthen ikke afsted. Der har vi så den aftale

om, at jeg ringer lige før han skal til træning. Det gør så, at han kommer afsted. Bare det jeg ringer, så siger han; ” ja Søren, jeg har pakket tasken”

Dette citat illustrerer en forståelse af, at det for patienten her ikke handler om at have en viden eller et kendskab til forskellige tilbud, men at problemet består i at handle på det. Som han selv siger; *jeg har en rygrad som en regnorm*. Heri ligger en selvbebrejdelse for mangel på handling. Lektor Ph.d. ved Forskningscenter for Miljø- og Sundhedsformidling ved Danmarks Lærerhøjskole Bjarne Jensen er kritisk overfor den moraliserende sundhedsformidling sammen med hele livsstilstankegangen, som er dominerende i den vestlige verden. Det er her sundhedseksperterne, som er bestemmende for den adfærd, som kan føre til bedre sundhed for den enkelte. Han mener, at det er problematisk, at den udelukkende forbindes med den enkeltes livsstil og adfærd og ikke sættes i relation til den enkeltes levevilkår. Konsekvensen heraf kan blive, at patienten som ovenfor beskrevet kommer til at bære skylden for sin sygdom eller situation. Denne ideologi, under betegnelsen ”blaming the victim” (Crawford, 1977), har fået kritik for at overse sammenhængen mellem adfærd og levevilkår og for at stemple og stigmatisere i forvejen udsatte grupper (Jensen, 2000, s. 191-195).

Det interessante er, at sygeplejersken i mødet har stillet sig åben for livsytringerne, og forsøger at hjælpe patienten ud fra dennes særlige situation. Patientens habitus og kapitaler bliver en del af sygeplejerskens forståelseshorisont. Sygeplejersken agerer som omsorgsperson ved at kompensere for det, som patienten mangler, som her bl.a. et understøttende netværk. På denne måde er sygeplejerskens tilgang inkluderende i forhold til mennesker, som befinder sig i sårbare situationer. Sygeplejersken er ikke optaget af, at få patienten til at forholde sig anderledes til sin situation; altså den coachende tilgang.

Nedenfor fortæller sygeplejersken om, hvordan vedkommende prøver at se patienternes situation og sundhedstilstand i et bredere perspektiv og reflekterer over, hvad det er som blokerer for livsstilsændringer.

Informant 2:

Men nogle gange måske også bidrage mere til den samlede sundhed, at vi snakker om de store problemer i folks liv ift., at vi nogle gange specifikt interesserer os rigtig meget for deres vægttab, for det kan godt være, at det slet ikke er, der vi skal starte. Hvis man bliver meget firkantet og fokuseret omkring det, jamen så tror jeg nemt, at jeg kan løbe ud af en tangent, som de slet ikke er med på, og hvis ikke de ligesom lever op til mit mål, så synes de nok at de har fejlet. Så kan det godt være, at de synes det her det slet ikke er det rigtige tilbud til dem, så det er enormt meget med at stikke fingeren i jorden og så prøve at lytte til, hvad er muligt her, og hvad er patientens ønske egentlig. Og hvad er det der blokerer for at tingene de ikke går, for som jeg sagde før, så er det ikke viden folk de mangler.

Jeg spørger til, hvad det er der blokerer?

Det kunne være alt muligt. Hvis man sådan virkelig skulle ..jamen så er det jo dybdepsykologi, for hvad handler det i virkeligheden om. For jeg tror, vi kender alle sammen særdeles dygtige veluddannede kompetente folk, som er overvægtige. Det er jo ikke fordi, de ikke ved, hvad de skal spise, og ønsket er der jo sådan set også, men et eller andet sted i processen, der kører der noget skævt.

Ovenstående citat viser, at sygeplejersken er opmærksom på, at erkendelse ikke nødvendigvis hænger sammen med den måde vi som mennesker handler på. Han stiller sig netop kritisk over for den moraliserende sundhedspædagogik, hvor fokus er på læring og adfærdsændring (Jensen, 2000) og er bevidst om at denne tilgang kan være problematisk, idet han siger ; ...*og hvis ikke de ligesom lever op til mit mål, så synes de nok de har fejlet.* Som sygeplejersken siger; *det er enormt meget med at stikke fingeren i jorden, og så prøve at lytte til, hvad er muligt her.* Dette viser, at sygeplejersken her gennem den sanselige praktiske kundskab (Martinsen, 1994) søger at få åbnet op for en bredere mere helhedsorienteret forståelse for, hvad der kan blokere for livsstilsændringer. Denne tilgang giver adgang til at arbejde med Bourdieus begreber habitus og kapitaler, og på denne måde få forståelse for patienternes handlingsmønstre. En bredere og mere strukturel forståelse. En forståelse som befinder sig inden for et påvirkningsparadigme, hvilket betyder, at vi som mennesker påvirkes af vores fysiske, psykiske og sociale omgivelser (Bovbjerg, 2010).

En gruppe af forskere ved Center for Sundhedsfremmeforskning ved Roskilde Universitet skriver bl.a. om ændringen i menneskesyn og i forståelsen af lighed og ulighed i takt med konkurrencestatens indtog. Den nordiske velfærdsstat bygger på en forståelse af mennesket som unikt og grundlæggende socialt. Lighed forstås som fundament for den enkeltes værdighed, og staten er forpligtet til at give alle lige mulighed for uddannelse, sundhed og demokratisk deltagelse. Ideologien i konkurrencestaten indebærer derimod fundamentalt andre opfattelser af lighed, som indebærer en forståelse med fokus på individets mulighed for at realisere sit eget potentiale fx ved at give alle samme adgang til det færdigheds- og vidensgrundlag, der skal sikre at potentialet udnyttes. I konkurrencestaten anskues mennesket som rationelt, selvstændigt og grundlæggende opportunistisk. I denne optik betragtes manglende succes indenfor såvel økonomi, uddannelse og sundhed i høj grad som manglende vilje eller den enkeltes forfejlede indsats (Sine Lehn-Christiansen m.fl., 2016, s.18). Sygeplejersken bevæger sig inden for den nordiske velfærdsstatslige forståelse af lighed, i det han giver udtryk for vigtigheden af, hvad der for den enkelte er muligt, og at det herved ikke kun handler om at være i besiddelse af et vist vidensgrundlag for at kunne udnytte sit potentiale. En tilgang og problemforståelse som giver mulighed for at arbejde mere inkluderende med mennesker i socialt sårbare positioner, og som kan være med til at bekæmpe den sociale ulighed i sundhed.

I nedenstående citat giver sygeplejersken et eksempel på, hvordan motivation ikke nødvendigvis er det eneste, som har betydning for vores handlinger eller mulige livsstilsændringer.

Informant 2:

Ellers så er det jo noget med...det er jo ikke sikkert at folk de er motiveret for at holde op med at ryge f.eks., men så kan det være det kommer hen af vejen . Det er jo ikke formaninger folk de er i underskud af. De har jo fået masser af formaninger, det er ikke viden. Folk ved jo godt, om det er sundt eller usundt at ryge. Det er jo ikke oplysning der mangler.

Jeg spørger til, hvor problemet så er henne?

Jamen det er jo, at det er svært at holde op med at ryge hvis du har røget i mange år. Jeg har patienter, der er ved at hoste lungerne op hver morgen. De kan simpelthen ikke holde op. De vil gerne, motivationen er der jo et eller andet sted, men trangen til at ryge er bare større. En af mine patienter han siger; ”jeg kommer til at dø af det her” ...og han er bange, han er angst, han er alt muligt, men han kan ikke lade være. Det er meget mærkeligt for os, som er ikke-rygere, og som ikke er fanget ind af det at forstå, men så må man jo snakke med dem om; kan du reducere det? Kan du gøre et eller andet, sådan at du ikke får den her oplevelse, hvor det ikke går så hårdt ud over dine lunger. Kan du ryge e-cigaretter i stedet for? Noget som tager de fysiske abstinenser..

Jeg spørger ind til, om der er andre ting i hans liv der er belastende.

Ja, meget , megetså det er nogen meget tunge og personlige ting..

Ovenstående citat illustrerer, at sygeplejersken her bruger omsorgen forstået som relationen eller mødet til at opnå en dybere forståelse for situationen (Martinsen, 1994). En forståelse for det som patienten forstår. Herved bliver det muligt at forstå, at rygning og vaner ikke kun kan forstås som en indre motivation og vilje. Der er tale om stærkere kræfter som afhængighed, indgroede vaner og belastende livsbetingelser, i det sygeplejersken udtaler; *de vil gerne, motivationen er der jo et eller andet sted, men trangen til at ryge er bare større*. Med Bourdieus begreb om habitus må det enkelte menneskes erfaringer og dispositioner eller livsstil altid begribes ud fra den enkeltes position i det sociale rum (Prieur m.fl., 2006, s.38-39). En forståelse af, at patientens ”uhensigtsmæssige rygevaner” som en individuel og personlig handling må forstås socialt og kollektivt. Patientens kulturelle, økonomiske og sociale kapitaler har betydning for de mulighedsbetingelser han/hun har for at ændre på situationen (Ibid., s. 90). En sådan problemforståelse åbner for at kunne inkludere patienter, som befinder sig i sårbare situationer, og kan på samme måde være med til at bekæmpe den sociale ulighed i sundhed.

En anden sygeplejerske fortæller om, hvordan hun bruger de coachende greb til at arbejde med motivation og livsstilsændringer. Jeg spørger ind til, hvordan sygeplejersken kan bruge coaching?

Informant 3:

Det kunne være dem, der kunne have et ønske om at komme ud at træne, men det bliver bare aldrig til noget, så prøver man at få dem til at få øjnene op for, hvad kunne du se af fordele ved pludselig at træne, "men hov er der fordele". Vi snakker meget fordele og ulemper. Vi kan bruge nogle skalaspørgsmål, og så kan man sige på en skala fra 1 til 10 hvor motiveret er du så? "ja men det er nok på en firer", så kan man godt selv sidde og tænke, hvorfor er han ikke mere motiveret, men det siger vi ikke. Så siger vi; "wouv, hvad er det der gør, at du allerede er oppe på en firer". Så vi har lært så meget anerkendende tilgange, også løft. Så der er så mange greb i det her coaching, der kan være med til at flytte folk, og hvor folk så alligevel har en følelse af, at det var noget de selv gjorde.

Dette citat viser en forståelse af, at patienten gennem oplysning eller læring af fordele og ulemper ved træning vil motiveres til handling. En læringsteoretisk tilgang, hvor en hensigtsmæssig adfærd ønskes fremmet gennem en fornuftsbaseret indsigt i fordele og ulemper (Hutchinson og Oltedal, 2003, s. 139). Den anerkendende tilgang kaldet løft med skalaspørgsmål indbefatter en forståelse af, at menneskets muligheder for handling er ubegrænsede og hænger sammen med vores tankemønstre. Patientens historiske og sociale livssituation eller habitus inddrages ikke. Sygeplejersken udtaler; *hvorfor er han ikke mere motiveret, men det siger vi ikke, så siger vi wouv, hvad er det der gør, at du allerede er oppe på en firer.* Man kan stille sig kritisk overfor denne form for anerkendelse og blive nysgerrig på, hvordan det opleves fra patientens perspektiv? Tilgangen åbner ikke op for en interesse i at finde ud af, hvad der opleves svært eller problematisk og giver hermed heller ikke et helhedssyn på situationen. K.M. ville stille spørgsmål ved det etiske i at denne metode bruges over for kronisk syge og svage patienter. Kan man forvente at kunne flytte ved menneskers handlingsmønstre gennem en ændring af deres tankemønstre uden at tage hensyn til den enkeltes sociale position og ydre belastninger? Der er risiko for, at de patienter, som er meget belastet af deres kroniske sygdom eller ydre livsomstændigheder, og som ikke kan "løfte" sig vil opleve nederlag og utilstrækkelighed eller endog krænkelser af deres livssituation.

Sygeplejersken har dog en oplevelse af, at hun gennem de coachende greb er med til at flytte folk. Om de patienter, som sygeplejersken oplever at kunne "rykke" er en heterogen gruppe står lidt uvist for mig, men kunne være interessant at få uddybet nærmere.

Sygeplejersken fortæller nedenfor om et eksempel på en patientsituation, hvor det ikke lykkedes at bruge coaching til at flytte patienten.

Informant 3:

F.eks. så har jeg haft en 21-årig kvinde. Hun har rigtig mange gode intentioner. Jeg tror hun vejer 150 kg. Har ingen arbejde og gik ind i projektet i håb om, at hun ikke ville blive indlagt så mange gange. Og når man så snakker om, hvad der så er årsagen til de mange indlæggelser. Hun ryger og spiser.., så var der jo mange alarmklokker der ringede. Men hvor hun så siger; ”det kan du snakke om fra nu af til juleaften. Jeg ændrer ikke på min livsstil”. Hold da op den kan være lidt svær at løfte så ikke også. Jeg kan godt lige sidde her og blive lidt i tvivl, om jeg i virkeligheden så har kompetencer til at hjælpe dig. Så nogle gange er det bare skudt forbi, for hvis man har alt for meget at tumle med. For meget andet i bagagen der kan blokere for en indlæring, så kan jeg jo ikke..

Ovenstående citat er interessant, da sygeplejersken betragter den ”uhensigtsmæssige adfærd” i form af spisevaner og rygning isoleret fra kvindens historiske, sociale, kulturelle og familiemæssige kontekst, eller som Bourdieu ville kalde habitus og kapitaler. At kvinden siger; *det kan du snakke om fra nu af til juleaften. Jeg ændrer ikke på min livsstil*. Dette signalerer, at sygeplejersken ikke har haft intentioner om at tyde patientens særlige livssituation (Martinsen, 1994 s.146). At forstå kvindens handlemønstre, livsstil og oplevede problemer kræver, at sygeplejersken stiller sig åben, bruger sin sanselige erfaringskundskab til at prøve at forstå situationen fra flere perspektiver. Sygeplejersken stiller selv spørgsmål ved, om hun så har kompetencerne til at hjælpe. Det bliver tydeligt, at de coachende metoder, som sygeplejersken er blevet undervist i her ikke kan rumme de patienter, som ikke lever op til idealet om at sætte sig selv, sine tanker og muligheder i spil på en positiv måde. Eller som ikke kan leve op til idealet om det proaktive menneske; en person der er relativ upåvirket af situationer, men forsøger at påvirke omgivelserne (Bovbjerg 2010, s.167).

Faren er at disse patienter risikerer at blive ekskluderet fra hjælp og støtte. Inden for en selvudviklingsdiskurs eller den logik som Kirsten Marie Bovbjerg vil kalde det proaktive

ændringsparadigme, (Bovbjerg, 2010) forbliver eksklusionsmekanismerne mere skjulte, da det vil fremstå som patientens eget valg, manglende vilje eller forfejlede indsats. Et fænomen som må forstås i tråd med den velfærdsstatslige udvikling, hvor dominerende neoliberale tanker indebærer fundamentalt andre opfattelser af lighed, som beskrevet tidligere i opgaven. Man kan sætte spørgsmål ved, om de patienter som i virkeligheden har mest brug for hjælp, i et projekt som APS, bliver udsat for nogle mere skjulte eller mindre tydelige eksklusionsmekanismer.

Sygeplejersken giver også udtryk for en problemforståelse, som indebærer en mere snæver sammenhæng mellem indlæring og handling og siger; *hvis man har alt for meget at tumle med. For meget andet i bagagen, der kan blokere for en indlæring, så kan jeg jo ikke...* Dette er et udtryk for en læringsteoretisk tilgang, hvor en rationel fornuftsbaseret indlæring forventes at føre til ændret adfærd (Hutchinson og Oltedal, 2006, s.139). En tilgang som giver svære vilkår for at arbejde inkluderende med patienter, som befinder sig i belastede eller udsatte positioner.

En sygeplejerske giver nedenfor et andet eksempel på patienter, som må afsluttes fra projektet, og beskriver patienterne, som nogle der ikke vil yde.

Informant 4:

Det er også noget med motivation. Og det kræver en indsats fra én selv. Det kommer ikke af sig selv, og der er nogen, der bare ikke vil yde også for sig selv, men så slutter vi også af. "Du siger, at du vil rigtig gerne ud at gå 3 gange om ugen. Hvor stor oplever du din motivation den er ift. det på en skala fra 1 til 10?", "jamen den er måske 2". "Hvad skal der til for at den bliver 5?" "Ja, så skulle der komme nogen og gå for mig". Så er der jo heller ingen mening i at de fortsætter, hvis ikke man kan finde nogen motivation, og vi heller ikke kan.

Ovenstående citat er et udtryk for en forståelse af, at det handler om viljen til at yde. Et menneskesyn som ovenfor beskrevet, hvor individet betragtes som rationelt, og som selv vælger, om og hvor meget vedkommende vil træne. En problemforståelse som er tæt forbundet med samfundets historiske udvikling og fremherskende menneskesyn. Et menneskesyn som også kan beskrives som det epikuræiske, hvor mennesket opfattes som egoistisk og beregnende. Det vil

derfor søge efter størst mulig lyst og lykke og undgå smerte og lidelse. Ud fra en kalkule af fordele og ulemper i sine valgmuligheder vil mennesket handle nyttemaksimerende (Jensen og Prieur, 2015, s.5). Sygeplejeteoretikeren Kari Martinsen har netop forsøgt at gøre op med en sådan individualistisk menneskeopfattelse og forsvarer en menneskeopfattelse baseret på relationer, hvor livsytringerne som sygeplejens fundament er til stede i det faglige skøn (Martinsen, 1994, s.180). Ud fra denne forståelse må sygeplejerskens ageren og afslutning af forløbet betragtes som en krænkelse af patienternes sårbarhed og udsathed. Hvilke kapitaler og hvilken habitus er patienten i besiddelse af? Og hermed hvilke mulighedsbetingelser har patienten? Der ses en tendens til at omsorgen som etisk praksis marginaliseres til fordel for et individualistisk menneskesyn i flere af sygeplejerskernes fortællinger. Man kan sige, at de styringsteknologiske metoder som coaching er med til at marginalisere den praktisk erfaringsbaserede viden eller omsorgen (Ringø, 2018). En udvikling som man kan reflektere kritisk over. Betyder det at den sociale ulighed i sundhed uddybes yderligere og ikke afhjælpes?

Jeg taler her med en sygeplejerske, som fortæller om en særlig vanskelig situation med en patient, som ikke rigtig får gjort noget ved sin egen situation, og som ikke kommer videre eller holder de aftaler, som er indgået.

Informant 5:

Det kan også være, at det simpelthen på trods af de bedste intentioner og samtaler der fortsætter, så bliver det ved med at lyde fra gang til gang; "jamen jeg må indrømme, der har været så meget på det sidste, så jeg har ikke lige fået gjort noget ved det, som vi snakkede om". Et ex. jeg sidder i hovedet med nu er en person, som er svært lungesyg, altså sådan virkelig svært lungesyg og hjertesyg, og som har en viden om, at det vil være rigtig godt at tage sig bare lidt, fordi vedkommende er kraftig overvægtig, og ved jo godt at det påvirker både luft og hjerte. Men der er hele tiden ting der gør, at vedkommende ikke får gjort noget ved det. Og så kan man sige, og det kan jo være fair nok, altså det er jo reelt nok, når man ikke har overskuddet. Men nu har det stået på i et halvt års tid, så vedkommende har i hvert fald også haft chancen for at ...og fået støtten til at prøve..

Jeg spørger til, hvad sygeplejerskerne bruger af redskaber for at patienterne kan tabe sig?

Jeg prøver at lede vedkommende hen på nogle steder, hvor han kan søge noget inspiration, og så har jeg tænkt, at det er der, hvor den hopper af hver gang. Prøv nu at tage fat i kommunen, prøv nu at spørge om der ikke er nogle, der kan hjælpe dig, for der findes jo i langt de fleste kommuner mulighed for at søge hjælp hos en diætist, men det er ligesom ikke blevet endnu.

Jeg spørger til, om sygeplejersken tror, at det er viden, der mangler?

Det er i hvert fald viden, der får lov at stoppe at motivationen. Nej det lyder forkert, fordi et eller andet sted så er det jo drivkraften, der ikke er tilstrækkelig til at få gjort noget ved det. Det er kræfterne til at få det gjort, oversprings..."ej jeg venter lige til i morgen", og hvorfor har man ikke fået taget den kontakt. Det er så der hvor "ej det har jeg ikke lige haft kræfter til", og det der med at få den der motivation gjort aktiv. Det er i hvert fald ikke lykkedes endnu.

Jeg spørger ind til, hvordan man får den motivation gjort aktiv?

Ja, det er lige præcis det. Den er megasvær, og det er i hvert fald det, som jeg har forsøgt nogle gange. Hvad skulle der til, og der kan man jo godt bruge den her med at drømme, altså prøve at se scenariet der ville være godt ved at tabe sig, og anerkende alt det gode, og prøve at få åbnet de der sprækker. Der hvor motivationen måske kunne få lov at blomstre, men det er ikke rigtig lykkes for mig.

Jeg spørger sygeplejersken, om de hører ind til, hvad det kunne være for nogle barrierer der gør, at han ikke får gjort noget?

Ja, jeg har i hvert fald prøvet at spørge ham; hvad var det der gjorde, at du ikke fik ringet? "Ja, men der har været så meget", og så kommer den der kliché. Så nu prøver jeg at sende hans egne ord tilbage i håb om, at det måske får ham til at se nogle nye muligheder. Men modsat så meldte han afbud sidste gang, så det kan også godt være, at det er fordi, at så bliver det på en eller anden måde for vanskeligt.

Sygeplejersken giver udtryk for lidt vævende forståelser af, hvad der er på spil i forhold til denne patients mangel på handling. Hun forbinder det at have en viden eller erkende et problem med en

forventning om handling og siger; *som har en viden om, at det vil være rigtig godt at tabe sig....og ved jo godt at det påvirker både luft og hjerte*. Sygeplejersken har ikke helt forståelse for, at patienten kommer med undskyldninger om, at der har været så meget. På den ene side giver hun udtryk for, at patienten måske reelt ikke har haft kræfterne eller overskuddet. At det er drivkraften der mangler, men samtidig siger hun; *oversprings...ej jeg venter lige til i morgen*. Heri ligger en forståelse af, at det for patienten er et bevidst, rationelt valg og en manglende vilje. Sygeplejersken reflekterer selv over det her med drivkraften og motivationen, og hvordan den aktiveres. Hun bevæger sig udelukkende inden for det man kan kalde ændringsparadigmet (Bovbjerg, 2010, s.167) altså et "indefra og ud" perspektiv foreneligt med den systemiske coachings tankegang, og forsøger med drømme at få åbnet sprækker for nye muligheder. Eksemplet her illustrerer vel netop, at der er grænser for, hvad der er muligt for det enkelte menneske. En måde at komme til en forståelse af patientens manglende motivation eller drivkraft er at bevæge sig over i det Kirsten Marie Bovbjerg kalder påvirkningsparadigmet, som indbefatter at vi mennesker påvirkes af vores fysiske, psykiske og sociale omgivelser (Bovbjerg, 2010, s.168). Bourdieus teori kan hjælpe os til at få en bredere og dybere forståelse for det enkelte menneskes handlinger, eller som her mangel på handling. For at kunne gøre brug af Bourdieus begreber i praksis kræver det at sygeplejersken stiller sig åben i mødet, modtager livsytringerne i interesse for den andens bedste. En tilgang som giver mulighed for et helhedssyn. Sygeplejersken udtaler; *nu prøver jeg at sende hans egne ord tilbage i håb om, at det måske får ham til at se nogle nye muligheder*. Her ses hvordan dialogen, herunder den coachende tilgang, anvendes som en ledelsesteknologi.

Adjunkt Mads Peter Karlsen og Professor Kasper Villadsen skriver om dialogen som en omsiggribende ledelsesteknologi. En kritik af magtens hierakiske ledelsesformer og bedrevidende autoriteter, inden for flere områder i liberale velfærdsstater, har bevirket at medarbejdere, brugere og patienter i dag skal tale (Karlsen og Villadsen, 2008, s.128). Det indebærer en forståelse af at talen er mere autentisk og magtfri, når den kommer fra medarbejderen, klienten eller patienten. At tavshed forbindes med det at være undertrykt. Forfatterne gør opmærksom på, at dialogen ikke fjerner ledelse og magt, men derimod opstår der nye former for ledelse og selvledelse (Ibid., s.129-130). For sygeplejersken i ovennævnte situation ses, hvordan samtalen og

de coachende greb indgår som en ledelsesteknologi. I dette tilfælde i retning af en selvansvarliggørelse.

Spørgsmålet er, hvordan patienten har oplevet mødet og samtalerne i APS? At patienten selv har meldt afbud kan betyde, at den for sygeplejersken naturlige selvansvarliggørelse egentlig kan ses som en eksklusionsmekanisme, hvor patienter i sårbare og udsatte positioner bliver presset til at "se det mulige i det umulige", og kan opleve utilstrækkelighed og krænkelse. Dette er et eksempel på, hvordan den sociale ulighed i sundhed mindre tydeligt kan være med til at reproducere sig selv.

4.3 At arbejde med mål og holde sig inden for de 4 indsatsområder ; viden, strategier, egenomsorg og involverede aktører.

At arbejde med mål

Jeg taler med sygeplejerskerne, om det med at opsætte mål for samtalerne. Her ses der stor forskel mellem de to regioner i forhold til, hvordan de vægter det at arbejde med mål. En sygeplejerske fortæller;

Informant 1:

Ja, og det er jo det der med at sætte mål og ikke opsætte mål. Hvis der er opsat mål er der ligesom noget mærkbart at rykke på, og nogle gange synes man jo ikke man gør noget, og når man så spørger dem; får du noget ud af det her, så siger de ;" ja, det har virkelig været godt, og det har virkelig været dejligt". Så på en eller anden måde, så rykker vi dem, eller så er vi der i hvert fald været der for dem. Om det så gør at de ikke bliver indlagt igen det ved jeg ikke, men de har i hvert fald fået en oplevelse af, at de har fået noget støtte i den periode de har snakket med os.

Dette citat viser, at sygeplejersken lytter meget til patienternes stemme. Hun spørger; *får du noget ud af det her*. Selv om sygeplejersken ikke føler, at hun gør så meget og ikke arbejder så målfokuseret oplever hun, at få meget positiv respons fra patienterne. Hun har mest fokus på det, som hun oplever giver mening for den enkelte patient og siger; *de har i hvert fald fået en oplevelse*

af, at de har fået noget støtte i den periode de har snakket med os, og har mindre fokus på det overordnede mål om forebyggelse af indlæggelser. Man kan også sige, at hun bruger sin erfaringsbaserede menneskekundskab (Martinsen, 1994, s.) til at få indsigt i patientens livsverden, hvorfor det bliver mindre meningsfyldt for hende at lade mål være styrende for arbejdet. Ud fra Pia Ringø's figur om vidensformer i socialt arbejde bevæger sygeplejersken sig primært inden for niveau 1 og 2 (Ringø, 2018, s. 185).

Nedenfor spørger jeg nærmere ind til det med at arbejde med mål. Jeg spørger: Det her med mål det er lidt interessant, for de kommer jo ikke til jer, det er jer der kommer til dem?

Informant 1:

Det har vi faktisk lige haft en diskussion om. Vi har sådan et møde her om morgenen. Det der med at sætte mål, det er meget svært, fordi patienterne jo ikke altid har et mål, fordi de ikke altid ved, hvad de kan forvente af os. Og mange gange er det jo også det der med bare at snakke med nogen, som er det de har behov for, og hvordan laver man lige mål ud af det? Det er også fordi vi hele tiden har fået at vide, at det er dem, der skal fortælle os, hvad de gerne vil. Vi skal ikke lægge vores dagsorden ned over dem. Det er ligesom dem, der selv skal komme frem til det, så det diskuterer vi meget... Vi diskuterer, hvis vi ikke kan finde et mål, skal vi afslutte dem, eller skal vi fortsætte med at have dem med?

Jeg spørger til, hvad de så gør?

Jeg tror de fleste af os heroppe vi har dem med. Nu har jeg lige snakket med én i dag, og det er faktisk syvende samtale, og nu er han kommet frem til at... Han er blevet opereret i ryggen. At han kommer måske ikke tilbage til den, som han var før. Og nu vil han egentlig gerne til at snakke om, hvad har det egentlig af betydning for ham og deres liv, og om de skal sælge huset. Så det hele tiden er sådan lidt ringe, der bliver ved med at komme.

Sygeplejersken problematiserer ovenfor kravet om målstyring i samtalerne og giver udtryk for et dilemma; *..vi hele tiden har fået at vide, at det er dem, der skal fortælle os, hvad de gerne vil. Vi*

skal ikke lægge vores dagsorden ned over dem. Hun fortæller, at det kan være svært, at lave mål ud af det som mange patienter egentlig har behov for, nemlig bare at snakke med nogen og beskriver samtalerne, som ringe der bliver ved med at komme. Et eksempel på hvordan sygeplejersken i mødet stiller sig åben for livsytringerne. Det beskriver en relation, hvor der åbnes op for sansning og erfaring, her gennem hørelsen og de udtrykte ord (Martinsen, 1994). Sygeplejersken er optaget af det, som hun fornemmer er vigtigt for patienterne. At patienterne mest har brug for at snakke kan også betyde, at det som fylder ikke er problemer der kan løses, men byrder der skal bæres. Det kan f.eks. være ensomhed eller sorg. Sorgen over at være blevet alene eller at have fået en kronisk sygdom, som gør at man ikke kan leve det liv, som man havde forventet eller ønsket, som ovennævnte eksempel med den rygopererede mand. Eksistentielle vilkår som kan have stor betydning for den enkeltes sundhed og livskvalitet, men som kan være svære at målsætte og løse. Spørgsmål som hvad er sundhed? Og hvad betyder livskvalitet? bliver her relevante at stille. Hvilket sundhedsbegreb arbejder projektet APS med? Disse spørgsmål vil jeg i denne opgave ikke arbejde uddybende med. Det synes at være en vigtig diskussion for sygeplejerskerne at tage op, om de patienter som ikke kan finde et mål skal afsluttes? Hvad betyder det for relationen og problemforståelsen mellem sygeplejerske og patient, hvis samtalerne er styret af mål ? Kommer sygeplejerskerne herved til at distancere sig fra patienterne i deres egen optagethed af styring mod fastsatte mål? K.M. stiller sig kritisk og mener netop, at skønnets vurderingsevne ; at kunne se en situation fra forskellige sider ødelægges, hvis det fastsættes i begreber, regler og principper (Martinsen, 1994, s. 148).

Nedenfor fortæller en sygeplejerske fra en anden region modsat ovenstående, at det er vigtigt, at der er et fokus fra start, og at man øver sig i at være skarp på formålet med samtalerne.

Informant 5:

Der hvor det kan være svært, det er hvis både fokus ikke har været helt klart, eller hvis man bliver sådan en tryghed; det er så rart du ringer, så får jeg lige luft for min bekymring, men vi skal jo slutte fordi tiden er gået, men vedkommende kunne godt tænke sig at blive ved. Der kan jeg så kigge indad og tænke, hvordan kunne jeg have undgået at komme i den situation. Hvordan kunne

jeg have klædt patienten bedre på til selv at træffe beslutninger? Der kan jeg i hvert fald lære af de forløb tænker jeg. At det giver rigtig god mening, at man øver sig i at være skarp på, hvad formålet er med de her samtaler. At det ikke bliver en sludder for en sladder, og det oplever patienten ikke nødvendigvis, at det er en sludder for en sladder, altså en hyggesnak. Vedkommende kan sagtens opleve det som enormt meningsgivende og trygt..

Sygeplejersken har i sin tilgang til arbejdet meget fokus på udvikling og egenomsorg, altså de styringsteknologiske betingelser som beskrevet af Pia Ringø, som rammerne for det sociale arbejde (niveau 3). Hun siger; *Hvordan kunne jeg have klædt patienten bedre på til selv at træffe beslutninger* og siger videre; *at man øver sig i at være skarp på hvad formålet er*. Det bliver vigtigt for hende, at opfylde målene, og mindre vigtigt hvad patienterne reelt giver udtryk for og siger; *det oplever patienten ikke nødvendigvis er en sludder for en sladder, vedkommende kan sagtens opleve det som enormt meningsgivende og trygt*. En interessant betragtning, at sygeplejersken ikke tillægger denne form for viden (niveau 1); den praktiske kundskab vundet gennem sanselig forståelse særlig værdi (Martinsen, 1994, s. 147-148). Måske fordi denne viden eller indsigt i patientens liv ofte kan være af eksistentiel og kontekstuel karakter, hvilket netop ikke altid kan omsættes til mål eller handlingsanvisende løsninger?

De styringsteknologiske metoder som coaching og projektets mål om egenomsorg og forebyggelse af indlæggelser får sygeplejersken til at fjerne sig fra den erfaringsbaserede kundskab; omsorgen, da hun dermed ikke samtidig kan leve op til projektets krav og rammer for arbejdet. Dette kan betyde, at patient og sygeplejerske kommer til at arbejde med hver deres problemforståelser, og det som patienterne reelt har behov for overses eller marginaliseres. På denne måde kan det målstyrede arbejde give svære betingelser for at arbejde inkluderende i forhold til mennesker med eksistentielle menneskelige problemstillinger.

At holde sig inden for de 4 indsatsområder:

Der ses stor forskel på, hvordan sygeplejerskerne arbejder med dokumentation, og hvordan de forholder sig til at skulle arbejde inden for de 4 indsatsområder; viden, strategier, egenomsorg og involverede aktører. Nedenfor fortæller to sygeplejersker om, hvordan de arbejder mere bredt og

ikke synes, at det altid giver mening at skulle holde sig inden for de ovenfor beskrevne indsatsområder.

Informant 2:

Altså det jeg prøver at sige til mig selv, det er, at jeg skal prøve at tale med folk om det, der er vigtigt, og det der giver mening, så synes jeg, at det er en vellykket samtale. Hvis jeg kan høre, at det her det er noget, som de har noget energi på, og det er meningsfuldt at snakke om.

Jeg spørger; Hvad går det sådan primært ud på for dig, når du skal fortælle det til patienterne(coaching)?

Når jeg siger det til patienterne, så siger jeg det tager udgangspunkt i det der fylder for dem, og jeg siger også at det er deres dagsorden. Det er ikke sådan, at vi skal tale kost, rygning, alkohol og motion, men det kan være nogle helt andre ting der fylder for dem, og det er det vi tager udgangspunkt i, men at det her det giver mest mening, hvis de har en eller anden problematik, som de vil arbejde med, hvor jeg så kan indgå som sparringspartner.

Dette citat viser, at sygeplejersken bruger sin kundskab vundet gennem sanselig forståelse også kaldet praktisk moralsk handlingsklogskab. Det bliver patientens særlige situation, der er i fokus og ikke udefra definerede mål og indsatsområder. Det som for patienten giver mening. Sygeplejersken arbejder ud fra patienternes behov og udtaler; *det tager udgangspunkt i det der fylder for dem, det er deres dagsorden.*

En anden sygeplejerske fortæller, at de er lidt imod de dokumentationskrav, som de er ved at blive pålagt, og at det er et stort diskussionsemne i sygeplejegruppen. Jeg spørger til, om der er noget de skal dokumentere ved hver samtale.

Informant 1:

Det har vi også snakket om i dag...og så har man lige bestemt, at der nu begynder at skal være sådan nogle retningslinjer om, hvad der skal stå i de notater...Der skal være nogle ting, der skal stå

i hvert notat, og det er jo så det vi er lidt imod, for det er ikke altid, at man kommer ind omkring de ting, som de gerne vil have at der skal stå. Der er jo de der viden, strategi, egenomsorg og involveret aktører, og så vil de gerne have at vi ligesom skriver noget under hvert af de der emner, og det er jo slet ikke sikkert, at det er det, som patienten har lyst til at snakke om...

Sygeplejersken giver udtryk for, at det kan blive problematisk at skulle arbejde inden for de 4 indsatsområder, da hun har erfaret, at det ikke nødvendigvis er det, som patienterne har behov for at tale om. De 4 indsatsområder bevæger sig inden for en individuel problemforståelse; der skal fokuseres på den enkelte patients viden, mestringsstrategier, egenomsorgsevne og hvor mange involverede aktører der er indblandet i patientens forløb. I og med at levevilkår eller livsbetingelser (Bourdieu's begreber om habitus og kapitaler) ikke er indbefattet i de beskrevne indsatsområder kan det betyde, som sygeplejersken oplever, at indsatsområderne er utilstrækkelige til at rumme det, som patienterne oplever problematisk eller belastende. Sagt på en anden måde opstår der dilemmaer i arbejdet, når de organisatoriske instrukser ikke tilgodeser et helhedssyn. Det må herved siges at være en vigtig diskussion og et væsentligt aspekt, at sygeplejerskerne forholder sig kritisk reflektivt til de organisatoriske krav om dokumentation, og hvad det betyder for det konkrete sociale og sundhedsfaglige arbejde. For at kunne arbejde inkluderende med patienter i sårbare situationer kræver det vel netop at sygeplejerskerne anlægger et helhedssyn?

I en anden region er sygeplejerskerne omvendt meget optaget af at arbejde inden for de 4 indsatsområder; viden, strategier, egenomsorg og involverede aktører, og de har udviklet deres eget dokumentationsværktøj, som de gerne vil udbrede til de andre regioner. Sygeplejersken fortæller nedenfor herom.

Informant 6:

Og jeg plejer gerne sådan lige, når vi starter samtalen så nævne, at målet med de her samtaler det er det der er vigtigt for dig, men det er inden for det her felt..(de 4 indsatsområder).. Vi har selv

lavet sådan en dokumentationspraksis. Vi dokumenterer efter hver samtale, og så har vi de her 4 indsatsområder, hvor man også går ind omkring det. Og jeg synes det gør, at man kommer til at reflektere over, at man egentlig har været inde omkring de her ting..

Dette illustrerer, at der arbejdes med nogle dobbeltheder, som kan være modsætningsfyldte. Hvad der opleves som vigtigt for den enkelte patient befinder sig ikke nødvendigvis inden for det felt som sygeplejersken ovenfor beskriver? Rammerne for arbejdet eller problemdefinitionerne er på forhånd begrænset til det enkelte individs viden, mestringsevne eller egenomsorg i relation til de aktører, som er involveret i forløbet. Det vil sige, at rammerne for APS befinder sig inden for det tidligere beskrevne ændringsparadigme (Bovbjerg, 2010). Man kan sige at rammerne; her forstået som de 4 indsatsområder kan forstås som en styringsteknologi (Ringø, 2018), der leder problemforståelsen og handlerummet i en bestemt retning, en individualiseret tilgang til problemerne. De ydre strukturelle forhold, som kan påvirke den enkelte patients livssituation og mulighedsbetingelser for forandring af egen situation er ikke en del af indsatsen. Dette kan betyde, at de mennesker som befinder sig i de mest socialt sårbare situationer ikke får den hjælp og støtte, som kan være med til at forbedre deres samlede livssituation og hermed også mindske den sociale ulighed i sundhed.

Med udgangspunkt i de to kundskabsformer, som Kari Martinsen beskriver som tilstedeværende i det faglige skøn; kundskab vundet gennem sanselig forståelse og kundskab vundet gennem begrebslig forståelse bliver det her den begrebslige forståelse, som er overordnet og styrende for praksis; de 4 indsatsområder. Hermed er der ifølge Kari Martinsen en fare for at situationen forenkles, og kun det generelle eller standarderne kommer frem (Martinsen, 1994, s.147-148). Ud fra Pia Ringø's figur om vidensformer (Ringø, 2018, s.185-186) bliver det her tydeligt, at de politiske og styringsteknologiske rammer som må relateres til samfundets idealer om produktivitet og effektiv forandring her bliver styrende for sygeplejerskernes arbejde.

4.4 Forståelser af de 2 roller som omsorgsperson og coach.

Jeg taler med sygeplejerskerne om, hvordan de agerer mellem de 3 roller som vidensperson, omsorgsperson og coach. Vi taler om, hvad det er omsorgsdelen kan, og hvad det særlige er, som de kan med coaching. Det bliver i samtalerne tydeligt, at der eksisterer en forestilling om, at omsorg det er noget som ligger implicit i mødet. Det er noget, som alle sygeplejersker praktiserer uden, at det er blevet italesat, hvad omsorg er og kan bidrage med? Der viser sig også en meget forskellig forståelse af, hvad omsorg er og kan. Her ud over er det meget forskelligt, hvor meget coachingdelen generelt fylder i sygeplejerskernes arbejde.

Omsorgspersonen

Nedenfor fortæller en sygeplejerske om, hvordan hun forstår omsorgsdimensionen og hvor meget den fylder i arbejdet.

Informant 1:

Det er jo ikke ren coaching. Vi er jo både videnspersoner, vi er coachere, og så er vi jo også omsorgspersoner.. For hvis vi bare var coachere, så var det jo noget andet tænker jeg, så tror jeg heller ikke, at de ville føle, at vi ser dem som hele mennesker og lytter til dem. Men den der omsorgsdimension, som vi som sygeplejersker har med os, den tror jeg betyder rigtig meget, hvor vi så kan se de der problemer, de har. Når vi læste de der ting fra Mannaz, så var det meget nogle der havde valgt, at jeg vil gerne gå til coaching, og det var meget forretningsfolk eller folk, der gerne vil udvikle sig. De patienter vi har er jo et andet sted, men vi har snakket meget om det der med skal coaching fylde meget, skal sygeplejen fylde meget, skal vidensdelen fylde. Jeg tror mest det er den der støtte, samtale, sådan forståelse for deres situation. Altså at have nogen at læne sig op ad. De der frustrationer de har, og trygheden også tror jeg.

Sygeplejersken tillægger her omsorgsdimensionen en vigtig rolle. Sygeplejersken giver her udtryk for, at omsorgen er med til at se patienterne som hele mennesker og forstå deres problemer. Dette er i overensstemmelse med det Kari Martinsen beskriver som fundamentet for sygeplejen; livsytringerne som kommer til udtryk i mødet med patienten, og som skal tydes, udtrykkes og handles ud fra, hvormed patientens livssammenhæng kan komme frem. Med andre ord den

praktiske erfaringskundskab(Martinsen, 1994, s.146). Sygeplejersken giver udtryk for en skepsis over at anvende coaching, som oprindeligt er tiltænkt forretningsfolk, som gerne vil udvikles, til patienter som hun siger; *er et andet sted*. Heri ligger en erkendelse af, at de patienter, der er tilknyttet APS ikke nødvendigvis har et ønske om eller mulighed for at indgå i et udviklingsforløb. Det hun oplever, som fylder og giver mest mening i forløbene er som hun siger; *støtte, samtalen sådan forståelse for deres situation og trygheden*. Omsorgen forstås her som havende et mål i sig selv. Et mål om at forstå den andens hele livssituation, være aflastning og skabe tryghed. Forståelsen af den andens hele livssituation åbner op og inddrager det som Bourdieu betegner som menneskets habitus og kapitaler.

En lignende forståelse af omsorgen ses i nedenstående beretning fra en anden sygeplejerske.

Informant 6:

Den der ensomhed den er ved at æde hende op, men alligevel så synes hun, det er svært at komme ud, men hun prøver. Og det der med, at man snakker med en, det er sådan cirka hver 14. dag. Hvor hun kan sige, når man starter med at snakke med hende, at hun skal lige i gang med at snakke, fordi at hendes stemme er helt væk, fordi hun egentlig ikke snakker med ret mange. Så jeg tror faktisk, at det gør en forskel for hende, og det der med at hun vender nogle ting med mig. Og det er ikke kun ensomhed vi snakker om. Det kan også være andre ting. Hun mangler den der sparring med en om, hvad der er rigtigt og forkert, og hvornår man skal reagere.

Dette citat viser, at omsorgen forstået som det at være en støtte, en sparringspartner eller en samtalepartner bliver et meningsfuldt mål i sig selv. Man kan sige at sygeplejerskens rolle her bliver at kompensere for det som patienten mangler; nemlig en at dele sine tanker og bekymringer med. Omsorgen kan her forstås som det Kari Martinsen beskriver som, at sygeplejersken må stille sig åben i mødet og gennem sansning få patientens lidelses- eller livshistorie frem og hermed også livsmodet (Martinsen, 1994, s. 146). Man kan også sige, at omsorgen forstået som mødet - en menneskekundskab, der åbner op for en situationel forståelse for mennesket (Ringø, 2018, s.185).

Med denne forståelse og vægtning af omsorgsrollen bliver det muligt at arbejde inkluderende og støttende med en patient, som her befinder sig i en meget socialt sårbar situation.

I modsætning til ovenstående er der andre sygeplejersker, som nærmere opfatter omsorgsdelen som et middel til at arbejde med coaching. Her fortæller en sygeplejerske, at målet med APS betyder, at man ikke kan være en besøgsven i telefonen. Jeg spørger ind til, hvad hun forstår ved besøgsven, og hvad omsorgen kan bidrage med i forhold til APS-indsatsen.

Informant 4

Jeg spørger; Hvad tænker du, når du siger besøgsven?

Jeg kan ikke være en samtalepartner bare fordi det er hyggeligt at have nogle at snakke med, fordi den eneste man snakker med det er, hvis man er nede at handle en gang om ugen. Det dækker projektet ikke, men så kan man jo se, om de skal have en besøgsven..

Jeg spørger; Og hvad fylder den her omsorgsperson – hvad er det den kan?

Ja, men jeg tænker den ligger meget i os fordi vi er sygeplejersker, og vi i så mange år har arbejdet med det der med at være omsorgsgiver, og det er det, der er nemmest lige at fixe det for dem eller lige at ordne det. Den skal man hele tiden være opmærksom på ikke tager overhånd, fordi det kan også være en måde at ligge en dyne over, men den fylder i hver eneste samtale. Anerkende at der er nogle udfordringer, og det er også en form for omsorg at sige, at jeg hører faktisk hvad du siger, og jeg kan godt følge dig, og det må heller ikke være nemt, men det skal ikke være sådan at man trøster og fratager dem ...altså holder dem fast i en rolle...

Jeg spørger; Du tænker omsorgspersonen det er den, der ligesom tager lidt mere over?

Ja, så tager man lidt mere over. Der kan man godt have en tendens til sådan at sige, at det må også være svært for dig ..ej det kan jeg også forstå det er også træls, men det kommer man ikke videre af, hvis man kun gør det. Det kan man godt have brug for sådan engang imellem, men så kan man jo så bruge coachinggrebene. Hvad skal der til for, at det så bliver anderledes? Hvad

kunne du så ønske dig? Så man kombinerer omsorgen og anerkendelsen og hører, hvor de er. Hvordan kunne du ønske dig, at situationen den skulle være? Og omsorgen det er jo også anerkendelsen. Den coachende tilgang, hvor man anerkender og løfter. Vi løfter; ”det er da bare supergodt. Er du virkelig oppe på en 7’er..

Sygeplejersken forbinder mødet eller samtalen i sig selv med noget mere uprofessionelt arbejde og siger; *jeg kan ikke være en samtalepartner bare fordi det er hyggeligt at have nogen at snakke med.* Heri ligger en forståelse af, at den førnævnte erfaringsbaserede praksiskundskab, hvor interessen er forståelse for den andens særlige situation forbindes med noget hyggesnak, som ikke hører ind under hendes arbejdsopgaver og siger videre; *men så kan man jo se om de skal have en besøgsven.* Sygeplejersken forbinder det at være omsorgsgiver med det at fixe tingene for patienterne, hvilket ligger dybt i mange sygeplejersker efter mange år i faget. Hun siger samtidig; *den skal man passe på hele tiden ikke tager overhånd, fordi det kan også være en måde at ligge en dyne over.* Dette er et udtryk for at de førhen almindelige kompenserende velfærdsstatslige omsorgsydelser nu nærmere betragtes som en måde at passivisere og fratage den enkelte ansvaret for eget liv, idet hun udtaler; *det skal ikke være sådan at man trøster og fratager dem..altså holder dem fast i en rolle.*

Sygeplejersken problematiserer det at forblive i en omsorgsrelation til patienten, i det hun siger; *men det kommer man ikke videre af, hvis man kun gør det...* Dette viser, at omsorgen her bliver et middel til at kunne arbejde mere udviklende med de coachende metoder. Et eksempel på, hvordan det samfundsmæssige normative ideal om den selvansvarlige borger og en dominerende udviklingsdiskurs er med til at rykke ved nogle mere grundlæggende værdier i sygeplejefprofessionen som omsorgsfag. Det må betragtes som en vigtig etisk diskussion og refleksion blandt sygeplejerskerne, hvad omsorg egentlig er og kan bidrage med?

Sygeplejersken siger; *og omsorgen det er jo også anerkendelsen. Den coachende tilgang hvor vi anerkender og løfter.* Her sætter hun omsorgen lig med den anerkendende tilgang appreciative inquiry . En interessant betragtning. Hvis vi forstår omsorg ud fra Kari Martinsens omsorgsteori er det relationen, en åbenhed for livsytringerne i mødet, som giver mulighed for en dybere forståelse af patientens hele livssituation. Inden for den værdsættende udforskning appreciative inquiry har

man ingen interesse i en dybere forståelse for menneskets hele livssituation. Fokus er rettet mod det der virker, og tilgangen fastholder, at der i en hvilken som helst situation er ressourcer til stede, og der altid er noget der fungerer, hvortil fokus skal rettes. En tilgang, hvor det bliver sproget, der skaber virkeligheden (Moltke, 2009, s. 44-45), hvilket betyder at resourcesproget giver uanede muligheder.

Coachingpersonen

Jeg taler med flere sygeplejersker om, hvordan de arbejder med coaching, og hvad de særligt kan ved at arbejde med de coachende metoder.

Informant 1:

..men jeg tror godt, at der er nogle patienter man kan rykke sådan det psykiske, og det der med at få dem til at reflektere over, hvad det har af betydning for deres liv, så de kommer til at reflektere over, at det måske også er okay, at de ikke kommer tilbage til det de var..

Sygeplejersken ovenfor beskriver, at hun bruger coaching, som en tilgang til at få patienterne til at reflektere over, hvad f.eks. en kronisk sygdom har af betydning for deres liv. Hun siger; *at det måske også er okay, at de ikke kommer tilbage til det de var.* Samtalen med patienten består her i at arbejde med en accept af tingenes tilstand, hvilket sygeplejersken oplever kan være med til at rykke sådan det psykiske. Hun har ikke fokus på løsninger og muligheder, men nærmere på forståelsen og refleksionen over tingenes tilstand. Spørgsmålet er om det kan betegnes som coaching eller en omsorgsrelation?

Nedenfor fortæller en sygeplejerske om, hvordan hun arbejder med den coachende tilgang i forhold til mange patienter, som oplever ensomhed.

Informant 4:

Ensomhed synes jeg, det fylder meget. Den der ikke at have lyst til at tage på et dagscenter, fordi man føler ikke, at man hører til, men alligevel er man ensom, og det er den mulighed der er for at møde nogle andre. Så må man jo se sig om og kigge ud, men det er jo ikke os der skal finde på det, det er jo dem. Det er os, der lige som med coachende spørgsmål får dem til at se, hvad der er af andre muligheder for det virker bedst, når det kommer fra én selv. Hvis jeg nu foreslår, at hun skal gå på et bibliotek og lytte med, når der er boganmeldelser eller noget, så er det ikke ligeså motiverende, som hvis hun selv kom på den idé ud fra, at jeg måske har plantet et frø..

Det er her tankevækkende og man kan stille spørgsmål ved om det giver mening at arbejde coachende med mennesker, som oplever ensomhed? Filosof Anders Fogh Jensen er en af kritikerne af coachingens udbredelse. Han skriver bl.a., med afsæt i Michel Foucaults analyse af historiens styre- og tankesystemer, at coachen har indtaget en pastoralrolle i nutidens projektsamfund. Han beskriver, hvordan vi bevæger os fra disciplinsamfundet til projektsamfundet. Disciplinsamfundet er karakteriseret ved at mennesket har planer, opgaver og pligter, hvorimod projektsamfundet er kendetegnet ved ad-hoc løsninger, midlertidighed og passage (Jensen, 2013, s.265?). Mennesket bliver til et projekt, der ved at udvise engagement, fleksibilitet og forandringsvillighed til at involvere sig i nye projekter herved mægtiggøres. Her bliver coachens opgave via kommunikative og metodiske redskaber at medvirke til dennes selvudvikling. Risikoen er at subjektet bliver afkoblet og usynlig, hvis det ikke viser engagement og initiativ (Jensen, 2009, s.108-113). I projektsamfundet er grænserne næsten ikke til stede for bare muligheder. Når man ikke møder grænser for det mulige, men i stedet en ubegrænset frihed til at handle, kan det hos mennesket skabe en udmattelse og utilstrækkelighed (Ibid., s.142). Spørgsmålet er hvordan det for patienten opleves at blive mødt med den coachende tilgang?

Når sygeplejersken fortæller, at ensomhed fylder meget i det coachende arbejde bliver det relevant at spørge, hvad det egentlig vil sige at være ensom? Handler det, som sygeplejersken ovenfor fortæller, om at komme ud og møde andre mennesker? På psykiatrifondens hjemmeside er ensomhed defineret som en følelse, og lyder således; *Følelsen af ensomhed opstår, når mennesker oplever, at deres sociale relationer ikke opfylder deres sociale behov og forventninger. Ensomhed opstår hos mennesker, der ikke føler sig forbundet med nogen – eller som savner*

kontakt og samvær med dem, de føler sig forbundet med(www.psykiatrifonden.dk). Der er altså tale om en dybereliggende eksistentiel følelse, som ofte må forstås i relation til det enkelte menneskes hele livssituation. Man befinder sig således i en socialt sårbar situation. Ensomhed må derfor forstås som nært beslægtet med begrebet social sårbarhed. Sociolog og professor Jørgen Elm Larsen har beskæftiget sig med begrebet social sårbarhed, social udsathed og social eksklusion og skriver, at disse begreber dækker over det samme fænomen og definerer det således:

”Kernen i begrebet social eksklusion er en ufrivillig ikke-deltagelse gennem forskellige typer af udelukkelsesmekanismer og – processer, som det ligger uden for individets og gruppens muligheder at få kontrol over. Social eksklusion drejer sig overordnet set om mennesker, som på en og samme tid er meget dårligt stillede eller ekskluderede på en række centrale levekårsområder” (Larsen, 2009, s.20).

Ensomhed og social sårbarhed må ud fra ovenstående forstås som nært beslægtede komplekse sociale fænomener. Det er derfor bemærkelsesværdigt når sygeplejersken siger; *”Så må man jo se sig om og kigge ud, men det er ikke os der skal finde på det, det er jo dem. Det er os der ligesom med coachende spørgsmål får dem til at se, hvad der er af andre muligheder”*. Heri ligger en forståelse af at ensomhed er reduceret til det enkelte menneskes vilje og perspektiv på omverdenen. Det er patienten, som bliver gjort til genstand for problemet, og de ydre sociale og strukturelle forhold tages ikke med i betragtning. Dette ville ud fra Kari Martinsens forståelse af omsorg som et relationelt begreb formentlig betyde, at livsytringerne som er til stede i mødet mellem sygeplejerske og patient svigtes? Igen et eksempel på, hvordan sygeplejerskens forståelseshorisont bevæger sig inden for et ændringsparadigme, hvor fænomenet ensomhed i sin fulde kompleksitet og ud fra ovenstående definition må forstås inden for et påvirkningsparadigme (Bovbjerg, 2010, s.168).

Eksemplet illustrerer også, hvordan de coachende spørgsmål kan forstås som en ledelsesteknologi, der styrer handle- og talerummet i en bestemt retning gennem selvledelse (Karlsen og Villadsen, 2008, s.130-133). Man kan stille sig kritisk overfor, hvordan patienten i dette tilfælde i virkeligheden oplever sig hjulpet? Den umiddelbare betragtning og hensyntagen til patienten, som et autonomt individ, der skal bidrage til forbedring af egen sundhed og livskvalitet, kan ved

nærmere analyse som her bidrage til at få øje på mulige krænkelser og måske endda eksklusion fra den hjælp og støtte, som tager hensyn til patientens hele livssituation. Samlet kan man sige, at der er tale om nogle ledelsesteknologier, som mere skjult kan være med til at uddybe den sociale ulighed i sundhed.

Nedenfor fortæller en sygeplejerske, om hvordan hun bruger coaching i forhold til patienter, som giver udtryk for, at de ikke kan så mange ting.

Informant 3:

Dem der siger; " jeg kan ingenting, ingenting", "nej okay, vil du prøve at beskrive en almindelig dag for mig. Hvordan den ser ud?" Så viser det sig rent faktisk, at de kan stå op af sengen, de kan selv blive vasket og få tøj på, de kan selv få spist. "Okay siger jeg så. Jeg sidder lige her og tænker jeg kan ingenting...hmm..." Så kan de selv høre det ikke også.

Dette er et eksempel på, hvordan sygeplejersken tager patientens ord for pålydende. En forestilling om, at vores sprog skaber virkeligheden. At når sygeplejersken gør opmærksom på, at patienten kan mere end "ingenting" vil det ændre situationen. Man kan sige, at denne forståelse hører ind under det proaktive ændringsparadigme eller den anerkendende tilgang AI i coaching. Problemforståelsen ligger her i patientens negative forhold til sin situation. K.M. ville mene, at en sådan udtalelse skulle tydes med sanselighed. Det betyder, at fra patientens perspektiv kunne en sådan udtalelse; "jeg kan ingenting" betyde, at vedkommende ikke længere kan gøre alle de ting, som er med til at give livet glæde og mening. Det som også sker her er, at sygeplejersken "fratager" patienten den særegne følelse eller oplevelse af ikke at kunne de samme ting som tidligere. En lidelsesfuld tilstand, som måske som K.M. ville mene netop kan lindres ved at blive modtaget af den anden med åbenhed og forståelse. Med K.M.'s perspektiv ville det at blive forstået kræve, at sygeplejersken stiller sig åben og gør sig umage for at prøve at tyde, hvad der bliver sagt. Sygeplejerskens udtalelse indebærer en forventning om, at patienten må lære at forholde sig til sin situation på den rigtige måde; en mere positiv måde, hvormed den negative eller for patienten belastende oplevelse vil forsvinde (Bovbjerg, 2010, s. 168). Et meget interessant

spørgsmål er, om det fra patienternes perspektiv ændrer ved oplevelsen eller lidelsen af ikke at kunne gøre de samme ting som før man blev syg ved at ændre tankemønstre? Ved at fokusere på det man kan. Eller om det nærmere opleves som en krænkelse af patientens samlede livssituation?

4.5 Konklusion på analysen

Målgruppen og frustrationer over ydre strukturelle forhold

Målgruppen i APS er af sygeplejerskerne beskrevet som mangfoldig, dog med en stor gruppe af mennesker med de såkaldte livsstilssygdomme. Sygeplejerskerne fortæller bredt, at det formentlig ikke er de patienter, som har mest brug for hjælp og støtte, som melder sig til projektet. Politologen Michael Lipskys begreb *creaming* kan give et perspektiv på, hvordan de organisatoriske instrukser i APS som aktiv tilmelding og deltagelse i udvikling af egen situation kan betyde, at de mest sårbare og udsatte mennesker overses eller ekskluderes, hvilket kan være med til at skabe og øge den eksisterende ulighed i sundhed.

Mange patienter fortæller om ydre strukturelle forhold, som det der fylder og opleves problematisk; herunder det sociale system og mødet med sundhedsvæsenet. Der ses her stor forskel på, hvordan sygeplejerskerne forstår og håndterer disse problemer i mødet med patienterne, og hvilke roller de vægter i arbejdet. Nogle sygeplejersker vægter omsorgsrollen højt. Ud fra Kari Martinsens omsorgsteori viser det, at de sygeplejersker, som har stillet sig åben overfor livsytringerne i mødet (Martinsen, 1994) har kunne bevæge sig ud over de fire indsatsområder; viden, strategier, egenomsorg og involverede aktører, og har inddraget de samfundsmæssige strukturer, som har betydning for patienternes oplevelse af egen situation, hvormed et helhedssyn bliver muligt. De lader sig ikke begrænse af styringsteknologier som mål, indsatsområder og coaching (Ringø, 2018). De har som ovenfor problemforståelser indenfor et påvirkningsparadigme, hvor det anerkendes, at det er ydre belastninger, som påvirker patienten i en negativ retning

(Bovbjerg, 2010, s.168). Dette giver mulighed for at arbejde inkluderende med mennesker, som befinder sig i sårbare situationer.

På trods af at patienterne fortæller om mange ydre forhold som problematiske er der andre sygeplejersker som fastholder en forståelse af, at det er patienternes forhold som sig til deres situation, som er problematisk. En problemforståelse som hænger sammen med sygeplejerskernes rolle som coach. En problemforståelse der opererer inden for et ændringsparadigme (Bovbjerg, 2010), hvor der ikke tages hensyn til de fysiske, psykiske og sociale belastninger den enkelte patient kan opleve. Dette kan betyde, at de patienter som befinder sig i de mest sårbare situationer, og som har svært ved at sætte sig selv og sine tanker i spil på en positiv måde risikerer at blive ekskluderet fra den fornødne hjælp og støtte, hvormed den sociale ulighed i sundhed kan uddybes yderligere. Hvis omsorgen forstået som mødet bliver et middel til at arbejde med coachende metoder, så er spørgsmålet, om det giver sygeplejersken rum for at stille sig åben, tage imod lisytringerne og handle etisk til den andens bedste? eller om hun svigter dem?

Flere sygeplejersker fortæller, at de har en stor opgave med at hjælpe patienterne med at forberede samtaler med egen læge. Nogle patienter er tilbageholdende med at kontakte egen læge – vil ikke forstyrre, er beskedne, og er usikre på, hvornår man skal reagere på forskellige symptomer. Det interessante er, at sygeplejerskerne har en forståelse af, at problemet ligger hos patienterne, som skal lære at agere i systemet på den rigtige måde. At man som patient helst skal passe ind i nutidens ideal om den selvansvarlige patient, der er velforberedt og ved, hvad man har krav på er en udvikling der mindre synligt kan være med til at øge den sociale ulighed i sundhed. I forhold til at skulle leve op til dette ideal bliver Bourdieus begreber om habitus og kapitaler relevante for at kunne forstå den enkeltes mulighedsbetingelser.

Motivation og livsstilsændringer

Det fremgår desuden af sygeplejerskernes fortællinger, at en del patienter gerne vil have hjælp til livsstilsændringer i form af ønske om vægttab, mere motion, rygestop eller undgåelse af sygehusindlæggelser.

Sygeplejersken der vægter omsorgsrollen søger gennem den sanselige praktiske kundskab og en åbenhed i mødet (Martinsen, 1994) at få en helhedsorienteret forståelse for, hvad der blokerer for patienternes livsstilsændringer. En forståelse for, at patienternes habitus og kapitaler har betydning for deres mulighedsbetingelser for at ændre på situationen. En tilgang der giver mulighed for at arbejde mere inkluderende med mennesker i sårbare situationer, og hermed også medvirkende til bekæmpelse af den sociale ulighed i sundhed.

Andre sygeplejersker fortæller, at de gennem coaching og den anerkendende tilgang løft er med til at "flytte" patienterne, og oplever det som et effektivt redskab. En tilgang som indbefatter at menneskets muligheder for handling er ubegrænsede og hænger sammen med deres tankemønstre. Det står dog i min analyse uklart, om de patienter som sygeplejerskerne oplever "rykke" sig i en positiv retning er en heterogen gruppe? Det fremgår af samtalerne med sygeplejerskerne, at de coachende metoder, som sygeplejerskerne er blevet undervist i har svært ved at rumme de patienter, som ikke formår at sætte sig selv, sine tanker og muligheder i spil på en positiv måde. Eller som ikke kan leve op til idealet om det proaktive menneske; en person der er relativ upåvirket af situationer, men forsøger at påvirke omgivelserne (Bovbjerg, 2010, s.167). Det fremgår af samtalerne, at der er patienter, som må afsluttes på denne baggrund. Indenfor et ændringsparadigme eller en selvudviklingsdiskurs forbliver eksklusionsmekanismerne mere skjulte, da det vil fremstå som patienternes eget valg, manglende vilje eller forfejlede indsats. Et fænomen som må forstås i tråd med den velfærdsstatslige udvikling, hvor dominerende neoliberale tanker indebærer fundamentalt andre opfattelser af lighed.

Nogle sygeplejersker forbinder problemet omhandlende livsstilsændringer med manglende viden og vilje til at yde. Denne problemforståelse kommer til udtryk samtidig med at sygeplejerskerne vægter rollen som vidensperson og coach. En tilgang som betyder, at nogle patienter må afsluttes. Der ses en tendens til at omsorgen som etisk praksis marginaliseres i flere af sygeplejerskernes

fortællinger. De styringsteknologiske metoder som coaching kan siges at være med til at marginalisere den praktiske erfaringsbaserede kundskab (Ringø, 2018). En udvikling som man kan reflektere kritisk over, og som kan være med til at skabe en ulighed i sundhed.

Der ses hvordan den coachende samtale fungerer som en ledelsesteknologi, der skal lede handle- og talerummet i en bestemt retning; nemlig selvansvarliggørelse. En selvansvarliggørelse som i nogle tilfælde kan komme til at fungere som en eksklusionsmekanisme, hvor patienter i sårbare og udsatte positioner kan opleve utilstrækkelighed og krænkelse.

At arbejde med mål og holde sig inden for de 4 indsatsområder

Der ses stor forskel sygeplejerskerne imellem, hvordan de vægter og oplever det at arbejde med mål og holde sig indenfor de 4 indsatsområder; viden, strategier, egenomsorg og involverede aktører. Det problematiseres og diskuteres i sygeplejegruppen i den ene region, at ikke alle patienter kan finde et mål, og at det som patienterne har behov for at tale om ikke nødvendigvis ligger indenfor de 4 indsatsområder. Der gives på denne måde udtryk for et dilemma i arbejdet, og det er et diskussionsemne i sygeplejegruppen, om patienterne skal afsluttes?

Andre sygeplejersker, i en anden region, vægter det at arbejde målstyret og at holde sig indenfor de 4 indsatsområder højt. De har lavet deres eget dokumentationsværktøj, som de gerne vil udbrede til de øvrige regioner. Der ses hvordan de styringsteknologiske metoder, som coaching og projektets mål om egenomsorg og forebyggelse af indlæggelser, i nogle tilfælde får sygeplejerskerne til at fjerne sig fra den erfaringsbaserede kundskab, da de dermed ikke samtidig kan leve op til projektets krav og rammer for arbejdet. Man kan sige, at de organisatoriske instrukser har svært ved at rumme et helhedssyn. Dette kan betyde, at patient og sygeplejerske kan komme til at arbejde med hver deres problemforståelse, og det som patienterne reelt har behov for overses eller marginaliseres. På denne måde kan det målstyrede arbejde give svære betingelser for at arbejde inkluderende, og hermed også for at bekæmpe den sociale ulighed i sundhed.

Forståelser af rollen som omsorgsperson og coach

Der har vist sig et interessant billede af, at sygeplejerskerne vægter de 2 roller som omsorgsperson og coach meget forskelligt. Der eksisterer en forestilling om, at omsorg ligger implicit i mødet uden

at det er blevet italesat, hvad omsorg er og kan bidrage med. Hvad der forstås ved omsorg er også forskelligt. Nogle sygeplejersker vægter omsorgsrollen højt, og der gives udtryk for, at omsorgen er medvirkende til at se patienterne som hele mennesker og forstå deres problemer. Forståelsen af den andens hele livssituation åbner op og inddrager det som Bourdieu betegner som menneskets habitus og kapitaler. Med denne vægtning og forståelse af omsorg bliver det muligt for sygeplejerskerne at arbejde mere inkluderende med mennesker, som befinder sig i meget sårbare situationer.

Andre sygeplejersker forbinder omsorg med det at fixe tingene for patienterne og giver udtryk for vigtigheden af ikke at komme til at passivisere og fratage patienterne ansvaret for eget liv. For dem bliver omsorgen et middel til at kunne arbejde mere udviklende med de coachende metoder. Den erfaringsbaserede menneskekundskab, som Kari Martinsen har beskrevet, bliver af nogle sygeplejersker opfattet som noget mere uprofessionelt arbejde, som ikke hører ind under deres arbejdsopgaver. Det kan derfor synes som en vigtig diskussion blandt sygeplejerskerne, hvad omsorg er og kan bidrage med i mødet med patienterne. Samlet viser analysen, at de coachende metoder kan være med til at fastholde mennesker i belastende og udsatte positioner, og det kan komme til at fremstå som patienternes eget valg. Den sociale ulighed i sundhed kan herved mindre tydeligt reproducere sig selv.

5 Nye erkendelser og refleksion

Dette speciales tilblivelse har været en proces, hvor jeg løbende har fået nye erkendelser. På baggrund af min empiri begyndte jeg at fordybe mig i Bourdieus begreber, og jeg fik herved en dybere forståelse for menneskers handlingsmønstre. Jeg er løbende gennem læsning af litteratur, vejledning og refleksion blevet klar over, hvordan det sociale arbejde i kraft af omsorgen, som et relationelt begreb, kan forstås ind i sygeplejen og det sundhedsfaglige felt. At omsorgen, forstået som mødet og relationen, er essentiel for at kunne anlægge et helhedssyn er for mig en erkendelse, som jeg ikke før har været mig helt bevidst. Min forforståelse om, at de

sundhedsprofessionelle sygeplejersker besidder mere snævre problemforståelser har jeg fået nuanceret. Måske handler det ikke så meget om profession, men nærmere om, de kontekstuelle logikker, og hvordan vi møder det andet menneske? Om den erfaringsbaserede menneskekundskab? Selv om sygeplejerskerne har gennemgået det samme uddannelsesprogram, kan der konkluderes stor forskel på sygeplejerskernes betydning og vægtning af de 3 roller som vidensperson, omsorgsperson og coach og hermed også deres problemforståelser. Dette er for mig en interessant erkendelse, der kan lede mig til at spørge; Hvor stor betydning har sygeplejerskernes egen habitus i mødet med patienterne og hermed også for deres problemforståelser?

Litteraturliste

Bovbjerg, Kirsten Marie (2010): Det proaktive menneskes lidelser – nye patologier i arbejdslivet, I: Brinkmann, Svend (red.): Det diagnosticerede liv – sygdom uden grænser, Forlaget Klim.

Dansk Sygeplejeråd (2014): De Sygeplejeetiske retningslinjer, Sygeplejeetisk Råd.

Diderichsen, Finn (2011): Ulighed i sundhed, i: Lund, Rikke m.fl.; Medicinsk sociologi, Munksgaard.

Ejrnæs, Morten (2008): Teorier på forskellige niveauer som forudsætning for at forstå og forklare sociale problemer (kap.3) i: Helhedssyn og forklaring, Akademisk Forlag.

Frederiksen, Morten (2018); Kapitel 3 – Design, i; Olesen, S.P. og Monrad, M.: Forskningsmetode i socialt arbejde, Hans Reitzels Forlag.

Harder, Margit (2011): Helhedssyn – et begrebs udvikling, i: Harder, Margit og Nissen, Maria Appel: Helhedssyn i socialt arbejde, Akademisk forlag.

Hede, Anders m.fl. – Nyhedernes Tænketaank Mandagmorgen (2006): Er sundhed et personligt valg? – et debatoplæg om forebyggelse i Danmark, Trygfonden.

Hutchinson, G.S. og Olteidal, S. (2006): Modeller I social arbejde, Hans Reitzels Forlag.

Jensen, Per H & Prieur, Annick (2015):Menneskesyn I social-og kriminalpolitik i USA og Danmark, i M. Harder & M. A. Nissen (red) Socialt arbejde i en foranderlig verden, Akademisk Forlag.

Jensen, Anders Fogh (2009): Projektmennesket, Aarhus Universitetsforlag.

Jensen, Anders Fogh (2009): Projektsamfundet, Aarhus Universitetsforlag.

Jepsen, Birgitte m.fl.(2010): Coaching i organisationer, Academica.

Jensen B.B. (2000): Handlekompetence, sundhedsbegreber og sundhedsviden, I : Lise Hounsgaard og John Juul Eriksen (red.) : Læring i sundhedsvæsenet, Kbh., Munksgaard.

Järvinen, Margaretha og Mik Meyer, Nanna (2012): kap. 1: At skabe en professionel - i: At skabe en professionel – Ansvar og autonomi i velfærdsstaten, Hans Reitzels Forlag

Juul, Søren (2012); Hermeneutik, i; Juul, Søren og Pedersen, Kirsten B. (red.): Samfundsvidenskabernes videnskabsteori – En indføring, Hans Reitzels Forlag.

Jørgensen, Carsten René (2012): kap.2; Et psykologisk perspektiv på Danmark og danskerne i det senmoderne, i; Danmark på briksen, Hans Reitzels Forlag.

Karlsen, Mads Peter og Villadsen, Kasper (2008): Hvor skal talen komme fra? Dialogen som omsiggribende ledelsesteknologi – I: Sløk, Camilla og Villadsen, Kaspar: Velfærdsledelse i den selvstyrende velfærdsstat, Hans Reitzels Forlag.

Kjeldsen, Susanne Bloch: Sygeplejens ydmyge helte, Sygeplejersken 2016 nr. 11, Dansk Sygeplejeråd.

Larsen, Jørgen Elm (2009): Forståelser af begrebet social udsathed, i: Udsat for forståelse – antologi om socialt udsatte. Rådet for Socialt Udsatte.

Lehn-Christiansen m.fl. (2016): Ulighed i sundhed – Ny humanistiske og samfundsvidenskabelige perspektiver, Frydenlund Academic.

Lipsky, M. (2010): Street-level-bureaucracy. Dilemmas of the individual in public services, The Russel Sage Foundation, New York.

Martinsen, Kari (1994): Fra Marx til Løgstrup – om etik og sanselighed i sygeplejen, Munksgaard.

Moltke, Hanne V. og Molly, Asbjørn red. (2009): Systemisk coaching – en grundbog, Dansk psykologisk forlag (E-bog - sidetal er angivet i %).

Munch, Ina (2013): Kulturelle sundheds- og sygdomsopfattelser, i: Niklasson, Gritt(red.): Sundhed, menneske og samfund, samfundslitteratur.

Nielsen, J.C. Ry og Repstad, P. (1993): Fra nærhet til distance og tilbake igjen – Om å analysere sin egen organisasjon, i: Nielsen, J.C. Ry: Anderledes tanker om livet i organisationer, Nyt fra samfundsvidenskabernes.

Olesen, Søren Peter og Monrad, Merete (2018); Forskningsmetode i socialt arbejde, Hans Reitzels Forlag.

Ringø, Pia (2018): At have indsigt i menneskets liv – en situationel forståelse i socialt arbejde, i: Nissen m.fl. (red.): Menneskesyn i socialt arbejde – om udviklingen af det produktive menneske, Akademisk Forlag.

Prieur, Annick (2006): Pierre Bourdieu – en introduktion, Hans Reitzels Forlag.

Tanggaard, Lene og Brinkmann, Svend (2015): Kap. 1; Interviewet - Samtalen som forskningsmetode, Kap. 22; Brinkmann, Svend; Etik i en kvalitativ verden, i: Tanggaard, Lene og Brinkmann, Svend; Kvalitative metoder – en grundbog, Hans Reitzels Forlag.

Vallgård, Signild (2009): Sundhedspolitik i de skandinaviske lande, i: Glasdam red.: Folkesundhed i et kritisk perspektiv, Dansk Sygeplejeråd og Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.

Rapporter:

Diderichsen, Finn m.fl. (2011): Ulighed i sundhed – årsager og indsatser. Udarbejdet for Sundhedsstyrelsen.

Regeringen (2014): Sundere liv for alle. Nationale mål for danskernes sundhed de næste 10 år.

Regeringen (2014): Jo før jo bedre – Tidlig diagnose, bedre behandling og flere gode leveår for alle.

Rosendahl J., H.A. m.fl. (2018): Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2017, Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen (2011): Social ulighed i sundhed – Hvad kan kommunen gøre?

Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet for Sundhedsstyrelsen, marts 2013 – Social ulighed i dødelighed i Danmark gennem 25 år – betydningen af rygning og alkohol.

Velfærdskommissionen (2005): Fremtidens velfærd – vores valg.

Hjemmesider:

Fundet d. 5/2-19 på <https://www.regionh.dk/aktivpatientstoette/Sider/default.aspx>

Fundet d. 10/4-19 på <https://www.psykiatrifonden.dk/>

Bilag:

Bilag 1 Projektplan for Aktiv Patientstøtte (Region Nordjylland, 2017)

Bilag 2 Aktiv Patientstøtte – DRG-konference 2017 hentet d.8/2-19 fra:

<https://www.regionh.dk/aktivpatientstoette/konference/PublishingImages/Sider/default/En%20ny%20indsats%20i%20sundhedsv%C3%A6senet%20v.%20Anne%20Hvenegaard.pdf>

Bilag 3 Nye typer af dialoger i sundhedsvæsenet, Konference om Aktiv Patientstøtte 21.November 2018 - hentet d.8/2-19 fra:

<https://www.regionh.dk/aktivpatientstoette/konference/PublishingImages/Sider/default/Nye%20typer%20af%20dialoger%20i%20sundhedsv%C3%A6senet%20v.%20Jacob%20S%C3%B8nderskov.pdf>

Bilag 4 Aktiv Patientstøtte – Et paradigmeskifte i Sundhedsvæsenet, Konference, 21.November, 2018 – hentet d.8/2-19 fra:

<https://www.regionh.dk/aktivpatientstoette/konference/Documents/Konferenceavis%20Aktiv%20Patientst%C3%B8tte%202018.pdf>

Bilag 5 Interview-guide – Interview med sygeplejersker i Aktiv Patientstøtte.

