

SPECIALE PÅ KANDIDATUDDANNELSEN I SOCIALT ARBEJDE  
INSTITUT FOR SOCIOLOGI OG SOCIALT ARBEJDE

# ULIGHED I SUNDHED

---

En empirisk undersøgelse af mødet mellem sygeplejersker  
og socialt udsatte misbrugere i hospitalsvæsenet

UDARBEJDET AF:

Trine Musak Kristoffersen,  
20162091

VEJLEDER:

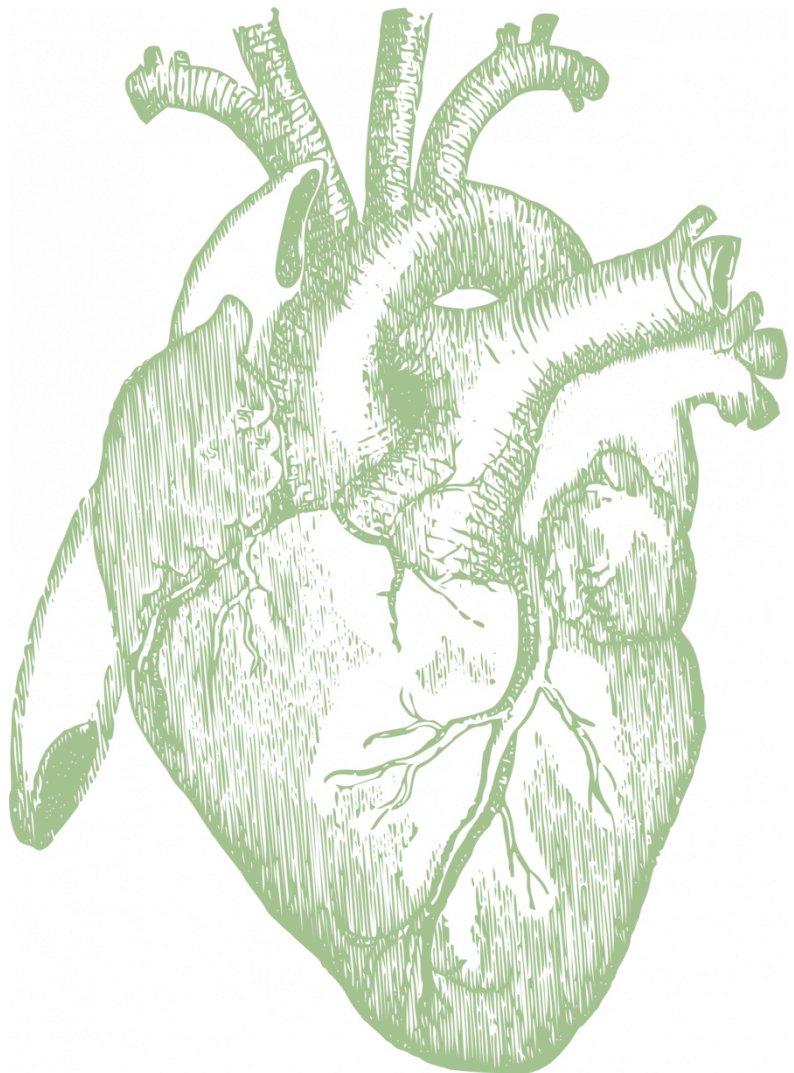
Morten Frederiksen

ANTAL ANSLAG:

165.288



KØBENHAVN, EFTERÅR 2019  
**AALBORG UNIVERSITET**



## Abstract

The current thesis has been written with the objective of examining the dynamics between the health care work- and social work in the encounter between nurses and socially vulnerable addicts in the Danish health care system. The topic is identified from a curiosity as to why socially vulnerable addicts may not receive the same experience as others when meeting the Danish health care system.

Building upon a case study design, the current thesis examines an exemplary department that has been identified from its focus and experience with working with socially vulnerable patients. Throughout the examination the thesis applies the methodology of ethnographic fieldwork by looking at the human interaction that occurs on microlevel in the social work between nurses and patients. By adopting an inductive approach, the current thesis applies a theoretical lens from Arlie Hochschild, Kari Wærness, Kari Martinsen and Erving Goffman to analyze and interpret the field work observations. First, Hochschild's theory on emotional labour as well as Wærness' and Martinsen's theory on caregiving and trust has been applied to examine how nurses perform social laboring in their encounter with socially vulnerable addicts. Secondly, Goffman's theory of stigma is applied to examine how socially vulnerable addicts are potentially stigmatized in the Danish healthcare system; where in the organization the stigmatization occurs as well as which consequences the stigmatization may have on treatment of socially vulnerable addicts.

From the analysis the thesis concludes that the nurses are focused on providing caregiving and maintaining trust in the relationship with their patients, who have problems with addiction. This type of social work is performed through strategies of emotional labour, which has the objective of keeping the patient within the property of the hospital in order to perform the physical health care needed. Hence, the thesis points at a paradoxical finding when nurses are compromising the health care work, in order to keep the good relation as part of their social work. From these observations the thesis concludes that the meeting between nurses and socially vulnerable patients is highly complex – even when observed in exemplary sceneries.

## Indholdsfortegnelse

|                                                                         |    |
|-------------------------------------------------------------------------|----|
| Abstract.....                                                           | 2  |
| Indledning .....                                                        | 1  |
| Problemformulering.....                                                 | 3  |
| Problemfelt .....                                                       | 4  |
| Specialets problemfelt som socialt problem .....                        | 4  |
| Eksisterende forskning .....                                            | 6  |
| Videnskabsteori, undersøgelsesdesign og metode .....                    | 9  |
| Videnskabsteoretisk position .....                                      | 9  |
| <i>Interaktionismen</i> .....                                           | 9  |
| Casestudie .....                                                        | 10 |
| <i>Kriterier og adgang til case</i> .....                               | 11 |
| <i>Præsentation af case</i> .....                                       | 12 |
| Metode.....                                                             | 12 |
| <i>Feltarbejde</i> .....                                                | 12 |
| <i>Etnometodologi – en interaktionistisk tilgang</i> .....              | 15 |
| Etiske overvejelser .....                                               | 16 |
| Analysestrategi og teori.....                                           | 18 |
| Analysestrategi.....                                                    | 18 |
| Teori .....                                                             | 19 |
| <i>Det interaktionistiske perspektiv i socialt arbejde</i> .....        | 19 |
| <i>Kari Martinsen: Tillid</i> .....                                     | 19 |
| <i>Kari Wærness: Omsorgsarbejde</i> .....                               | 20 |
| <i>Arlie Hochschild: Emotional labour</i> .....                         | 21 |
| <i>Erving Goffman: Stempling</i> .....                                  | 22 |
| Analyse.....                                                            | 24 |
| Kendetegn ved de socialt udsatte misbrugere samt sygeplejerskerne ..... | 24 |
| <i>Socialt udsatte misbrugeres kendetegn</i> .....                      | 24 |
| <i>Sygeplejerskernes kendetegn</i> .....                                | 31 |
| <i>Delkonklusion</i> .....                                              | 42 |
| Sygeplejerskernes møde med de socialt udsatte misbrugere.....           | 43 |
| <i>Det relationelle</i> .....                                           | 43 |
| <i>Omsorgsarbejde</i> .....                                             | 48 |
| <i>Delkonklusion</i> .....                                              | 55 |
| Konsekvensen af det interaktionistiske møde .....                       | 57 |
| <i>Stempling</i> .....                                                  | 57 |
| <i>Konsekvens af stempling</i> .....                                    | 61 |
| <i>Delkonklusion</i> .....                                              | 66 |
| Konklusion.....                                                         | 67 |
| Diskussion .....                                                        | 69 |
| Diskussion af konklusion .....                                          | 69 |
| Diskussion af metode .....                                              | 71 |
| <i>Troværdighed</i> .....                                               | 71 |
| <i>Pålidelighed</i> .....                                               | 72 |
| <i>Generaliserbarhed</i> .....                                          | 73 |
| Litteraturliste .....                                                   | 74 |

## Indledning

*”Læger, sygeplejersker og sosu-assistenten vil selvfølgelig altid det bedste for patienterne. Men vi har brug for mere viden om, hvorfor mennesker, der er ressourcesvage både økonomisk og socialt, ofte ikke får det samme udbytte af sundhedsvæsenet som andre.”*

(Dansk Sygeplejeråd 2018)

Undersøgelser viser, at socialt udsatte og særligt mennesker med alkoholmisbrug, stofmisbrug, sindslidende og hjemløse har markant dårligere sundhed, sygelighed og trivsel og generelt har mere kontakt til hospitalsvæsenet end den generelle befolkning (Ahlmark et al. 2018:73, 91, 113, Juel et al. 2010:44). Denne gruppe mennesker ønsker at forbedre deres helbred, men deres tillid til sundhedsvæsenet er meget lille (Pedersen 2009:37-49, Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen 2012:13, 36), og trods den hyppige kontakt oplever socialt udsatte mange alvorlige negative oplevelser i mødet med hospitalsvæsenet. I rapporten ”Socialt udsattes møde med sundhedsvæsenet” (2018) ses det, at socialt udsatte oplever situationer, hvor de blandt andet udsættes for stereotypificering, stigmatisering og diskrimination. Ydermere føler de sig ignoreret af personalet, føler at de ikke bliver undersøgt grundigt nok, at de ikke bliver taget alvorligt, samt at de ikke føler sig lyttet til (Pedersen 2018:84-85). Mange føler også, at de bliver set ned på, mødt med en nedværdigende og nedladende tone og bliver set som ’misbruger’ eller ’hjemløs’ frem for patient. De socialt udsatte føler sig anderledes end ’den almindelige patient’, hvilket medfører en oplevelse af mindre imødekommenhed samt en negativ omgangstone fra sundhedspersonalets side (Pedersen 2009:43-49). De nævnte problematikker kan være en del af forklaringen på, hvorfor nogle ressourcesvage mennesker eller socialt udsatte ikke får samme udbytte af sundhedsvæsenet. Nærværende speciale vil give et andet besyv på selvsamme problem.

De negative oplevelser i mødet med hospitalsvæsenet står desuden særligt i kontrast til den landsdækkende undersøgelse af patientoplevelser i somatikken, hvor 74-91% af patienterne i meget høj grad eller i høj grad er tilfredse med pleje, behandling og indlæggelse (Kompetencecenter for Patientoplevelser 2019:5). Det viser sig også, at forskelle i social kapital kan medføre forskelsbehandling og ulige vilkår i sundhedssystemet (Greve 2016:44).

Grundet socialt udsattes sociale situation har de ofte i højere grad brug for hjælp i mødet med sundhedsvæsenet, og dette stiller selvsagt særlige krav til sundhedspersonalets indsats i forhold til denne gruppe mennesker (Greve 2016:44, Mammen 2018). De socialt udsatte oplever selv, at en god relation og måden hvorpå personalet på hospitalerne håndterer dem, har stor betydning for mødet med hospitalsvæsenet. Dansk Sygeplejeråd og klinisk oversygeplejerske Marianne Gunst-Møller fra Alkoholenheden i Region Hovedstaden mener dog, at den almindelige sygeplejerske mangler faglig viden om de socialt udsatte, at ikke alle sygeplejersker har tilstrækkelige faglige kompetencer til at give den rette hjælp, og at sygeplejersker lader sine fordomme gå forud for professionalismen (Kjeldsen 2007, Mammen 2018). Rådet for Socialt Udsatte tilslutter sig dette og mener også, at socialt udsattes møde med sundhedsvæsenet ikke altid håndteres optimalt (Rådet for Socialt udsatte 2019a). Ifølge rapporten "Socialt udsattes møde med sundhedsvæsenet" står det beskrevet, at et væsentligt aspekt ved sygeplejerskers arbejde i mødet med de socialt udsatte er deres omsorgs- og relationsarbejde. Dette arbejde indebærer blandt andet at lytte til de socialt udsatte og tage dem alvorligt, tage udgangspunkt i deres ønsker, være tilgængelig og yde generel omsorg og støtte. Desuden handler det også om at udvise tålmodighed og fleksibilitet og om at tilpasse sig de socialt udsattes situation. Ifølge rapporten er dette arbejde en forudsætning for at arbejde med borgerens sundhed og helbred (Pedersen 2018:124). Det kan dog være vanskeligt og fyldt med udfordringer at håndtere og yde god pleje til de socialt udsatte i sundhedsvæsenet (Henderson et al. 2008, Pedersen 2018), og dette vil også komme til udtryk gennem nærværende speciale.

Ovenstående har vakt en interesse for, hvordan sygeplejerskerne i sundhedsvæsenet møder de socialt udsatte misbrugere i et spændingsfelt mellem det sociale og sundhedsmæssige arbejde. Nærværende speciale kan, med et udgangspunkt i et casestudie, derfor give et unik indblik i, hvorfor der kan være udfordringer i mødet mellem sygeplejerskerne og de socialt udsatte misbrugere samt give et bud på, hvorfor de ikke altid får samme udbytte af sundhedsvæsenet som andre, som ovenstående citat, fra Dansk Sygeplejeråd, efterspørger.

## Problemformulering

På baggrund af ovenstående, har jeg derfor udviklet følgende problemformulering:

*Hvordan møder sygeplejersken den socialt udsatte misbruger på en hospitalsafdeling, i et spændingsfelt mellem det sundhedsmæssige og det socialt arbejde, og hvorvidt har sygeplejerskernes sociale arbejde påvirkning på det sundhedsfaglige arbejde?*

Med henblik på yderligere konkretisering af problemformuleringen, udformer jeg følgende tre undersøgelsesspørgsmål, som hver især har til formål at belyse aspekter, der spiller ind på sygeplejerskernes egentlige møde med de socialt udsatte misbrugere:

1. Hvilke kendetegn kan identificeres i datamaterialet hos de socialt udsatte misbrugere og sygeplejerskerne, og hvad fortæller det om mødet mellem dem?
2. Hvordan yder sygeplejersken socialt arbejde i mødet med de socialt udsatte misbrugere for at sikre, at det sundhedsmæssige arbejde kan lykkes?
3. Hvordan kommer stempling af de socialt udsatte misbrugere til syne i datamaterialet, og hvilken betydning har den eventuelle stempling, sygeplejerskernes kendetegn og det sociale arbejde for det sundhedsmæssige arbejde?

I dette speciale skal 'socialt udsatte misbrugere' forstås som en sammensat gruppe af mennesker med enten et alkohol- og eller stofmisbrug, som af forskellige årsager er blevet indlagt på hospitalet. Specialets afgrænsning af socialt udsatte til socialt udsatte misbrugere er besluttet, da det ifølge forskning er denne gruppe, der særligt føler sig dårligt behandlet i sundhedsvæsenet, og at denne gruppe kan betegnes som en kompleks patientgruppe.

I besvarelsen af problemformuleringen vil jeg tilgå undersøgelsen med et perspektiv fra socialt arbejde, der baserer sig på menneskeligt samspil på mikroniveau (Jørgensen 2008:230). Derfor vil jeg fra start af se på, hvordan et møde mellem sygeplejerskerne og socialt udsatte misbrugere kan ses som et socialt problem.

## Problemfelt

### Specialets problemfelt som socialt problem

I dette afsnit vil jeg forsøge at belyse specialets relevans i forhold til det sociale arbejdes felt. Jeg vil se på, hvorfor specialets problemfelt kan ses som et socialt problem. Hvordan kan mødet mellem sygeplejersker og socialt udsatte misbrugere ses som et socialt problem, og hvilke konsekvenser kan det have, at socialt udsatte misbrugere ikke får samme udbytte af sundhedsvæsenet, når de bliver mødt med flere negative forventninger end andre patienter. Først vil jeg se på mødet i et stemplingsteoretisk perspektiv og efterfølgende ud fra et behovsteoretisk perspektiv. Indimellem vil jeg se på, hvorfor og hvordan socialt udsatte misbrugere kan være vanskelige at møde åbent og fordomsfrit i hospitalsvæsenet.

Inden for socialt arbejde kan sociale problemer defineres som forhold, som man ønsker at ændre på i samfundet. Forståelsen og forklaring af sociale problemer giver indsigt i, hvad problemerne betyder for blandt andet menneskers sociale liv, livskvalitet og identitet (Ejrnæs & Monrad 2017:53-54).

Idet socialt udsatte misbrugere kan opleve at blive stemplet, ses det relevant at se på, hvilke individuelle konsekvenser dette kan have. Inden for stemplingsteorien menes det, at sociale problemer er defineret ved samfundsmæssige reaktioner på afvigelse (Rubington & Weinberg 2011:197). Det er altså omgivelserne, for eksempel små sociale grupper eller hele samfundet, der definerer bestemte handlinger og tilstande som afvigende og dermed som et socialt problem (Ejrnæs & Monrad 2017:66-67). Stempling af en person som afviger kan presse vedkommende ud i yderligere afvigelse samt en internalisering af stemplet og personen kan dermed påtage sig en faktisk afvigeridentitet (Rubington & Weinberg 2011:197). Samtidig kan stempling påvirke den måde, vedkommende bliver behandlet på (Jacobsen & Kristiansen 2013:217). I specialets analysedel 3 vil det blive udpenslet, hvordan de socialt udsatte misbrugere bliver stemplet, og hvilken betydning det har for deres behandling.

Stempling kan have individuelle konsekvenser som for eksempel skam, selvforagt, mindreværd, depression samt ensomhed og kan samtidig være medskyldig i, at socialt udsatte misbrugere nærer en grundlæggende mistillid til sundhedsvæsenet (Jacobsen & Kristiansen 2013:224-227, Pedersen

2009:37-49). Denne mistillid gør, at de socialt udsatte misbrugere aldrig eller kun meget sjældent tager kontakt til sundhedsvæsenet og kun, hvis deres helbredsmæssige situation er så ekstrem, at de er nødsaget til det (Pedersen 2009:8). Den manglende behandling af sygdomme af både fysiske og psykiske art fører til dårlig helbredsrelateret livskvalitet og højere forekomst af sygelighed (Ahlmark et al. 2019:39-50, 93-113) samt højere dødelighed. Dødelighed og sygelighed er tæt relateret til ens position i samfundet (Iversen 2013:111) og gennemsnitsalderen for socialt udsatte mænd og kvinder er henholdsvis 19 og 17 år kortere end den forventede levetid blandt mænd og kvinder i den øvrige befolkning (Strøbæk et al. 2017:21).

Teorien om stempeling af socialt udsatte misbrugere i hospitalsvæsenet kan blive en del af forklaringen på socialt ulighed i sundhed. Befolkningens helbred er nemlig tæt forbundet med den sociale struktur i samfundet, men samtidig også forbundet med den enkeltes levekår og livsstil, som er en anden vigtig detalje i mødet med socialt udsatte misbrugere (Iversen 2013:111). Socialt udsatte misbruges helbredstilstand er generelt dårlig og stærkt knyttet til deres livsstil og livsbetingelser der farves af misbruget (Pedersen 2018:40, Pedersen 2009:21). De psykiske konsekvenser af deres dårlige helbredstilstand er blandt andet smerter, isolation og bekymringer for fremtiden (Pedersen 2018:40). Derudover kan misbrug medføre forandringer i deres personlighed, irritabilitet med aggressiv adfærd, vrangforestillinger, de kan have tendens til at lyve og/eller at tro at andre lyver eller få en følelse af uro og rastløshed - særligt i forbindelse med abstinenser eller ophør af indtagelse af det pågældende rusmiddel. Ofte er psykiatriske lidelser, som for eksempel depression, skizofreni, angst eller psykoser en tæt følgesvend enten som årsag til eller som følge af misbruget (Dansk misbrugsbehandling 2019, Psykiatrifonden 2019, Straszek 2015). Samtidig kan en gentagende oplevelse af at blive svigtet og nedgjort gennem livet påvirke socialt udsatte misbruges måde at møde andre på og troen på, at nogen vil dem det godt. Derfor kan de opføre sig anderledes, tale i en hård tone, have svært ved at vente og dermed forlade hospitalerne før tid (Pedersen 2018:85). Disse konsekvenser, livsbetingelser og adfærd kan være med til, at sygeplejersker kan føle det vanskeligt at håndtere behandlingen og plejen af den socialt udsatte misbruger (Henderson et al. 2008:1340).



Ifølge Hillgaard og Keiser kan sociale problemer også forstås ved manglende opfyldelse af en række behov og dermed defineres ved hjælp af behovsbegreb (Hillgaard & Keiser 1979:26). Ud af ovenstående vil jeg argumentere for, at socialt udsatte misbrugere oplever manglende velfærd, idet deres behov for hjælp til helbredsmæssige interventioner ikke nødvendigvis bliver opfyldt. Dette taget i betragtning af, at de bor i Danmark, hvor velfærdstanken er centralt forankret i samfundets ideal, og hvor sundhedsvæsenet har til formål at fremme befolkningens sundhed, jf. Sundhedsloven. Sundhedsloven fastslår, at der skal være plads til alle og skal desuden sikre, at sundhedsvæsenet har respekt for det enkelte menneske, dets integritet og selvbestemmelse (Sundheds- og Ældreministeriet 2019). Disse krav til sundhedsvæsenet kræver et højt etisk og fagligt niveau for blandt andet sygeplejerskerne (Skytte 2013:231), og ifølge Pedersen (2018) må man antage, at sundhedsvæsenet ikke altid lever op til de krav i forhold til behandlingen af socialt udsatte misbrugere.

Ud af ovenstående må konkluderes, at socialt udsatte misbrugere er en kompleks gruppe af patienter, og det antages, at en halv procent af den voksne danske befolkning kan karakteriseres som "svært udsatte klienter med komplekse problemer". Det vil sige, at omkring 22.000 personer i Danmark lever deres liv med forskellige kombinationer af misbrug, psykiske lidelser, hjemløshed, fængselsophold og kroniske fysiske sygdomme som daglig følgesvend. Det er derfor ikke usædvanligt at møde en socialt udsatte misbruger i hospitalsvæsenet. Statens, regionernes og kommunernes samlede nettoudgifter står til seks mia. kr. årligt i forhold til de sociale og behandlingsmæssige indsatser, der udøves over for denne gruppe mennesker i de forskellige velfærdssystemer (Benjaminsen et al. 2018:19). Det er altså dyrt for staten at behandle socialt udsatte i velfærdssystemet, og af denne grund synes det interessant, at undersøge hvordan hospitalsvæsenets sygeplejersker faktisk møder de socialt udsatte misbrugere.

### Eksisterende forskning

I dette afsnit vil jeg se på både dansk og udenlandsk forskning inden for specialets problemfelt, socialt udsatte og sundhedsvæsenet, og dermed belyse, at specialet kan ses som ny viden inden for feltet. Generelt findes et gennemgående tema i meget af den eksisterende forskning i Danmark, nemlig socialt udsatte borgeres sundhed, trivsel og dødelighed (Ahlmark et al. 2019, Ahlmark et al.

2018, Davidsen et al. 2013, Pedersen 2009, Simonsen et al. 2007, Strøbæk et al. 2017). Særligt har der været et fokus på udviklingen af sundheds- og trivselsparametre blandt socialt udsatte, og en af konklusionerne er blandt andet, at der ikke er sket nogen mærkbar forbedring de sidste mange år (Rådet for Socialt Udsatte 2019b).

Rådet for Socialt Udsatte og Statens Institut for Folkesundhed står særligt i spidsen for meget af den eksisterende forskning i Danmark og har også haft fokus på socialt udsattes brug af sundhedsvæsenet (Ahlmark et al. 2018, Juel et al. 2010, Christensen & Larsen 2012, Strøbæk et al. 2017). Den nyeste rapport herfra fokuserer på mødet mellem socialt udsatte og sundhedsvæsenet (Pedersen 2018). Rapporten bunder i kvalitative interviews af sundhedsprofessionelle og socialt udsatte borgere og viser, at nogle socialt udsatte oplever situationer i sundhedsvæsenet, hvor de føler sig stereotypificerede, stigmatiserede og diskriminerede. Rapporten bruger begrebet 'sundhedsvæsenet' som overordnet betegnelse for praktiserende læger, det somatiske hospitalsvæsen, psykiatrien og medicin (Ibid.) i modsætning til nærværende speciale, som afgrænser til hospitalsvæsenet.

Anden dansk forskning viser, at det danske sundhedsvæsen forskelsbehandler patienter, således at de svageste og mest udsatte patienter ofte får mindre hospitalshjælp end de mest veluddannede og rigeste danskere. Denne undersøgelse tager udgangspunkt i patienternes socioøkonomiske baggrund kombineret med officielle behandlingsresultater i forhold til apopleksipatienter og patienter med hjertesvigt (Geckler & Hansen 2014). Derudover har sygeplejerske Jette Joost Michaelsen (1999) undersøgt fænomenet 'vanskelige' patienter i relation til hjemmesygeplejersken og patienten. I hendes kvalitative undersøgelse fandt hun, at den 'vanskelige' patient ofte handlede om sygeplejerskerne selv frem for patienterne. De sygeplejersker, som opfattede patienter som vanskelige, var blandt andet sygeplejersker, som selv havde problemer af en eller anden art, og som ikke havde noget overskud. Derudover var hjemmesygeplejerskerne præget af omorganisering i kommunen, som gjorde, at de konstant blev stillet nye krav, og mange klagede over, at de ikke havde tid og var stressede. Det resulterede i en distance til patienterne, hvor patienternes livssituation var fraværende i sygeplejerskernes interesse, og de 'vanskelige' patienters her og nu-problemer blev ignoreret (Michaelsen 1999).

Foruden den danske forskning findes et amerikansk studie, som med afsæt i et observationsstudie på to år på en akutmodtagelse på et hospital i Californien fandt, at plejepersonalet behandlede patienter med et misbrug med en anden tone og en anden kvalitet end de patienter, som ikke havde noget misbrug. Ydermere fandt plejepersonalet det vanskeligt og havde udfordringer med at yde god behandling til patienterne med misbrug (Henderson et al. 2008).

Ud over den ovenstående eksisterende forskning findes en lang række publikationer, der har formuleret anbefalinger til, hvordan de socialt udsatte skal tilgås af de professionelle sundhedsmedarbejdere (Amtsrådsforeningen et al. 2003, Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Socialministeriet 2005, Sygeplejeetiske råd 2014). Søren Juul og Erik Riiskjær har ligeledes udarbejdet en rapport, som formulerer en række værdier, som kan udgøre et fælles sprog eller en overordnet etik for det sociale og sundhedsmæssige arbejde med social udsatte, set ud fra et anerkendelses- og dømmekrafts perspektiv (Juul & Riiskjær 2012).

Den eksisterende forskning omkring socialt udsatte og sundhedsvæsenet har således primært fokuseret på de socialt udsattes sundhed og dødelighed. Nyeste forskning på feltet har dog koncentreret sig om mødet mellem socialt udsatte og sundhedsvæsenet med afsæt i kvalitative interviews. Desuden er der en lang række anbefalinger, men en egentlig undersøgelse af hvad der sker i mødet mellem sygeplejerskerne og de socialt udsatte forekommer dog fraværende. Der ses således et videnshul, som dette speciale kan udfylde med sit fokus på mødet mellem sygeplejersker og socialt udsatte misbrugere på en hospitalsafdeling. I det følgende vil jeg klarlægge specialets tilgang til denne undersøgelse.

## Videnskabsteori, undersøgelsesdesign og metode

I følgende kapitel vil jeg med udgangspunkt i specialets problemformulering redegøre for og begrunde opgavens videnskabsteoretiske position, undersøgelsesdesign og metodiske overvejelser og konsekvenser heraf. Afsnittet afsluttes med etiske overvejelser i relation til gennemførelsen af nærværende speciale.

### Videnskabsteoretisk position

Idet specialets problemstilling vedrører menneskeligt samspil på mikroniveau og har til formål at undersøge, hvilke handlinger der udfolder sig i mødet mellem mennesker og mellem mennesker og institution, finder jeg det oplagt at positionere mig videnskabsteoretisk med udgangspunkt i et interaktionistisk perspektiv (Jørgensen 2008:230). I det følgende vil jeg redegøre for interaktionismen, samt hvilke konsekvenser dette perspektiv har for resultatet af analysen.

### Interaktionismen

Den grundlæggende mission i interaktionismen er at forstå, hvordan kollektiv mening og mønstre i en given kontekst skabes, påvirkes og afgrænses af aktørernes muligheder (Jørgensen 2008:231). I interaktionismen forstås det konkrete møde mellem sygeplejersker og socialt udsatte misbrugere som en vedvarende forhandling mellem dem og den institutionelle kontekst. Den institutionelle kontekst kan dermed siges at både begrænse og muliggøre handlinger i interaktionen (Jørgensen 2008:230). På denne baggrund vil jeg have de institutionelle rammer for øje i analysen med henblik på netop at forstå de handlingsmuligheder og begrænsninger, de skaber for forhandlingen mellem sygeplejersken og de socialt udsatte misbrugere.

Da jeg har valgt at positionere mig inden for interaktionismen, er jeg ikke optaget af at nå frem til én sandhed, men snarere at blotlægge det, som sygeplejerskerne og de socialt udsatte misbrugere selv ser som sandheden. Denne centrale præmis kan illustreres ved "Thomas-teoremet", der lyder:

*"Hvis mennesker definerer situationer som virkelige, er de virkelige, hvad angår deres konsekvenser"*

(Jørgensen 2008:236)

Denne tese understreger, hvorledes sygeplejerskernes subjektive forståelse af et givet fænomen kan få konsekvenser, da deres forestillinger om fænomenet påvirker deres handling i relation hertil. Forskellige forståelser resulterer i forskellige handlinger og dermed forskellige konsekvenser. Sygeplejerskernes handlemønstre i forhold til de socialt udsatte misbrugere kan altså siges at være påvirket af deres subjektive forståelser af den gruppe. Denne videnskabsteoretiske position resulterer i en detaljeret viden om de mikroprocesser, som sker i mødet mellem sygeplejerskerne og de socialt udsatte misbrugere.

## Casestudie

Nærværende speciale, som tager udgangspunkt i mødet mellem sygeplejersker og socialt udsatte misbrugere på en hospitalsafdeling, antager dermed, at der er sammenhæng mellem mødet og den kontekst, som mødet udfolder sig i. Det er derfor relevant at benytte casestudie som en forskningsstrategi (Antoft & Salomonsen 2007:32).

Robert Yin definerer et casestudie som en empirisk analyse, der har til formål at undersøge et samtidigt eller historisk fænomen i en social kontekst, hvor fænomenet udfolder sig (Yin 1994:13). En case vil altid repræsentere en generel sammenhæng eller repræsentere et særligt, et ekstremt eller et unikt fænomen (Antoft & Salomonsen 2007:31). I dette speciale skal casen betragtes som en case af en dansk hospitalsafdeling i sundhedsvæsenet med ofte indlagte socialt udsatte misbrugere. Sygeplejerskerne og det øvrige personale er derfor ofte i kontakt med denne gruppe patienter. En egentlig præsentation af casen forekommer i det følgende.

Nærværende casestudiet er karakteriseret ved at være teorifortolkende. Når man arbejder med teorifortolkende casestudier tager den videnskabelige fortolkning afsæt i allerede etablerede teorier. Da formålet med specialet er at generere ny empirisk viden på baggrund af teoretisk fortolkning, synes denne tilgang relevant (Antoft & Salomonsen 2007:38-39). I analysen af casestudiet bidrager teorien således til at identificere mønstre i datamaterialet. Dette vil jeg komme nærmere ind på i afsnittet om specialets analysestrategi.

## Kriterier og adgang til case

På forhånd havde jeg besluttet, at casens hospitalsafdeling skulle være en afdeling, som havde et stort flow af socialt udsatte misbrugere, det vil sige mindst tre-fire indlagt om dagen. Dette, for at sikre, at jeg fik noget ud af feltarbejdet, samtidig med at det var vigtigt, at de indlagte patienter var i en tilstand, som svarer til deres nogenlunde habituelle tilstand, altså, at patienterne for eksempel ikke var lagt i koma eller lå på operationsbordet. Derudover skulle der være en stor repræsentation af sygeplejersker, således at problemformuleringen kunne besvares. Som et sidste og vigtigt kriterie, valgte jeg at satse på en afdeling, som prioriterer de socialt udsatte misbrugere. Dette vil jeg uddybe i præsentationen af casen.

Der bliver indlagt socialt udsatte misbrugere på alle slags afdelinger i hele landet, men med udgangspunkt i mit eget faglige kendskab til sundhedsvæsenet, fremstår de medicinske sengeafsnit på hospitaler i Region Hovedstaden som dem, hvor jeg kan finde den største population af socialt udsatte misbrugere. Derudover er det et sted, hvor personalet derfor har erfaring med de socialt udsatte misbrugere. I kraft af mit job kender jeg socialsygeplejersken, som dagligt husere på afdelingen, og da jeg ved, at hun har et solidt kendskab til de øvrige medicinske afdelinger, der findes på Region Hovedstadens hospitaler, kontaktede jeg hende for at få adgang til nogle mulige kontakter. Hun satte mig i kontakt med en anden socialsygeplejerske, som så gav mig kontaktoplysninger til en afdeling, som opfyldte de kriterier, jeg havde for feltet. Efter flere ugers venten på svar fra afdelingen, som blev begrundet med travlhed, fik jeg adgang til feltet.

På trods af en unik og oplagt mulighed for at indsamle empiri på den afdeling, som jeg selv er ansat i, har jeg helt bevidst fravalgt dette. Det har jeg gjort for at undgå de klassiske problematikker, der kan opstå, når man vælger eget felt som forskningsfelt. Fordelene ved at lave casestudie på en afdeling, som jeg ikke i forvejen kender er, at jeg ikke på forhånd kender aktørerne og derfor ikke kommer til at vælge side, tage hensyn til visse personer eller er i fare for at bringe personlige referencer med i studiet (Kristiansen & Krogstrup 2015:111). Derudover er der mindre risiko for, at jeg udelader eller glemmer at stille uddybende spørgsmål i komplekse observerede situationer, samt at jeg ikke på samme måde er i stand til at forholde mig kritisk i analysen (Kragelund 2007:73).

## Præsentation af case

Jævnfør de etiske retningslinjer, som bliver uddybet i et senere afsnit, er afdelingen anonymiseret, hvorfor jeg vil præsentere casen, således at man ikke kan identificere stedet.

Det medicinske sengeafsnit består af sygeplejersker, en socialsygeplejerske, social- og sundhedsassistenter og læger. Ud over det, er der sygeplejestuderende og social- og sundheds elever. Ydermere er der en sekretær og servicemedarbejdere tilknyttet afdelingen. På afdelingen er der plads til 21 patienter fordelt på 19 stuer, hvoraf 17 af dem er enestuer. I midten af en lang gang ligger et kontor, og det er her, der bliver holdt morgentavlemøde med læger og sygeplejersker. Personalet bliver ved hver af de tre daglige vagtskift inddelt i teams af både sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og læger.

Sygeplejerskerne og social- og sundhedsassistenterne tager sig af de basale behov, som pleje, omsorg, ernæring og medicin og anden nødvendig behandling. Lægerne er derimod torvholdere på diagnose, medicinering og plan. Når personalet møder ind, læser de om deres patienter i journalerne, dispenserer og administrerer medicin og løser patientnære og administrative opgaver ad hoc., enten uden eller i samarbejde med andet plejepersonale i henhold til de retningslinjer og procedurer, som findes inden for organisationen.

Afdelingen har mange socialt udsatte misbrugere indlagt om ugen (der forefindes dog ingen egentlig statistik af dette). Dette gør dog, at afdelingen og afdelingens sygeplejersker har kendskab til og erfaring med de socialt udsatte misbrugere som patienter. Derudover ses det, at afdelingen bevidst vælger personale ud fra det kriterium, at de har lyst til at arbejde med socialt udsatte. Desuden har afdelingen en fast socialsygeplejerske, som bidrager med viden og erfaringer, kurser til personalet om socialt udsatte og generelt et bevidst fokus på de socialt udsatte på deres afdeling.

Casen kan dermed siges at være udvalgt som en *eksemplarisk case*, idet afdelingen netop er et sted, hvor de fokuserer på at gøre det godt for den socialt udsatte patientgruppe.

## Metode

### Feltarbejde

For at få adgang til de sociale processer, der udspiller sig i mødet mellem sygeplejersker og socialt udsatte misbrugere, har jeg valgt at foretage deltagerobservation på den ovenfor præsenterede

case. Metoden er stærkt inspireret af Erving Goffmans feltarbejde i forbindelse med *Asylums* (1961), hvor han netop analyserer interaktionen mellem læger og patienter på et amerikansk statshospital for sindslidende. Han observerede på afstand, hvordan interaktionen mellem de to parter tog sig ud og ønskede ingen beskrivelser af, hvordan de to parter følte eller oplevede de forskellige situationer (Goffman 1961). Denne metode er velegnet til at *give indblik i, hvordan mennesker gennem social praksis konstruerer deres verdensbillede og tilskriver mening og betydning til hændelser, handlinger og personer* (Kristiansen & Krogstrup 2015:88).

Feltarbejde som metode har gjort det muligt at iagttage interaktioner, sådan som den udfolder sig i praksis og indfange nogle af de forhold, som ellers kan være vanskelige at få frem ved hjælp af andre former for kvalitative metoder, f.eks. det ikke-italesatte, det hemmelige, det ikke-reflekterede og det kropslige, men også det man kalder tavs viden inden for bl.a. organisationsteori. Endeligt kan man med observation opdage nye og spændende ting i felten, som man ikke havde regnet med at finde (Justesen & Mik-Meyer 2010:101, Szulevycz 2015:86-87).

Helt konkret indsamlede jeg data ved at tage del i den daglige gang på afdelingen og iagttog sygeplejerskernes praksis på afdelingen og deres interaktion med de socialt udsatte misbrugere, som var indlagt. For at få indblik i sygeplejerskernes adfærd i praksis, benyttede jeg mig også af *Shadowing*. Denne specifikke form for observation har til formål at fastholde fokus på en person og følge personen i deres daglig erhverv henover en periode (Czarniawska 2007:17). Jeg fulgte altså sygeplejerskerne i deres daglige gang på afdelingen, som både indebar interaktion med andre sygeplejersker, læger, social- og sundhedsassistenter og patienter, som både var socialt udsatte og ikke socialt udsatte. Mine observationer vekslede mellem en "udefra"- og "indefra"-position. Som oftest var det dog en "udefra"-position, da jeg netop gerne ville se, hvad sygeplejerskerne gjorde og dermed ikke forstyrre dem i deres interaktion. Dog var jeg ikklædt uniform og havde skilt på, som signalerede, at jeg var sygeplejerske og havde dermed også en "indefra"-position, da jeg ikke kunne undgå at blive en del af praksis. Dette gjorde også, at jeg blendede mere ind i feltet og dermed ikke skabte for stor opmærksomhed (Czarniawska 2007:57, Justesen & Mik-Meyer 2010:101). Ifølge Linda Kragelund kan man tale om tre forskellige forskerpositioner, nemlig 'outsider', 'hybrid' og 'insider'. Denne forskerposition referer til, hvilket forhold man som forsker har til



forskningsdeltagerne og konteksten. I denne proces har jeg positioneret mig selv som 'hybrid', da jeg selv er uddannet sygeplejersker, men forsker i en kontekst, som er ukendt for mig (Kragelund 2007:72-73). Jeg har med andre ord involveret mig i den sociale kontekst, som de relevante aktører indgår i.

Nogle er de sygeplejersker og socialt udsatte misbrugere jeg observerede, indgik jeg korte uformelle samtaler med for at finde ud af, hvordan de tolkede situationerne. Ydermere indgik jeg i en uformel feltgruppesamtale med det personale, som var tilstede. Den ustrukturerede samtale opstod i personalerummet, og jeg fik lov at optage det, således at jeg kunne huske det hele. Under samtale kom der meninger og holdninger frem, som jeg fandt brugbare i forhold til specialets problemformulering, og jeg valgte derfor at transskribere dette, så jeg kunne bruge det i min analyse.

Imellem mine observationer tog jeg noter i form af nuancerede beskrivelser for at kunne huske de væsentligste begivenheder, praksissituationer og interaktioner mellem sygeplejerskerne og de socialt udsatte misbrugere. Det gjorde jeg på gangen eller på kontoret, altså ude af aktørernes synsfelt for at begrænse risikoen for, at aktørerne følte sig overvåget. Ulempen ved ikke at tage noter under observationerne var, at det kunne være vanskeligt at få alle detaljerne fra den oplevede situation med (Szulewicz 2015:92). Umiddelbart efter en endt dag på afdelingen gik jeg hjem og skrev beskrivende noter med det formål at beskrive og gengive de begivenheder, jeg observerede så detaljeret som muligt (Justesen & Mik-Meyer 2010:107, Czarniawska 2007:57). Deltagerobservation eller feltarbejde er kendetegnet ved at opsamle data gennem tilstedeværelse og drejer sig om at observere mennesker i deres egen, naturlige omgivelser (Frederiksen 2018:93, Kristiansen & Krogstrup 2015:10). I kraft af min tilstedeværelse har jeg dog været opmærksom på, at disse naturlige omgivelser altid vil medføre en ændring i den sociale organisation og de ytringer og handlinger, som menneskene producerer (Kristiansen & Krogstrup 2015:10, 89). Jeg er ligeledes opmærksom på, at min kontakt til feltet kan medføre misforståelser, da mine deltagerobservationer har været sporadiske, og min forforståelse kan påvirke resultatet af mine observationer (Kristiansen & Krogstrup 2015:68, 98). Feltarbejdet er gennemført over otte dage på både dagvagter og aftenvagter for at opnå et nuanceret billede af organisationen. Jeg har dermed arbejdet

korttidsetnografisk, og dette har forudsat, at jeg har observeret dagligdagen på afdelingen ud fra en observationsguide, som har været med til at give mine observationer retning og fokus (Szulevicz 2015:89). Som sagt skrev jeg mine feltnoter ud, umiddelbart efter en endt dag på afdelingen, til en uddybende tekst om mine subjektive tanker og refleksion over det observerede. Dette var nødvendigt, forinden empirien kunne sættes op over for teorien i analyseafsnittet. De indsamlede feltnoter vil således udgøre undersøgelsens datamateriale og være udgangspunkt for analysen.

### Etnometodologi – en interaktionistisk tilgang

For at kunne besvare specialets problemformulering finder jeg det ydermere relevant at have en etnometodologisk tilgang til observationsstudiet for øje. Etnometodologien fokuserer på den konkrete situation, hvori mening faktisk og praktisk skabes (Stax 2005:170). Mødet mellem sygeplejersker og socialt udsatte misbrugere må altså i nærværende speciale forstås som en interaktion, som finder sted ud fra den daglige rutine, som aktørerne har produceret, kombineret med deres refleksivitet, altså overvejelser over og forklaringer på, hvad de siger og gør (Ibid.). Interaktion indeholder således nogen regulariteter, som skal forstås i forhold til det at interagere (Stax 2005:169). Formålet med at anvende netop denne interaktionistiske tilgang, er at vise, at menneskers handlinger skabes i en interaktion, og denne interaktion foregår i en konkret situation i en bestemt organisatorisk ramme, her hospitalsvæsenet (Mik-Meyer & Villadsen 2007:43). Sociolog Tobias Børner Stax opstiller tre antagelser inden for denne tilgang, hvorved man kan anskue interaktioner i institutioner på. Den første antagelse handler om *den lokale orden*. Det vil sige den orden, der konstrueres og anvendes af de handlende aktører i hverdagen for at skabe konkret og praktisk mening for sig selv og for hinanden (Stax 2005:171). Den anden antagelse handler om, at de praksisser, som aktører udfører i den konkrete situation, er *situeret fornuftigt*. Det vil sige, at hvis man anskuer handlen fra det perspektiv og i den situation, hvorfra handlingen udføres, vil den fremstå som forståelig. Den tredje og sidste antagelse handler om, hvordan aktørerne i interaktionen fremstiller sig selv i *roller*. Det vil sige den måde, vi fremstiller os selv over for andre, men som ikke nødvendigvis hænger sammen med den måde, vi i bund og grund er på (Stax 2015:171). Denne tilgang og de tre antagelser vil jeg forsøge at have for øje og tage højde for i forbindelse med empiriindsamlingen og dermed trække på i analysedelen.

## Etiske overvejelser

I forbindelse med specialet har jeg både før, under og efter processen forholdt mig til forskellige etiske spørgsmål. Særligt i forbindelse med indsamling af empiri, som foregik på et hospital, hvor mennesker indlægges grundet sygdom og personlige problemstillinger, har jeg fundet de etiske overvejelser utrolig vigtige at have for øje løbende, således at personlige grænser ikke overskrides. Ifølge Svend Brinkmann (2015) er der fire etiske tommelfingerregler inden for kvalitativ forskning, som man bør overveje før og under forskningsprocessen. Disse er informeret samtykke, fortrolighed, konsekvenser og forskerrollen (Brinkmann 2015:477-479). I det følgende vil jeg belyse, hvordan jeg har haft disse fire etiske spørgsmål for øje.

Informeret samtykke indebærer ifølge Brinkmann, at forskningsdeltagerne ved, hvad de deltager i (Brinkmann 2015:477). Allerede da jeg etablerede kontakt til afdelingen, informerede jeg afdelingssygeplejersken på afdelingen, om hvad og hvordan jeg ville undersøge. Da afdelingssygeplejersken havde givet mig adgang til at observere på afdelingen, udformede jeg en seddel, hvor jeg skrev til det øvrige personale i særdeleshed sygeplejerskerne, da det var dem, jeg skulle følges med under perioden, samt lidt om mig selv og mit formål med min tilstedeværelse på afdelingen. Her gjorde jeg det klart, at man var i sin ret til at frabede sig at følges med mig, i så fald man ikke havde lyst til at medvirke i undersøgelsen. På en anden seddel skrev jeg nogenlunde det samme til patienterne og hængte det op på gangen, så det var synligt for alle. Derudover præsenterede jeg altid mig selv direkte til sygeplejerskerne og patienterne, således at jeg var sikker på, at de var indforstået med min tilstedeværelse. Desuden gjorde jeg det på begge sedler klart, at både afdeling, alle sygeplejersker og andet personale samt patienter, ville blive anonymiseret, jævnfør Brinkmanns anden tommelfingerregel, som er fortrolighed i form af anonymitet (Brinkmann 2015:478). I analysen har jeg derfor også sørget for, at ingen personlige og eller fortrolige informationer videregives i sådan form, at personer kan genkendes. Tredje og fjerde tommelfingerregel handler ifølge Brinkmann om at tage højde for de konsekvenser, der kan være for ens forskning samt det faktum, at man som forsker skal være opmærksom på, hvilken rolle man indtager i feltet (Ibid.). Jeg har forsøgt at tage højde for konsekvenserne ved hjælp af en gennemsigtig fremgangsmåde af specialet og ved at tage ansvar for mine egne værdimæssige holdninger og fordomme, som jeg uundgåeligt har i kraft af min egen baggrund som sygeplejerske.

I løbet af specialet har jeg desuden, ud over det ovenstående, forholdt mig åben overfor nye etiske spørgsmål i processen, da der uundgåeligt opstår nye undervejs.

Foruden disse tommelfingerregler har jeg selv følt mig frem til, hvad der var passende i visse situationer. Samtidig har jeg haft fokus på mine egne grænser og forsøgt at sætte mig ind i andres. Jeg har således sagt fra og gået ud af stuen for netop ikke at overskride mine egne og andres grænser, for eksempel i forbindelse med personlig hygiejne eller andre situationer, som jeg ikke følte kom mig ved og eller ikke havde betydning for specialet.

## Analysestrategi og teori

I det følgende vil jeg uddybe specialets analysestrategi samt specialets primærteorier, inden den egentlige analyse udfoldes. Det vil sige de beslutninger, som er truffet forud for selve analysen og en gennemgang af den konkrete fremgangsmåde baseret på samspillet mellem teori og empiri, og som har gjort det muligt at besvare problemformuleringen og dens underspørgsmål.

### Analysestrategi

Analysen tager selvsagt udgangspunkt i specialets tidligere udbredte problemstillinger, problemformuleringen samt datamaterialet. Formålet med analysen er at generere ny empirisk viden ved hjælp af både ateoretiske strategier og teorifortolkende strategier. Den videnskabelige tolkning vil således både tage afsæt i empirien og i begreberne fra teorien, som vil blive uddybet i teoriafsnittet. Min analyse vil altså både indeholde deskriptive fortællinger i den forstand at beskrive, hvilke udfordringer og hvilken afvigende adfærd, der kan opstå, når sygeplejersker møder socialt udsatte misbrugere på afdelingen. Derudover vil jeg fortolke sygeplejerskernes karakteristika og arbejdsmetoder i selve mødet med afsæt i den valgte teori, som uddydes nedenfor. Dermed er både teori og empiri udgangspunktet for dette speciale og dets analyse.

Mine analysestrategi har således haft et induktivt udgangspunkt. En induktiv analysestrategi tager udgangspunkt i det observerede (Olesen & Monrad 2018:18) og efter nedfældede feltnoter, har jeg ved hjælp af kodning og begrebsdannelser fundet teori, som harmonerer med empiriens niveau og perspektiv. Denne induktive analysestrategi gjorde det efterfølgende muligt at fortolke, hvad der egentlig sker i mødet mellem sygeplejerskerne og de socialt udsatte misbrugere på den pågældende afdeling.

Analysearbejdet bestod helt konkret af tre dele: 1. at adskille empirien og opdele tingene ad i deres bestanddele, 2. at udvælge temaer fra empirien for slutteligt 3. at foretage den egentlige analyse. For at få overblik over og indfange temaerne i empirien, anvendte jeg som sagt en induktiv skematisk kodning, idet jeg læste empirien igennem med en åben tilgang og tilføjede korte noter om tekstens indhold. Herefter gennemlæste jeg igen både empiri og de korte noter om tekstens indhold og fandt således syv temaer i empirien. Ud af de syv temaer udvalgte jeg tre temaer og fandt teori, som forekom oplagte i samspil med hinanden.

Specialets teorier tager således udgangspunkt i empirien og udgøres af Kari Martinsens og Kari Wærness' omsorgsteori inden for det interaktionistiske perspektiv, Arlie Hochschilds teori om *Emotional labour* og Erving Goffmans teori om stempling. Disse perspektiver harmonerer således bedst i forhold til empirien, og disse teorier er således udvalgt som specialets primærteorier. Alle fire teorier befinder sig på mikroniveau, hvor der netop fokuseres på interaktionen mellem mennesker og mellem mennesker og institutioner. Der er således tale om komplementære teorier, da de *ser* forskellige aspekter af en given problemstilling. Der vil derudover forekomme dele af andre teorier løbende i analysen for at underbygge pointer. Primærteorierne vil blive uddybet i det følgende.

## Teori

### Det interaktionistiske perspektiv i socialt arbejde

Inden for det interaktionistiske perspektiv interesserer man sig for, hvordan mennesker skaber deres sociale orden gennem social samhandlen på mikroniveau. Samspillet mellem mennesker og opretholdelse af den *gode relation* er centralt, og menneskers egen tolkning og forståelse af situationen er særligt i fokus (Hutchinson & Olteidal 2006:89-91). Jeg vil argumentere for, at de nedenfor beskrevne teorier bevæger sig inden for det interaktionistiske perspektiv, da de alle har samspillet og relationen mellem mennesker i fokus.

I det følgende vil jeg kort præsentere Kari Martinsens teori om tillid i relationen og Kari Wærness teori om omsorg. Herefter vil jeg præsentere Arlie Hochschilds teori om Emotional labour og Erving Goffmans stemplingsteori.

### Kari Martinsen: Tillid

En af de helt centrale omsorgsteoretikere er den norske sygeplejeforsker Kari Martinsen, som er stærkt inspireret af den danske filosof og teolog K.E. Løgstrup. Martinsen kæder sygeplejen sammen med en omsorgsfilosofi, hvor det faglige skøn, sanserne og tilliden mellem patient og sygeplejerske må ses som det bærende. I nærværende speciale vil jeg tage udgangspunkt i hendes forståelse af tillid i en omsorgsrelation mellem sygeplejersken og patienten.

Martinsen beskriver tillid til hinanden som noget fundamentalt og bærende. Tilliden er ydermere et interaktivt og etisk fænomen, og det er centralt i sygeplejerskens omsorg (Martinsen 2006:144). Tillid beskrives som et uundværlighedsfænomen, der hører til dagliglivet. Normalt vil vi møde hinanden med tillid og ikke på forhånd tro, at et andet menneske lyver. Det gør vi først efter at have grebet personen i det. Ifølge Martinsen var menneskets liv blevet *forkrøblet*, såfremt vi mødte hinanden med mistillid (Martinsen 2006:150-151).

At vise tillid til hinanden betyder at udlevere sig selv for at blive imødekommet, og den er således elementær i enhver samtale og i menneskets holdninger til hinanden. Det er derefter sygeplejerskens opgave at tage vare på den, som udleverer noget af sig selv til hende/ham og dermed ikke nedbryde tillidsforholdet. Tilliden kan nedbrydes, såfremt sygeplejersken stiller sig ligegyldig over for patienten, hvis hun latterliggør patienten, eller hvis hun misbruger den information, som samtalen giver. At tage imod patientens udleverethed har at gøre med kvaliteter, som udvikles i relationen, og det er således et spørgsmål om at blive hinandens tillid værdig. Det gøres ved at vise oprigtig interesse for patienten (Martinsen 2006:152-153).

Martinsen argumenterer desuden for, at hvis sygeplejersken skal være tillid værdig, må hun arbejde autoritetsstruktureret med svag paternalisme (Martinsen 2006:153-156). Denne del vil jeg ikke komme nærmere ind på, men Martinsens syn på tillid og opretholdelse af denne vil gå igen igennem analysen.

### Kari Wærness: Omsorgsarbejde

Den norske sociolog Kari Wærness har blandt andet bidraget med forskning inden for omsorg og omsorgsarbejde (Wærness 1982). Hendes intention med sin forskning har været at forstå den offentlige omsorg i relation til konteksten og ikke i forhold til hjemlig omsorg (Dybbroe 2006:71). Ifølge Wærness opstår omsorg i en relation mellem (mindst) to mennesker. Den ene yder omsorg, den anden tager imod. Omsorgsudøveren udviser bekymring, betænksomhed, kærlighed eller hengivenhed over for modtageren (Wærness 1982:20). Wærness beskriver omsorg som:

*"Den som trenger omsorg, er dyrebar for den som utøver omsorg, og når denne lider, vil utøveren lide sammen med og sørge for å lindre smerten eller ubehaget."*

(Wærness 1982:20)

I velfærdsstatens organisering ser Wærness omsorgsarbejde som noget, der indebærer en forpligtigelse til på samfundsniveau at opspore menneskelige behov samt hjælpe og prioritere disse. På institutionelt og individniveau må omsorgsudøveren tage udgangspunkt i det andet menneskes omsorgsbehov konkret og situeret, det som hun kalder for 'her og nu-situationer'. Formålet er at øge omsorgsmottagerens velbefindende, velfærd og selvhjulpethed (Dybbroe 2006:71). I specialet vil jeg tage udgangspunkt i det institutionelle og det individuelle niveau og dermed ikke omsorg på samfundsniveau.

Et omsorgsarbejde må ifølge Wærness relatere sig til 'her og nu-situationer' samt til omsorgsmottagerens livsytringer (Dybbroe 2006:72). Sommetider ved mottageren ikke selv hvilke slags hjælp, der er behov for og derfor må omsorgsudøveren være i stand til at aflæse ønsker og behov, selvom de ikke udtrykkes direkte (Wærness 1989:27). Det er særligt denne del af Wærness' syn på omsorg, som er relevant for analysen, da jeg vil se på, hvilket socialt arbejde sygeplejerskerne udfører i mødet med de socialt udsatte misbrugere.

Både Kari Wærness og Kari Martinsens teorier vil således blive brugt i analysen til at se på, hvilket socialt arbejde sygeplejerskerne udfører i mødet med de socialt udsatte misbrugere.

### Arlie Hochschild: Emotional labour

Inden for emotionssociologien er den amerikanske sociolog Arlie R. Hochschild en af de mest centrale. Hendes forskning handler primært om, hvordan vi skal forstå følelser i forhold til både individuelle og samfundsmæssige problemer. Hochschild fokuserer først og fremmest på det, som hun kalder 'følelsesarbejde': om hvordan mennesker håndterer deres følelser i sociale situationer. Hochschild mener, at alle mennesker på en eller anden måde udfører følelsesarbejde i deres hverdagsliv – både privat og i deres arbejdsliv. Der er dog en afgørende forskel mellem følelsesarbejdet privat og på arbejdet (Engdahl & Jacobsen 2014:404).

Hochschild opstiller to former for følelsesarbejde: 'Brugsværddi og følelsesarbejde', som henviser til det arbejde vi udfører, når vi håndterer følelser i vores privatliv. Den anden form kaldes



'følelsesarbejde med bytteværdi', som er det arbejde, vi udfører, når vi håndterer følelser i vores arbejdsliv og modtager betaling for det i form af løn (Hochschild 1983:7). For at kunne kalde følelsesarbejde for 'følelsesarbejde med bytteværdi', må tre kriterier være opfyldt. Det være sig 1. en ansigt-til-ansigt-relation, 2. en skabelse af en form for følelse i en anden person, eksempelvis en følelse af tryghed eller taknemlighed og 3. en arbejdsgivers kontrol af den ansattes emotionalitet gennem træning, vejledning eller overvågning (Hochschild 1983:147). Et eksempel på 'følelsesarbejde med bytteværdi' er det arbejde, som stewardesser udfører. Stewardessernes smilende adfærd er nøglen til en vellykket interaktion med passagerene (Engdahl & Jacobsen 2014:406-407).

Ydermere taler Hochschild om en kynisk optræden i termer af 'overfladespil' og 'dybdespil'. Ifølge Hochschild spiller vi alle sammen en form for roller, og indimellem spiller vi med overfladen af os selv. Derigennem forsøger mennesket at forandre, hvordan det opfattes udefra af andre. Denne handling er udelukkende begrænset til vores kropssprog. Andre gange agerer vi fra dybet af os selv. Mennesket forsøger spontant at fremvise en følelse, som er selvforvoldt, og som handler om at udvise den rette følelse af eksempelvis empati i en situation, der fordrer det. Det handler altså om, at modificere sine følelser for at få dem til at passe til den forventede optræden. De to *spil* skal ses som to forskellige dramaturgiske teknikker, som begge er 'falske' i en følelsesmæssig forstand, som mennesket anvender for at optræde i overensstemmelse med deres rolle (Hochschild 1983:35-42).

Hochschilds teori om Emotional labour vil blive brugt i analysen til at beskrive, hvilket følelsesarbejde sygeplejerskerne udfører i mødet med de socialt udsatte misbrugere. Desuden vil denne teori binde de tre analysedele sammen.

### Erving Goffman: Stempling

Den canadisk-amerikanske sociolog Erving Goffman interesserede sig for menneskers almindelige hverdagsliv samt den sociale interaktion, som fandt sted mellem stigmatiserede og såkaldt 'normale' mennesker. Goffman besad en evne til at trænge om bag det tilsyneladende trivielle facade og sætte ord på en mangfoldighed af oplevelser fra menneskers almindelig hverdagsliv, som man ellers sjældent lægger mærke til (Jacobsen & Kristiansen 2014:7). Med hans forskning ønskede

han blandt andet at forstå, hvordan stigmatisering opstår og belyse, hvordan de processer ser ud, som producerer en stigmatiseret person (Jacobsen & Kristiansen 2014:19-20).

Ifølge Goffman opstiller samfundet nogle måder at inddele mennesker i kategorier, som beslutter, hvilke egenskaber der skal opfattes som sædvanlige og naturlige for hver af de kategorier. Når vi stifter bekendtskab med et menneske, vil vi sandsynligvis, på baggrund af umiddelbar udseende eller diagnose, være i stand til at forudsige, hvilken kategori han eller hun tilhører, samt hvilke egenskaber han eller hun besidder. De første indtryk vi får, omformer vi til normative forventninger, og det er det Goffman kalder for *den tilsyneladende sociale identitet*. Derimod henviser Goffman til *den faktiske sociale identitet*, som den kategori, som han eller hun rent faktisk kan henvises til, samt de egenskaber han eller hun rent faktisk kan påvises at besidde. Såfremt der er diskrepans mellem den tilsyneladende og den faktiske sociale identitet, opstår der ifølge Goffman et stempel af en person. Dette stempel kan på den måde tillægge personen et stigma, som kan reducere den enkelte til et nedvurderet menneske (Goffman 2014:43-44). Stigmatisering skal således forstås som noget, der finder sted i sociale situationer, hvor en persons stigma påvirker den måde, vedkommende bliver behandlet på (Jacobsen & Kristiansen 2013:217).

Ud fra ovenstående, vil jeg være opmærksom på, at jeg anvender begrebet stigma, som en uoverensstemmelse mellem individets tilsyneladende sociale identitet og den faktisk sociale identitet, trods den faktor, at jeg ikke ønsker at undersøge de socialt udsatte misbruges eget perspektiv. Det vil sige, at jeg i analysen kun har en formodning om, at sygeplejerskerne tillægger denne gruppe patienter en tilsyneladende social identitet, idet jeg ikke får indblik i gruppens faktiske sociale identitet. I analysen vil jeg benytte Goffmans stemplingsteori til at se, hvor i organisationen den socialt udsatte misbruger bliver stemplet, og hvilken betydning dette stempel har for mødet mellem dem og sygeplejerskerne samt behandlingen af dem.

## Analyse

I følgende analyser vil jeg besvare specialets problemformulering ud fra de tre underspørgsmål.

I første analyse undersøges de socialt udsatte misbrugere og sygeplejerskernes kendetegn med henblik på at forstå hvilke to instanser der mødes.

I den efterfølgende analyse vil jeg undersøge hvilket socialt arbejde sygeplejerskerne udfører i mødet med de socialt udsatte misbrugere. I tredje og sidste analyse undersøges hvordan stempeling kommer til udtryk og hvilken betydning en eventuel stempeling, sygeplejerskernes kendetegn og deres sociale arbejde kan have for det sundhedsmæssige arbejde.

### Kendetegn ved de socialt udsatte misbrugere samt sygeplejerskerne

Jeg vil her identificere hvilke kendetegn, der kan identificeres i empirien, samt hvad disse fortæller om arbejdet med og mødet mellem sygeplejerskerne og de socialt udsatte misbrugere. Først vil jeg gennemgå de socialt udsatte misbrugerens kendetegn og dernæst sygeplejerskernes. Det gør jeg for at vise, hvilke to instanser der mødes, hvilke udfordringer der kan opstå, samt hvilke kendetegn hos sygeplejerskerne, der gør det muligt at imødekomme og håndtere disse udfordringer. Analysen hviler på en forforståelse af, at de identificerede kendetegn påvirker sygeplejerskernes tænke- og handlemønstre inden for den pågældende afdeling. Jeg vil derfor anlægge et kulturelt perspektiv på organisationen og den pågældende afdeling, hvori sygeplejerskerne og de socialt udsatte misbrugere mødes. Det kulturelle perspektiv kan fortælle noget om, hvordan organisationen fungerer, og hvordan sygeplejerskerne udvikler fælles mønstre af meninger og holdninger, som giver udslag i bestemte måder at handle på. En væsentlig forklaring på denne afdelings succes i mødet med den socialt udsatte misbruger kan derfor netop findes i organisationskulturen (Jacobsen & Thorsvik 2014:115).

### Socialt udsatte misbrugerens kendetegn

I det følgende vil jeg først redegøre for de potentielle problemstillinger, der kan være og opstå i mødet med socialt udsatte misbrugere. Den deskriptive tilgang kan give et indblik i, hvilke udfordringer sygeplejerskerne kan stå overfor i praksis, som uundgåeligt hænger sammen med, den måde sygeplejerskerne møder dem.

### *Den komplekse patientgruppe*

Socialt udsatte er en bred betegnelse for mennesker med komplekse sammenvævninger af blandt andet sociale, personlige, økonomiske og sundhedsmæssige problemstillinger (Dybbroe & Kappel 2012:44), og under feltarbejdet oplevede jeg også flere patienter, som havde flere problemstillinger end deres misbrug.

En af patienterne er et godt eksempel på en sådan kompleksitet, da han både havde psykiatriske lidelser, økonomiske og sociale problemstillinger samt en følelse af ensomhed ved siden af sit misbrug:

*Social- og sundhedsassistenten L. siger pænt goddag og da Je. begynder at åbne op, fortæller han om sin livshistorie, som er præget af et langt misbrug, psykiatriske lidelser, dårlig økonomi og ensomhed.*

*Je. fortæller blandt andet, hvordan han ikke har råd til den medicin, han skal have, og den medicin skal tilmed hentes i en anden by end den, han bor i, og togturen koster også penge.*

*Han siger: "... Der er rigtig langt, og jeg kan ikke cykle, fordi jeg har noget med mit knæ, som heller aldrig er blevet ordnet [...]"*

*Han fortæller om, at han har søgt om en beskyttet bolig, hvor han kan få lidt mere hjælp i hverdagen, men at han angiveligt er "for god" til det. Det er han tydeligvis ikke enig i og opridses misbrug, ensomhed og psykiatriske diagnoser som begrundelse. Han kæmper tydeligvis med systemet. Til sidst fortæller Je., at han for nogle år tilbage havde skabt kontakt til sin søster, som er den eneste familierelation han havde tilbage, men hun har "cuttet kontakten nu", og han føler sig derfor meget alene.*

(Note A, 7. oktober)

Socialt udsatte har sjældent et netværk (Hvass et al. 2012:8, 49), hvilket ovenstående eksempel også vidner om. Patienten føler sig alene, og idet han vælger at fortælle om det, må det antages, at det er betydningsfuldt for ham, og at det påvirker hans hverdag. Ensomhed kan øge patientens risiko for psykisk sårbarhed, selvdestruktiv adfærd, lavt selvværd og tidlig død (Lasgaard & Friis 2015:4,

Rantorp 2014:154). Andre patienter har ligeledes psykiatriske lidelser og sociale problemstillinger i form af hjemløshed og fejrlærning:

*A. går ind til MB. med hans medicin. Han sidder i sin stol og kigger ud på gangen. Han ser lidt forpjusket ud. MB. har diagnosen skizofren og har drukket tæt i en periode og er nu indlagt til afrusning.*

(Note H, 14. oktober)

*... Herefter kommer hun med forklaringer på, hvorfor der er dårlig mave på stuen "R. er totalt fejrlærret og hjemløs ... han har ikke spist i mange dage..."*

(Note A, 17. oktober)

Disse livsbetingelser og helbredstilstande samt selve misbruget kan vanskeliggøre behandlingen af denne patientgruppe. For eksempel kan en kombination af psykiatriske lidelser og misbrug gensidigt forstærke hinanden og symptomerne hos patienterne kan være sværere (Johansen et al. 2018:157). En anden udfordring kan være at finde blodåre til blodprøvetagning og perifere venekatetre, da et langvarigt stofmisbrug kan give dårlige blodårer:

*... Læge og sygeplejerskerne diskuterer behandlingen af M., og at der ikke kan tales om sufficient behandling. M. har svært ved at samarbejde om behandlingen. De taler om hendes blodårer, som er præget af et langt misbrug, og som derfor er svære at stikke i både i forbindelse med blodprøver og pvk<sup>1</sup>-anlæggelse. M. får derfor anlagt en PICC-line<sup>2</sup> i sin arm. Dette er en teknisk opgave, som skal gøres på en anden afdeling.*

(Note I, 17. oktober)

Et misbrug kan desuden gradvist nedsætte patienternes kognitive funktioner i form af hukommelsessvækkelse og forvirring:

---

<sup>1</sup> Perifært venekateter. Et tyndt plastikrør anlagt i en vene på patienten, så der løbende kan gives medicin, væsker eller blod direkte i blodåren.

<sup>2</sup> Perifært indsat centralt kateter. Et kateter som anlægges i overarmen, hvis spids ligger lige ved hjertets forkammer. Kateteret kan bruges til at give medicin i og til at tage blodprøver fra.

*J. spørger igen ind til nogle ting om hjemmepleje, og man kan mærke, at det langsomt går op for hende, at P. ikke er helt relevant i sine svar.*

*P. siger på et tidspunkt: "Hvor er jeg egentlig henne lige nu?"*

*J. svarer, at han er indlagt på hospitalet og spørger: "Ved du, hvilken dag det er i dag?"*

*P. kan ikke svare på dette.*

(Note A, 22. oktober)

De komplekse patienter, som socialt udsatte misbrugere kan anses for at være på flere området, kan således give udfordringer i behandlingen af dem. Ydermere viser eksemplerne også, at problemstillingerne kan ligge uden for det sundhedsfaglige område, som er sygeplejerskens primæropgave. Alligevel er det en del af patienternes virkelighed, og problemstillingerne hænger sammen i det store hele. Derfor kan det ofte i den enkelte situation være udfordrende for sygeplejersken udelukkende at fokusere på det sundhedsfaglige. Det fremgår dog af datamaterialet at der trods dette ofte foregår et tværfagligt samarbejde mellem flere instanser og organisationer, med det formål at forsøge at skabe et vellykket forløb samt udskrivelse for patienterne.

### *Den komplekse udskrivelse*

De komplekse socialt udsatte misbrugere kan altså have komplekse forløb, hvor sygeplejerskerne må samarbejde med socialsygeplejersken, som er knyttet til hospitalet samt forskellige forvaltninger og andre organisationer. Et eksempel på det var da en sygeplejerske fortalte mig om følgende udskrivelse:

*Hun [sygeplejersken] fortæller, at der dagen før var en psykolog, socialsygeplejerske, socialrådgiver, kontaktperson, læge og sygeplejerske med til stuegang for at koordinere og finde den bedst mulige udskrivelse.*

*Hun siger: "Det krævede enormt meget tid... men jeg var virkelig glad for, at socialsygeplejersken var med".*

*Jeg får indtryk af, at socialsygeplejersken har været en stor hjælp, og at hun har gjort alt, hvad hun kunne for at hjælpe både Je. og sygeplejerskerne.*

(Note C, 11. oktober)

Et andet eksempel viser samme høje antal fagpersoner, som bringes ind til stuegang hos patienten for at skabe en hensigtsfuld udskrivelse for patienten:

*I løbet af dagen har J. og C. bestræbt sig på at kunne være med til stuegang hos M.*

*Det er planlagt, at kl. 12-12.45 kommer M.'s kontaktperson fra KABS, hendes socialrådgiver, socialsygeplejersken og lægen. Jeg får et klart indtryk af, at det er vigtigt for især C., at det bliver prioriteret højt, og at J. er klar kl. 12, men også at M. er på stuen samt at lægen er indforstået med planen [...].*

*Da lægen er gået, taler socialsygeplejersken og J. kort sammen.*

*Socialsygeplejersken fortæller: "... min opgave var jo bare at få samlet tropperne. De (kontaktpersonen fra KABS og socialrådgiveren) sagde egentlig, at så kunne de bare komme mandag, men nej. Det var vigtigt, at de kom i dag, for at planen var lagt. Så ved M., hvad der skal ske, og så har weekendholdet også en plan at læne sig op af, hvis der skulle være noget..."*

(Note K, 11. oktober)

Eksemplerne giver et indblik i at udskrivelse af socialt udsatte misbrugere fra hospitalet ofte er meget komplekse. Eksemplerne vidner om et stort koordineringsarbejde mellem flere instanser og organisationer, som må prioriteres, for at der ikke er nogen misforståelser mellem de organisationer, som patienterne kan være knyttet til. Uden et samarbejde kan det være vanskeligt for personalet at skabe en vellykket udskrivelse for eksempelvis en hjemløs, hvor man ikke ved hvem og hvor, man skal henvise patienten til. Således er de socialt udsatte misbrugere en patientgruppe, hvor en vellykket udskrivelse kræver mange ressourcer. Det synes dog at være tilfældet, at sygeplejerskerne, i samarbejdet med hospitalets socialsygeplejersker, er villige til at bruge tid og kræfter på netop dette.

### *Den komplekse adfærd*

Afslutningsvis ses eksempler på den komplekse adfærd, som udvises af nogle socialt udsatte misbrugere i forbindelse med deres indlæggelse:

*Sygeplejersken fortæller stille og roligt, at M. er IV-misbruger (injicerer sine stoffer direkte i blodårerne), og at: "... hun er kommet til at knuse sin metadonpille og fikse den i hendes PICC-line".*

*De fortæller mig også, at hun har kraftige abstinenser, hvilket må forstås som en forklaring på hendes handling.*

(Note D, 9. oktober)

En sådan handling er potentielt livsfarlig. At være misbruger er i sig selv livsfarligt, men her benytter patienten sig af et hjælpemiddel, som kun bør benyttes af fagpersoner. Desuden er patienten indlagt til blandt andet afrusning, hvilket vil sige, at patienten skal hjælpes igennem sine abstinenser og til sidst være fri for dem. Handlingen gør dermed behandlingen vanskeligere og mere længerevarende, end hvis patienten samarbejdede i forløbet.

En anden socialt udsat misbruger var ligeledes indlagt til afrusning. Nedenstående er et eksempel på, hvordan behandling kan udvikle nye problemstillinger og vanskeliggøre forløbet:

*Da jeg møder om morgenen, er overlap fra nattevagten allerede i gang. Sygeplejersken A. sidder, mens nattevagten står for enden af bordet og fortæller om J.*

*J. har været indlagt i flere dage til afrusning. Normalt er han velfungerende, men er faldet op til flere gange i løbet af nattevagten, og sygeplejersken udtrykker frustration over, at han på nuværende tidspunkt ikke er bevidst om egen formåen. Det vil sige, at hans funktionsniveau er nedsat, og J. falder, så snart han rejser sig fra enten seng eller stol. Han har desuden ikke sovet hele natten.*

*[...] De taler sammen, og jeg opfanger, at J. er blevet tiltagende dårligere. Konen har fortalt personalet, at han ikke kan noget mere, og at han plejede at ringe hver dag for at opdatere hende, men nu har han ikke kigget på telefonen i flere dage. [...] Desuden er J. begyndt at hallucinere og har fået forhøjede infektionstal. [...]*



*En sygeplejerske siger: "... så skal man jo bruge sit kliniske blik (i forhold til behandling af abstinenser)".*

*Hvortil en anden svarer: "Ja, men det er svært med ham her..."*

(Note A, 14. oktober)

I eksemplet fremgår det, at patientens kone bekræfter, at han har ændret adfærd i løbet af indlæggelsen. Patientens pårørende kan i dette tilfælde være en vigtig ressource for både patienten og sygeplejerskerne, da hun kender patientens habituelle tilstand og dermed kan hjælpe både personalet og patienten omkring hele forløbet og behandlingen.

Sygeplejersken giver udtryk for at det er svært at bruge sit kliniske blik, hvilket er et tydeligt eksempel på, at det kan være vanskeligt at møde denne patientgruppe. Den ændrede adfærd gør det vanskeligt for sygeplejerskerne at vurdere, hvilken behandling der er den rigtige, og hvordan patienten skal medicineres. Det kan for eksempel være svært at vide, om den ændrede adfærd kommer af enten for meget eller for lidt medicin. Det er således heller ikke ukompliceret at behandle abstinenser, og bivirkningerne ved behandlingen kan være ændret adfærd.

En anden adfærd, som gør sig gældende i datamaterialet, ses hos de patienter, som forlader afdelingen forinden de er udskrevet eller mod givet råd (Note E, 11. oktober):

*Den samme sygeplejerske som siger, at der ikke er flere pladser, indskyder efterfølgende, at der er en patient (J.A), som har forladt afdelingen: "Der er en læge, der er i gang med at skrive et notat lige nu, så vi skal lige vente med at udskrive ham fra systemet... men efter det skal I bare udskrive ham..."*

(Note B, 16. oktober)

Når patienterne lader sig udskrive før tid, betyder det selvsagt, at de ikke er færdigbehandlede og dermed går tilbage til et misbrug eller går rundt med ubehandlede fysiske sygdomme og sundhedsproblemer. Når patienterne forlader afdelingen, kan det være tegn på enten underbehandling af abstinenserne, så abstinenserne bliver for stærke, og patienten ikke kan holde

ud at være på afdelingen. Men det kan også være et tegn på, at de socialt udsatte ikke føler sig godt behandlet psykisk af en eller anden årsag.

De ovenstående problemstillinger kræver komplekse interventioner, som ikke kan defineres præcist, og der er derfor ikke klare kriterier for, hvornår den optimale løsning for patienterne er fundet. Ifølge Hanne Krogstrup (2016) kan disse komplekse problemer betegnes som *vilde problemer* i modsætning til *tamme problemer*. Tamme problemer har en "objektiv" og målbar bedste løsning, hvorimod vilde problemer ligeledes har en bedste løsning, men vurderingen, hvori den består, vil være normativ. Det vil sige, at løsningen på problemet er afhængig af, hvem der foretager vurderingen, og problemet vil ændres og udvikles over tid (Krogstrup 2016:25). Dybbroe og Kappel mener, måske netop derfor, at der generelt er stort behov for avanceret interventioner og behandling af de komplekse problemer, de socialt udsatte misbrugere havner i (Dybbroe & Kappel 2012:45), og det kræver selvsagt sygeplejersker, som kan håndtere denne behandling og møde de socialt udsatte misbrugere, hvor de er. Men hvilke sygeplejersker kan det? Og hvordan handler de i praksis for forsøge at give den rette behandling? I resten af analysen vil jeg netop kigge på, hvordan sygeplejerskerne møder de socialt udsatte misbrugere, som altså kan betegnes som komplekse patienter med *vilde problemer*.

### Sygeplejerskernes kendetegn

Jeg vil i det følgende redegøre for sygeplejerskernes kendetegn herunder individuelle meninger, holdninger og praksisser samt undersøge, hvordan der selekteres i medarbejderne på baggrund af afdelingens gruppe af patienter, heriblandt de socialt udsatte misbrugere.

#### *Kendskab, erfaring og 'hjerte for'*

Igennem datamaterialet kan der identificeres kendetegn, som handler om erfaring og kendskab til de socialt udsatte misbrugere, samt det at sygeplejerskerne finder en glæde i at arbejde med denne gruppe patienter.

Under den uformelle feltgruppesamtale med en del af personalet, som taler om arbejdet med de socialt udsatte misbrugere, påpeger sygeplejerskerne, at kendskab til de socialt udsatte misbrugere

samt deres tidligere erfaringer er en væsentlig fordel i relationen til behandlingen og plejen af patientgruppen. To af sygeplejerskerne supplerer hinanden:

*A: "Jeg tror, at det som vi har her på afdelingen til fordel, det er jo at vi er vant til at have den her type patienter her på vores afdeling, og vi lærer dem at kende, og vi har forståelse for, at de er jo anderledes, at de har nogle udfordringer. Vi har bare forståelse for, at det er det, de bliver indlagt for, og det må vi hjælpe dem med, så meget som vi kan. Så det gør det i hvert fald, synes jeg, nemmere at have med dem at gøre, når vi er vant til det."*

(Uformel feltgruppesamtale, s. 1)

*MA: "Jeg tror noget af det gode ved den her afdeling, det er, at der er rigtig mange [ansatte], der har været her rigtig mange år, hvor vi også havde gas-speciale<sup>3</sup>. Så vi har haft vores alkoholikere rigtig længe i forhold til vores leverpatienter også. Så vi ved, hvordan man behandler også i forhold til det. Og det bærer vi stadigvæk med, fordi at flowet har ikke været så stort i udskiftning af personale, og det gør jo, at man bliver bedre bekendt med det. Og så har der været enormt stort fokus på vores socialt udsatte og kurser i forhold til det, så at vi ved, at de skal behandles lige så godt som alle andre."*

(Uformel feltgruppesamtale, s. 1)

Udsagnene illustrerer, hvordan personalet tillægger "kendskab til" og det at være "vant til" de socialt udsatte misbrugere en særlig betydning for, hvorfor de har en bredere forståelse for dem og en anden tilgang til dem. Dét samt viden i form af fokus på og kurser om denne gruppe patienter, giver dem således en tilgang til gruppen om, at de skal behandles som alle andre patienter. Under feltarbejdet oplevede jeg ingen forskelsbehandling i forbindelse med sygeplejerskernes morgenrunder. De socialt udsatte misbrugere blev inddraget i beslutningerne på lige vilkår som alle andre patienter (Note F, 9. oktober & Note A, 11. oktober). Ydermere vidner det første citat om, at sygeplejerskerne på forhånd er indstillet på, at denne patientgruppe er anderledes. I det ligger en forståelse af, at de socialt udsatte misbrugeres adfærd kræver, at sygeplejerskerne er forberedte og tilpasser sig de komplekse problemer.

---

<sup>3</sup> Afdeling for mave-, tarm- og leversygdomme. Også kaldet Gastroenheden.

Desuden fortæller det om en stabil personalegruppe, som efter sigende har været på afdelingen i mange år, hvilket må tolkes som en form for arbejdsglæde på den specifikke afdeling og arbejdet med denne gruppe. Den stabile medarbejderstab kan samtidig være et tegn på en stærk kultur, som har skabt en stærk loyalitet i organisationen (Jacobsen & Thorsvik 2014:116), og samtidig en faktor for at kunne vedligeholde afdelingens kultur. En anden sygeplejerske fortsætter:

*Mar.: "Men som Ma. siger, kendskab til den type af patienter, som vi har haft igennem mange år og også lysten til at passe dem ... altså, det tæller jo også. Fordi du ved, hvad du går ind til, når du er på sådan en afdeling, du ved, at der kommer rigtig mange afrusere, og har du ikke lyst til, eller kan du ikke eller et eller andet, så ved du, så skal man jo ikke være her."*

(Uformel feltgruppesamtale, s. 2)

Desuden ses der allerede i ansættelsesprocessen en forventning om en naturlig selektion af personalet. Det at sygeplejersken siger, at "... du ved, hvad du går ind til, når du er på sådan en afdeling..." tyder på et fokus på patientgruppen, så snart man som jobsøgende sygeplejerske er på vej ind i afdelingen. Man må altså antage, at der lægges vægt på, at personalet kan lide at arbejde med denne gruppe, fordi ledelsen er bevidst om og italesætter, at der bliver indlagt mange med et misbrug på den specifikke afdeling, inden man bliver ansat. Denne underliggende kultur om at ansætte folk med visse interesser og værdier bidrager til et personale med fælles interesse for de socialt udsatte og dermed en forståelse for personalegruppen, som en gruppe der skal kunne lide at arbejde med den socialt udsatte patientgruppe. Det stemmer ligeledes overens med mange af sygeplejerskernes udsagn, som udtrykker glæde ved at arbejde på en afdeling med mange socialt udsatte misbrugere. Under en feltsamtale med en sygeplejerske fortæller hun, at det er afgørende at holde af denne patientgruppe for at kunne arbejde med dem:

-

*"... Jeg tror også, at man skal være til det [at arbejde med socialt udsatte misbrugere]... Jeg tror, alle os som arbejder her har et lille hjerte for socialt udsatte. Man skal bare møde dem der, hvor de er. Der skal egentlig ikke så meget til. Men man skal være til den gruppe".*

(Note P, 9. oktober)

Udsagnet tyder på et fællestræk i personalegruppen. En anden sygeplejerske taler om en form for fælles menneskesyn:

*D: "Det er måske også noget med menneskesyn. Som ... den tager vi jo også tit sådan fælles her, og er måske også meget enige omkring det."*

(Uformel feltgruppesamtale, s. 2)

Disse udsagn stemmer overens med fortællingen om kendetegnene for personalet. Man kan argumentere for, at det faktisk har stor betydning for sygeplejerskernes arbejde med de socialt udsatte, at de kan lide at arbejde med målgruppen. Hvis ikke man *er til* at arbejde med den gruppe patienter, så skal der meget til at møde dem, da man så skal finde ressourcer frem, som måske ikke ligger naturligt for én. Såfremt man *er til* det, skal der ikke meget til for at møde dem og behandle dem og deres situation. Desuden ligger der en fællesskabsfølelse i udsagnet om at alle, der arbejder på afdelingen har et 'hjerter for' de socialt udsatte og i oplevelsen af at have samme menneskesyn. Dette fællesskab er ifølge Jacobsen og Thorsvik vigtigt for at skabe trivsel i organisationen og kan for den enkelte sygeplejerske reducere usikkerhed og utryghed i praksis, da de føler sig som en del af en gruppe, hvor folk tænker og handler forholdsvis ens (Jacobsen & Thorsvik 2014:116). At have 'hjerter for' de socialt udsatte misbrugere kommer ligeledes til udtryk i sygeplejerskernes meninger i praksis, da de generelt har en positiv relation til patienterne:

*"M. er her meget ofte, og hun lyder lidt som en havnearbejder, men hun er faktisk rigtig sød."*

(Note P, 9. oktober)

*I forbindelse med stuegang står sygeplejerske J. med sin computer på gangen og venter på lægen.*

*Mens vi står og venter, går M. ud på gangen og taler med en anden patient, som er på sin egen stue. M. er højrøstet og gennemtrængende i sin tale. Hun joker med den anden patient med en vis sjofel undertone.*

*J. smiler og siger: "Er de ikke skønne..." og griner.*

(Note I, 11. oktober)

*[...] Vi taler lidt om travlhed og om, hvorfor hun er havnet på netop denne afdeling. A. fortæller, at hun har været her som studerende og derefter et andet sted. Der var efter sigende alt for travlt på den anden afdeling, og så ringede den tidligere afdelingssygeplejerske på afdelingen og spurgte, om hun ikke ville komme tilbage.*

*A. siger: "Jeg kan godt lide de skæve eksistenser, men jeg synes, der er for lidt tid til dem..."*  
*Desuden fortæller hun om en tid i akutmodtagelsen, hvor hun var ansat, men ikke følte, at der var nok kommunikation med patienterne.*

(Note C, 14. oktober)

Af det sidste citat fremgår det at sygeplejersken netop er blevet sygeplejerske for at være sammen med og tale med patienterne. Det er samtidig én af grundene til, at hun er endt på denne afdeling. Travlhed og manglende kommunikation ses som argumentation for at fravælge andre afdelinger, og de skæve eksistenser kan siges at ses som en argumentation for at vælge afdelingen til, hvilke netop hænger sammen med ovenstående om selektion af personalet og have 'hjerter for' patientgruppen.

Ved at undersøge datamaterialets indhold og sygeplejerskernes egne udsagn, er det således muligt først og fremmest at identificere kendetegn som 'kendskab til', 'erfaring med' og at have 'hjerter for' de socialt udsatte misbrugere. Disse identifikationer kan tolkes som afdelingens identitet. Sygeplejerskernes oplevelse af dem selv defineres ud fra den praksis, de udfører i organisationen. Den fællesskabsfølelse og identitetsoplevelse i afdelingen kan, ifølge Jacobsen og Thorsvik, tilmed være motivation for den enkelte medarbejder til at yde og at arbejde for noget, der rækker ud over dem selv (Jacobsen & Thorsvik 2014:116). Disse kendetegn kan således være en del af beskrivelsen af, hvordan sygeplejerskerne møder de socialt udsatte misbrugere på afdelingen.

### *Empatiske og rummelige*

To andre træk, der kendetegner sygeplejerskerne, og som kan identificeres igennem hele datamaterialet, er empati og rummelighed. Rummeligheden synes at fordrer empati og dermed evnen til at kunne drage omsorg for de socialt udsatte misbrugere.

Først og fremmest beskrives der under feltsamtaler en forståelse for, at de socialt udsatte misbrugere er forskellige, og at de derfor også skal behandles forskelligt:

*Me: "De er også igen forskellige ik' ... altså, som personer ik', og har deres bagage med, altså forskellige bagage i deres rygsæk."*

(Uformel feltgruppesamtale, s. 4)

*S: "... Men det jeg synes, at vi gør meget ud af, det er at prøve at fokusere på lige dem og deres problemer og skabe noget tryghed for dem, så længe de er her..."*

(Uformel feltgruppesamtale, s. 1)

Denne forståelse for, at mennesker er forskellige, og at de socialt udsatte kommer med *forskellig bagage*, er en forudsætning for, at kunne behandle dem ud fra de forskellige komplekse problemer de kommer med. Personalet synes således at møde patienterne åbent, der hvor de er og må sætte sig ind i deres sted, før de kan møde dem og skabe tryghed. Det kom for eksempel til udtryk, da en sygeplejerske fokuserer på en patients manglende søvn:

*På gangen møder vi S. som sidder i en stol og kigger ud i luften.*

*F. stopper op og siger: "Godmorgen S." og smiler til ham venligt.*

*Hun kender ham fra dagen før.*

*F. siger: "Hvordan går det?"*

*Hvortil S. svarer: " Det har været en hård nat. Jeg har ikke sovet så meget. Ham ved siden af har været meget urolig i nat og faldt ud af sengen..."*

*F. lytter og ser tænkende ud, mens hun kigger op af gangen og nikker: "Jeg kommer lige tilbage til dig senere S."*

*F. går op til kontoret og spørger en anden sygeplejerske: "Kan vi rykke rundt på patienterne, så S. kan få noget ro? Han har ikke sovet så meget i nat, fordi J. har været urolig... kan jeg rykke J. ned på stue 8? De er nemlig begge abstinente, så jeg tænker, at det ville være godt. Jeg tænker, J. kan ligge lidt tættere på os, for han er åbenbart faldet i nat, så kan vi holde lidt øje med ham..."*

*F. går tilbage på gange og ned til S. for at gøre ham opmærksom på, at J. sover på stuen nu: "... Så der er ro på, hvis du har brug for at gå ned og ligge dig lidt".*

*F. fortæller samtidig S. at hun har planer om at rykke rundt på stuerne.*

*S. går ned på sin stue, og F. går videre med sin morgenrunde.*

(Note G, 9. oktober)

Dette eksempel viser, hvordan sygeplejersken tager udgangspunkt i patientens udsagn og udviser forståelse for problemet, for efterfølgende at handle på det for at løse patientens problem. Sygeplejersken har indsigt i og forståelse for problemets omfang og med hendes erfaring og viden, kan hun reagere og handle hensigtsmæssigt og fejer dermed ikke problemet væk eller stiller sig ligegyldigt overfor patienten.

Samtidig ses klare empatiske tanker for både de socialt udsatte og deres pårørende. En sygeplejerske udtrykker forståelse for deres situation, og hvad de kan gøre for at beskytte dem:

*B: "Vi har nogle gode rammer her, vi har de enestuer vi kan skærme dem, for mange er jo lidt ... lige så snart de er vågnet lidt op, er de også rigtig flove og generte over den situation, som de er i, at de ikke ligger og ved, at de har væltet rundt på en firemandsstue og opført sig besynderligt."*

(Uformel feltgruppesamtale, s. 2)

En social- og sundhedsassistent siger i forbindelse med fuld belægning på afdelingen:

*"De ringer sikkert og melder en afruser, og så skal han ligge på gangen. Det er altså ikke særligt værdigt for sådan én..."*

(Note A, 16. oktober)

Personalet udviser forståelse for og indlevelse i de socialt udsatte misbrugeres situation. Med deres indlevelse prøver sygeplejerskerne at sikre, at patienterne ikke bliver ydmyget og skærmer dem, og her ses ligeledes, hvordan personalet har en forståelse for, at de socialt udsatte misbrugere har nogle særlige behov, og at de skal tages alvorligt.



Også i forbindelse med en anden patient, som har forladt afdelingen, udtrykker en sygeplejerske empati og bekymring og tager hånd om sagen:

*"... Jeg prøver lige at ringe igen ... Det er sgu synd, han er jo en sårbar mand. Og så får han at vide at der ikke er plads til ham ... Han troede jo at han havde en aftale" siger hun og denne gang får hun fat i ham [...]*

*Personalet taler igen om hele situationen og reflekterer over, hvad der egentlig var sket, og hvordan de eventuelt kunne have gjort det anderledes.*

(Note D, 16. oktober)

Eksemplerne illustrerer et personale, som kan sætte sig ind i de socialt udsatte misbruges sted og reflekterer på baggrund af dette over handlinger og situationer.

Samtidig ses det i datamaterialet, at sygeplejerskerne udviser rummelighed. I forbindelse med de socialt udsattes adfærd og handlemønstre opleves sygeplejerskerne rolige, forstående og løsningsorienteret:

*Stue 20 er en tomandsstue, hvor begge patienter er indlagt til afrusning. Den ene har fået diarre, og de skal derfor ifølge proceduren begge isoleres. Ifølge hygiejnesygeplejersken skal den ene patient rykkes fra stuen, når den anden skal isoleres, men sygeplejersken som fortæller om det synes, at: "... det er åndssvagt at rykke rundt på dem nu".*

*Personalet på kontoret taler om deres isolering. De undrer sig over, at de går ned og ryger hele tiden. De har også set dem gå ind på andre stuer.*

*En erfaren sygeplejerske siger: "... Ja, hvad skal vi gøre ... Lige her er behandling vigtigere end diskussion, sådan har jeg det lidt".*

*Herefter kommer hun med forklaringer på, hvorfor der er dårlig mave på stuen:*

*"R. er totalt fejlnærret og hjemløs ... han har ikke spist i mange dage, og så kommer han her og får noget at spise og spiser godt. Det er klart, at maven reagerer på det, så jeg tror ikke, at der er noget i den (prøven, som der endnu ikke er svar på). Vi kan sgu ikke få dem til at lade være med at gå ned og ryge..."*

*Personalet har ingen indvendinger til den erfarne sygeplejerske og accepterer de særlige regler for de her patienter.*

(Note A, 17. oktober)

Dette scenarie var højst sandsynligt ikke sket med andre patienter, som var isoleret, da det går stik imod hygiejnesygeplejerskens procedurer om *isolering*. Eksemplet viser en sygeplejerske og et personale, som er villige til at gå imod regler for at få et bedre forløb for de involverede patienter og dermed sikre den gode behandling. Denne form for handlemåde vil jeg komme nærmere ind på i analysedel 3.

En anden sygeplejerske udviser ligeledes ro og forståelse og fremstår løsningsorienteret frem for alt, da en patient er højrøstet og fremstår frustreret på gangen og er fastende forud for en undersøgelse senere på dagen:

*Hun [patienten, M.] er tydeligt oprevet og taler højt uden rigtigt at tale til nogen specifik. Jeg overhører hende klage over, at hun ikke har nogle cigaretter. Hun sætter sig på en stol på gangen og begynder at drikke af en kop the og siger: "... og jeg ved godt at jeg ikke må drikke det her, men nu er jeg på tværs ... jeg springer snart i luften. Jeg skal have min morgencigaret."*  
*Sygeplejersken ser ud til at have forstået, hvad problemerne drejer sig om og begynder at kigge på hendes PVK. Hun skylder det og forklarer, hvorfor det ikke fungerer, men at det kan fikses.*  
*Sygeplejersken taler stille og roligt til hende, men siger egentlig ikke så meget, og imens får hun antibiotikaen til at løbe i slangen.*

(Note E, 14. oktober)

I forlængelse af det kommer en anden sygeplejerske og en social- og sundhedsassistent til:

*En anden sygeplejerske kommer gående på gangen og spørger, hvem M. egentlig taler til og smiler. Hurtigt står der tre personaler rundt om hende, som er klar til at hjælpe. Den ene har overhørt det hele fra afstand og har skaffet en cigaret fra køkkenmanden og kommer over og giver M. den i hånden. M. kigger op og begynder at smile og giver efterfølgende et kram. Personalet og*

*M. småsnakker smilende og griner. Antibiotikaen er igen stoppet med at løbe og M. siger at hun altså ikke vil have det sidste, og sygeplejersken siger bare "okay..." og tager den ned. Herefter går M. ned for at ryge. Sygeplejersken siger efter M. er gået: "Hun er altså skæg..." og smiler "Hun er faktisk rigtig sød".*

(Note E, 14. oktober)

-

Eksemplet viser, hvordan personalet får ro på en ellers tilspidset situation ved at tage hånd om og møde patienten, der hvor hun er. Patientens problemstillinger, som forekommer lige nu og her, imødekommes med ro og løsninger. Der ses ingen irritation fra personalets side, tværtimod siger sygeplejersken, at patienten er *skæg* og *sød*, hvilket kan tolkes som en rummelighed over for den ellers afvigende adfærd, ligesom der udvises 'hjerter' for patientgruppen.

Samtidig viser sygeplejerskerne forståelse for og rummelighed i forhold til genindlæggelser og giver ligefrem udtryk for at synes, at det er hyggeligt, at patienterne kommer igen og igen, frem for at det er en belastning:

*Samtale med sygeplejerske F. på gangen: "Der er mange gengangere her ... det er hyggeligt, så kan de lige komme ind og få noget omsorg"*

(Note U, 9. oktober)

*Ma.: "... fordi det er måske mange gange, det der bliver italesat, det der med "Nå, nu kommer de også igen ... og vi kan ikke...", men hvor vi godt ved her, at behandlingen er måske en seng, et måltid mad, et bad og lige lidt varme og lidt omsorg i 24 timer, 48 timer, og så kommer de igen om en måned, og så siger vi igen "Velkommen til"."*

(Uformel feltgruppesamtale, s. 2-3)

Begge sygeplejersker anvender ordet 'omsorg' i forlængelse af de socialt udsatte misbrugeres indlæggelser. Det tyder på, at de opererer med et andet behandlingsmål end at blive *sygdomsfri*. Hvor man normalt behandler patienter med det mål for øje at gøre dem raske, kan behandlingen ses anderledes med socialt udsatte misbrugere. Som sygeplejerskerne udtrykker det, kan det være

”noget omsorg” eller de basale behov, der skal opfyldes frem for at behandle alkohol- eller stofmisbruget. Det er dermed ikke et mål at gøre dem alkohol- eller stoffri, såfremt det ikke er dét, der er patientens motiv eller behov. Dette perspektiv vil jeg også komme nærmere ind på i analysedel 3. Sygeplejerskerne udtrykker dermed forståelse for og indlevelse i de socialt udsattes behov og ser holistisk på patienten. Man skal dog, særligt i denne del af analysen, have i mente, at min tilstedeværelse som observatør, kan have påvirket sygeplejerskernes handlinger og udsagn.

De ovenfor identificerede kendetegn, erfaring og empati i særdeleshed, stemmer også overens med Kari Wærness perspektiv på omsorg, som netop mener at omsorgsarbejde kræver, at personalet indlever sig i det andet menneske gennem erfaring og uddannelse. Samtidig er sygeplejerskerne fokuseret på ’her og nu situationer’ og tager patienternes ytringer alvorligt (Dybbroe 2006, s. 71-72). Dette omsorgsarbejde vil jeg komme nærmere ind på i analysedel 2.

## Delkonklusion

På baggrund af ovenstående analyse kan det konkluderes, at de socialt udsatte misbrugere kan kendetegnes som komplekse patienter med komplekse udskrivelser og kompleks adfærd. Disse sammensatte problemer, som følger med i mødet med de socialt udsatte misbrugere, kan ifølge Hanne Krogstrup defineres som *vilde problemer*. De komplekse patienter og vilde problemer kræver komplekse interventioner, da der ikke foreligger klare kriterier for den bedste løsning på problemerne. Løsningerne er derfor en individuel og normativ vurdering, som vil ændres og udvikles over tid. Der er således generelt et stort behov for avancerede interventioner fra sygeplejerskerne i mødet med de socialt udsatte misbrugere.

Ydermere kan sygeplejerskerne kendetegnes ved at have kendskab til, erfaring med og 'hjerter for' de socialt udsatte misbrugere. Desuden ses kendetegn som empati og rummelighed hos sygeplejerskerne. Alle disse kendetegn er centrale i mødet med de socialt udsatte misbrugere, da de kan ses som grundlag for sygeplejerskernes meninger og holdninger, som kommer til udtryk i den måde, de handler på i mødet med de socialt udsatte misbrugere og deres *vilde problemer*.

Afdelingen har desuden en stabil personalegruppe, men når der skal rekrutteres nye medarbejdere, er de socialt udsatte i fokus, og man vælger sygeplejersker med interesse for dem og samme værdier som den eksisterende personalegruppe. Sygeplejerskerne har dermed alle et 'hjerter for' de socialt udsatte misbrugere og dermed en fælles interesse. Den stabile personalegruppe kan være et tegn på en stærk kultur, som har skabt en stærk loyalitet i organisationen, og samtidig er det en væsentlig faktor, som er med til at vedligeholde afdelingens kultur.

Sammenfattende har denne del af analysen således givet et indblik i hvilke to instanser, der er tale om i mødet mellem sygeplejerskerne og de socialt udsatte misbrugere. Det kulturelle perspektiv på sygeplejerskerne kan hjælpe analysen fremadrettet ved at se på de kendetegn, som påvirker sygeplejerskernes meninger og handlinger i møde med de sociale udsatte misbrugere og deres *vilde problemer*.

## Sygeplejerskernes møde med de socialt udsatte misbrugere

Jeg vil her identificere, hvordan sygeplejerskerne møder de socialt udsatte misbrugere i praksis. Igennem datamaterialet blev det synligt, at sygeplejerskerne arbejder interaktionistisk i mødet med de socialt udsatte misbrugere, idet de udviser tillid og omsorg i relationen. Jeg vil derfor se på sygeplejerskernes sociale arbejde i form af at yde omsorg i relationen til de socialt udsatte misbrugere i forhold til De Sygeplejeetiske Retningslinjer. I De Sygeplejeetiske Retningslinjer er det beskrevet, at *sygeplejersken har ansvar for at yde omsorg, i den hensigt at patienten oplever velvære* (Sygeplejeetisk råd 2014). Dette henviser til, at det er sygeplejerskens opgave at yde sygepleje til de mennesker, som har brug for det, gennem en relation. I denne relation møder sygeplejersken patienten, sanser og møder mennesket i en forståelse båret af næstekærlighed. Heri ligger også et moralsk princip om at handle sådan, at alle får samme muligheder for at leve det bedst mulige liv samt at få mennesket til at føle velvære via optimal sundhed og livskvalitet (ibid.).

### Det relationelle

Inden for det interaktionistiske perspektiv ses samspillet og relationen mellem mennesker som centralt og særligt vigtigt i det sociale arbejde (Hutchinson & Oltedal 2006:89). I følgende analyse vil jeg identificere, hvordan de empatiske og rummelige sygeplejerskerne, som har 'hjerter for' de socialt udsatte misbrugere, arbejder relationelt i mødet med dem med henblik på at kunne yde omsorg. Først vil jeg se på, hvordan de socialt udsatte oplever relationen og mødet mellem dem og sygeplejerskerne, og derefter vil jeg se på, hvordan sygeplejerskerne møder de socialt udsatte misbrugere for at skabe en god relation og opretholde den.

Under en feltsamtale med en af de socialt udsatte misbrugere, kom vi ind på personalet på afdelingen. Her kom det frem, at afdelingen var et særligt sted for ham, som han beskrev som 'familiært':

*"De er så søde ... en af personalet sagde i går: "Hvad, er det nu dig igen S." og smilte. "Jeg er glad for, at det er så længe siden, jeg har set dig sidst..."*

*Det var bare så sødt, synes jeg. Jeg kom først nedenunder [akutmodtagelsen]. Det er lidt noget andet..."*

*Mig: "Hvordan er det noget andet?"*

*S: "Der er bare lidt mere ... hektisk. De har travlt. Når jeg så kommer herop, så er det helt familiært.*

*[...] En sygeplejerske sagde også om min mor: "Ja, hende kender jeg jo, hun må gerne komme og sige hej" [...]"*

(Note R, 9. oktober)

Eksemplet tyder på, at patienten og sygeplejerskerne har skabt en positiv relation til hinanden. Denne relation er tydeligvis ikke bygget op om én indlæggelse, men flere, hvilke hænger sammen med sygeplejerskens kendetegn 'kendskab'. Her er det tydeligt, at der i organisationen dannes relationer på tværs af ansatte og patienter. Som beskrevet tidligere har socialt udsatte misbrugere sjældent et stort netværk, og der kan her argumenteres for, at sygeplejerskerne udgør en del af patientens netværk, idet han oplever afdelingen som noget 'familiært'. Ydermere kan man argumentere for, at sygeplejerskerne kan fungere som det, socialpsykolog George Herbert Mead kalder for *den generaliserede anden*. Ifølge Mead vil de socialt udsatte misbrugeres bevidsthed om sig selv blive gjort mulig gennem socialisering. Gruppen af sygeplejersker og det øvrige personale, som har 'hjerter for' de socialt udsatte misbrugere og dermed ser positivt på dem, kan skabe nogle adfærdsforventninger, som de socialt udsatte misbrugere kan internalisere og således udvikle selvet gennem sygeplejerskernes *øjne* (Hutchinson & Olteidal 2006:99). Dermed kan man også argumentere for, at sygeplejerskerne i deres relation til de socialt udsatte misbrugere ligefrem kan blive helbredsbeskyttende. Social interaktion med mennesker kan nemlig give større mentalt overskud og påvirke sundhedsadfærd og helbred positivt (Lund & Nilsson 2013:208, 284).

Relationen kan ifølge psykolog Lee Shulman også kaldes for en *working relation*. Shulman lægger vægt på, at sygeplejerskerne skal have en evne til at dele personlige følelser og tanker, og at dette er en forudsætning for at kunne udvikle en god arbejdsrelation i det sociale arbejde (Hutchinson & Olteidal 2006:115):

*Da jeg møder ind på afdelingen, ser jeg M. tale med en sygeplejerske på gangen. M. sidder på en stol og sygeplejersken står ved siden af. Sygeplejersken lytter og er forstående og tager sig tid til at høre på M., som er ked af det.*

*Da M. siger: "Jeg kan bare ikke mere", mens hun kigger ned, tager sygeplejersken en hånd på skulderen af hende og siger,: "Det forstår jeg godt..."*

(Note A, 9. oktober)

I eksemplet ovenfor ses det, hvordan sygeplejerskens bruger sin emotionelle side i situationen. Sygeplejersken møder patienten med medfølelse, og der kan argumenteres for, at sygeplejersken deler patientens sorg og dermed, ifølge Shulman, giver patienten sine følelser som gave (Hutchinson & Oltedal 2006:115). Denne gave, eller situation, skaber således en relation mellem sygeplejersken og den socialt udsatte misbruger, som gør, at sygeplejersken kan være til hjælp (Ibid.). Den positive relation hænger sammen med sygeplejerskernes kendetegn 'hjerter for', da sygeplejerskerne forinden relationen har et positivt syn på de socialt udsatte misbrugere, og man kan argumentere for, at dette ligefrem er med til at skabe den gode relation i mødet. Omvendt kan eksemplet ses som det, Arlie Hochschild (1983) kalder *deep acting* eller 'dybdespil', som står i modsætning til 'overfladespil' eller *surface acting*. Sygeplejersken agerer ud fra dybet af hende selv og forsøger spontant at fremvise den rette følelse i situationen, her empati. Ifølge Hochschild er denne følelse *falsk*, men nødvendig at anvende i situationen for at optræde i overensstemmelse med sygeplejerskens rolle i mødet med den socialt udsatte misbruger og for at udføre det sociale arbejde i mødet. Det at følelsen er *falsk* henviser til, at det er en strategi, som sygeplejersken anvender for at optræde i overensstemmelse med den rolle, hun har i organisationen (Hochschild 1983:35-42). Det kan altså også ses som en strategi, som sygeplejerskerne bruger, mere eller mindre bevidst, for at opnå den gode relation.

Derudover vil jeg argumentere for, at sygeplejerskerne arbejder interaktionistisk, idet der i ovenstående eksempel ses en vis grad af tillid i relationen, når patienten åbner op for sine følelser i mødet med sygeplejersken. Ifølge Kari Martinsen er tillid elementær i enhver samtale, og den som udviser tillid, udleverer sig selv til den anden og lægger noget af sig selv i den andens hånd (Martinsen 2007:151). Sygeplejersken har dermed skabt en tillid i relationen eller mødet mellem dem, således at patienten åbner op for følelserne eller de livsytringer, som skal til for at sygeplejersken kan yde omsorg. Herefter er det sygeplejerskens opgave at opretholde tilliden og



ikke stille sig ligegyldig over for det, som de socialt udsatte misbrugere kommer med, men derimod tage vare på dem og hjælpe dem med det, de kommer for (Martinsen 2007:152).

### *Tillid i relationen*

Eksempler på det sociale arbejde, hvor sygeplejersken netop opretholder tilliden, er den måde, hvorpå sygeplejerskerne møder de socialt udsatte misbrugere med deres kropssprog og handlemåder:

*Lægen siger pænt goddag og giver hånden og præsenterer sig selv. Han spørger, hvordan det går og lytter og stille sig derefter tilbage til sin computer og skriver ting ned.*

*F. står ved sengekanten og starter med at lytte, men da lægen skriver på computeren, smiler hun til S. og spørger ind til ham og er interesseret i, hvordan han har det og siger blandt andet: "[...] Du ser også bedre ud i dag, end da jeg så dig i går...".*

*Sygeplejersken spørger også ind til planen, når S. er udskrevet.*

(Note V, 9. oktober)

Eksemplet viser, hvordan sygeplejersken ser patienten i mødet og netop giver ham en følelse af at være set. Samtidig er hun nærværende i mødet og interesseret i patientens oplevelse af eget ve og vel. Sygeplejersken er synlig og modsat lægen, har hun øjenkontakt med patienten under hele samtalen og er dermed lettere tilgængelig. Hun udviser ro og nærvær, idet hun står ved hans side og tager sig tid til at spørge ind og lytte til svarene. Den måde, hvorpå sygeplejersken i situationen møder patienten med sit kropssprog og sin handlemåde, gør, at patienten åbner op for livsytringer, og hun opretholder dermed tilliden i relationen.

Andre eksempler viser også, hvordan sygeplejerskerne udviser tillid med deres kropssprog:

*J. er i gang med at dele medicin ud.*

*Inde hos P. starter hun med at præsentere sig selv: "Goddag. Jeg hedder J., og det er mig, der er sygeplejerske hos dig i dag ... Hvordan har du det i dag?"*

*P. svarer: "Jeg har det godt ... i jeres selskab..." og griner. J. sætter medicinen på bordet og sætter sig på hug over for ham og kigger på ham, mens de taler videre.*

(Note A, 22. oktober)

*J. går ind til S., som sidder i stolen og spiser morgenmad, og siger: "Hej, jeg hedder J. Og jeg er sygeplejerske hos dig i dag". Hun giver ham hånden og bukker sig ned: [...]. "Jeg har lige noget medicin med til dig". Hun sætter sig på hug og spørger: "Har du nogen spørgsmål til stuegang i dag?"*

(Note A, 11. oktober)

Eksemplerne viser, hvordan sygeplejersken introducerer sig selv, sætter sig i øjenhøjde med og udviser interesse for de socialt udsatte misbrugere. Med sit kropssprog udviser hun igen en ro i mødet. Det, at sygeplejersken samtidig udviser tid og lyst til at lytte til patienterne, er ikke nødvendigvis tegn på, at der er tid til det, men man kan argumentere for, at det at sygeplejerskerne udviser det, faktisk har betydning for tillid i og omkring relationen. Det kan samtidig ses, ifølge Hochschild, som en strategi, som sygeplejerskerne benytter sig af, i det sociale arbejde, for at bevare en form for behandlingsalliance. Dette vil jeg også komme nærmere ind på senere i analysen. Trods det at jeg ikke har fokus på de socialt udsatte misbrugeres oplevelse af relationen, skal det nævnes, at de socialt udsatte misbrugere, som jeg indgik korte uformelle feltsamtaler med, fandt personalet søde, omsorgsfulde, hjælpsomme og forstående (Note B, 7. oktober, Note L, 16. oktober, Note G, 17. oktober). At sygeplejerskerne derudover har 'hjerter for' patientgruppen kan tolkes som, at relationen mellem sygeplejerskerne og de socialt udsatte misbrugere gensidigt opleves som en positiv relation.

De ovenstående eksempler kan ligeledes ses som 'overfladespil', som Hochschild kalder det, som udelukkende er begrænset til sygeplejerskernes kropssprog. Kropssproget kan ses som en strategi, som sygeplejerskerne benytter for at give patienterne en opfattelse af dem som nærværende og rolige (Hochschild 1983:35). Ifølge Hochschild er følelserne *falske* i en følelsesmæssig forstand. Det vil sige, at sygeplejerskerne iscenesætter sig selv, som nærværende og rolige, men ikke nødvendigvis er det oprigtigt. Strategien må ses som opnået, taget de socialt udsatte misbrugeres udsagn i betragtning. Det vil sige, at sygeplejerskerne agerer i et spil i situationerne, enten 'dybdespil' eller 'overfladespil', for at optræde eller fremstå med rette eller møde de socialt udsatte misbrugere,

som det forventes af dem, jf. De sygeplejeetiske Retningslinjer, og for at opretholde tilliden i relationen.

Eksemplerne viser således hvordan sygeplejerskerne udfører socialt arbejde i et interaktionistisk perspektiv, i mødet med de socialt udsatte misbrugere. Sygeplejerskerne bruger strategier i mødet med de socialt udsatte misbrugere og møder dem således med 'dybdespil' og 'overfladespil' for at opretholde tillid i relationen. Sygeplejersken inddrager patienternes livsytringer i mødet og dermed i beslutninger, handlemåder og behandling. Sygeplejerskerne møder patienterne åbent og stiller sig bogstaveligt talt i øjenhøjde med patienterne og udviser, eller ifølge Hochschild iscenesætter sig, som nærværværende og interesseret for på den måde at opretholde tilliden og den gode relation i mødet mellem dem.

## Omsorgsarbejde

Med udgangspunkt i datamaterialet vil jeg her redegøre for sygeplejerskens omsorgsarbejde, i mødet med de socialt udsatte misbrugere. De tidligere identificerede kendetegn hos sygeplejerskerne, 'erfaring' og 'empati' i særdeleshed, fordrer ifølge Kari Wærness et godt omsorgsarbejde. Wærness mener netop, at omsorgsarbejde kræver, at personalet indlever sig i det andet menneske gennem erfaring og uddannelse (Dybbroe 2006:71). Disse kendetegn hænger derfor sammen med sygeplejerskernes omsorgsarbejde, som bliver analyseret frem. Kari Wærness er derudover af den overbevisning, at omsorgsarbejde skal tage udgangspunkt i et andet menneskes omsorgsbehov, konkret og situeret. Det kalder hun for 'her og nu-situationer'. Et omsorgsarbejde kan som praksis ikke kun baseres på rutiner, regimer og procedurer, men må altid relatere sig både til 'her og nu-situationer' og til andre menneskers livsytringer. Formålet er at øge det andet menneskes velbefindende, velfærd og selvhjulpenhed (Dybbroe 2006:71-72).

## Fundamental omsorg

Under den uformelle feltgruppesamtale fortæller sygeplejerskerne, hvordan de tager sig af de socialt udsattes behov, når de kommer til afdelingen. Det drejer sig i høj grad om de helt basale behov, som patienterne ikke umiddelbart selv kan administrere under indlæggelsen:

*B: Jamen vi varetager jo deres basale behov, ikk. Vi hjælper dem med at blive vasket og alle de der ting, som de ikke magter i afrusningssituationen, ikk. Giver dem mad og drikke og bad og medicin.*

*(Uformel feltgruppesamtale, s. 5)*

*Mar: De kommer på højkant her... Altså når de kommer her, så kan de tit ikke gå, og selv gå på toilettet, altså de besørger jo i bleen, fordi de kan heller ikke sige til, når de skal gøre, så de kommer jo i den der tilstand, hvor det er, at de ikke kan være derhjemme eller på et behandlingssted, som socialsygeplejersken sørger for ved udskrivelse. Så vi tager os af det akutte, når de har drukket så meget, at de ikke kan, altså ... ja, nogen gange er de jo fuldstændig væk, ikk.*

*(Uformel feltgruppesamtale, s. 5)*

Sygeplejerskerne taler altså om at dække helt fundamentale behov, og det kom til udtryk i praksis på forskellige måder. Under feltarbejdet oplevede jeg blandt andet, hvordan personalet var gode til selv at afsøge, hvilke behov patienterne har, og hvordan de tager sig af behov på alternative måder og finder alternative måder at løse dem på:

*Jeg går med social- og sundhedsassistenten ud på gangen, som gerne vil hilse på den nye patient, som hun ikke kender. Hun banker på og stikker hovedet ind: "Hej... mangler du noget herinde? Noget saft måske..."*

*(Note D, 17. oktober)*

*Inde på J.'s stue ligger to madrasser på gulvet, og J. ligger drejet med benene ude over madrassen.*

*Han har prøvet at rejse sig fra gulvet, uden held. Hans kone er kommet og har informeret personalet om, at han ligger på gulvet, og at han gerne vil have noget at drikke. To social- og sundhedsassistenter samler sig på stuen og taler om, hvordan de skal flytte ham, så han ligger godt i sengen. De tager liften og løfter ham over på den ene madras. De lægger puder og henter en ekstra dyne, så han kan ligge oprejst i sengen og se fjernsyn. [...] Den ene social- og sundhedsassistent henter herefter en fyldt juicekarton. Hun har skåret et stykke af en iltslange og sætter det i juicen, så J. kan bruge det som sugerør, og giver ham noget juice, inden hun går.*

*(Note F, 17. oktober)*

Disse basale behov som bliver opfyldt af personalet, har også karakter af det, som Wærness betegner for omsorg i 'her og nu-situationer' og omsorg relateret til de socialt udsatte misbruges livsytringer. Dette ses der flere eksempler på i datamaterialet:

*F. går rundt med medicin på alle stuerne, og her møder hun sine patienter første gang. Hver gang hun møder en ny, spørger hun ind til, hvordan natten har været, deres plan for dagen, eller hvordan patienten har det.*

*På stue hos M.: M. har smerter og mange abstinenser og jamrer sig i sengen. Sygeplejersken sætter sig på en stol ved siden af M. og lytter til hende, nikker og er rolig. M. slapper af i hendes nærvær og begynder at sætte ord på tanker og følelser. M. vil gerne tale med socialsygeplejersken, som ikke er der den dag, men sygeplejersken lover at gøre, hvad hun kan for at komme i kontakt med en anden. Enten en anden socialsygeplejerske eller en kontaktperson fra KABS.*

(Note F, 9. oktober)

Eksemplet viser, hvordan sygeplejerskerne giver sig tid til at lytte til, hvad det er, patienten har behov for lige nu og her. Sygeplejersken får med hendes muligvis strategiske, rolige adfærd, patienten til at tale og på den måde, kan hun få patientens livsytringer, som hun højst sandsynligt ikke havde fået, hvis hun ikke havde mødt patienten, som hun gjorde. Igen et eksempel på, at tillid er til stede i relationen, og hvordan det åbner op for patientens behov, og dermed er det også et eksempel på sygeplejerskernes interaktionistiske arbejde i mødet.

De to næste eksempler handler om samme 'her og nu-situationer' og livsytringer. Her drejer det sig om medicin. Begge patienter får medicin, som de ikke har på afdelingen:

*M. fortæller til F., at hun plejer at få risolid. F. fortæller, at de ikke har den medicin på afdelingen, men at hun lige kan forsøge at finde noget.*

*F. går ud på gangen og ringer op til farmaceuten: "Hej, du taler med F. fra [xx]. Risolid ... det er en ... patient som plejer at få risolid i stedet for klopoxid, kan vi skaffe det?"*

(Note T, 9. oktober)

*Sygeplejerske C., som er Je.'s kontaktsygeplejersker på dagen, får efterfølgende at vide af L. (social- og sundhedsassistenten), at han skal have medicin mod abstinenser, og L. fortæller, at Je. også har talt om noget andet medicin, [...]. Da C. går ind til Je., spørger hun ind til hans medicinsituation, og Je. skal forklare alting én gang til. Det fremgår, at Je. har talt med læge og sygeplejersker på andre afdelinger, og Je. giver udtryk for ikke at blive lyttet til. C. er lyttende, men fortæller også, at hun kan se, at der er blevet ringet rundt osv. Flere gange siger C., at socialsygeplejersken vil tage sig af det, men til sidst [...] ringer hun selv op, og afkræfter Je. i hans forståelse af medicinen.*

(Note A, 7. oktober)

Disse livsytringer fra patienterne bliver taget alvorligt i 'her og nu-situationen'. De socialt udsatte misbrugere bliver lyttet til og bliver set som eksperter i eget liv og situation, når de kan fortælle, hvad og hvordan det plejer at være for dem. Sygeplejerskerne gør tilmed et forsøg på at få tingene til at lade sig gøre, og gør også tingene en ekstra gang, hvis det opleves vigtigt for patienten. Det ses ligeledes, hvordan sygeplejerskerne besidder en vis grad af fleksibilitet. De tager sig af 'her og nu-situationer' og er dermed hele tiden i stand til at tilpasse sig de socialt udsatte misbruges behov.

### *Humanistisk engageret omsorg*

Alle eksempler i denne del af analysen hænger som beskrevet sammen med de kendetegn, som er identificeret hos sygeplejerskerne. Sygeplejerskerne besidder empati, erfaring og har et 'hjerter' for de socialt udsatte, som giver dem den drivkraft, der skal til for at møde de socialt udsatte misbrugere og udføre omsorg og engagere sig i deres liv (Dybbroe 2006:77). Eksemplerne viser dog også en form for agenda, da sygeplejerskerne selvsagt har sundhed og behandling for øje. Det kan antages, at sygeplejerskerne møder de socialt udsatte misbrugere strategisk med henblik på organisationens eller sundhedsvæsenets formål, nemlig at *fremme befolkningens sundhed samt at forebygge og behandle sygdom, lidelse og funktionsbegrænsning for den enkelte* (Sundheds- og Ældreministeriet 2019) og dermed forsøger strategisk at opretholde en form for behandlingsalliance. Dette vil jeg komme ind på senere i analysedel 3. Men først vil jeg vise et eksempel på det modsatte:

*D. sidder og ordner ting på kontoret da social- og sundhedsassistenten kommer ind og siger: "Nå, ham der afruseren har forladt afdelingen... Jeg har ikke set ham i flere timer nu. Han sagde at han ville gå ned og ryge, så spurgte jeg ham: "Er det kun det, du skal?", og så sagde han 'Ja ja, jeg har sgu ikke noget at tage...'..."*

*Personalet småsnakker lidt om situationen, og sygeplejersken fortæller, at hun har prøvet at ringe to gange til patienten, men at hun ikke kunne få fat på ham.*

*"... Jeg prøver lige at ringe igen ... Det er sgu synd, han er jo en sårbar mand. Og så får han at vide, at der ikke er plads til ham. Han troede jo, at han havde en aftale", siger hun, og denne gang får hun fat i ham.*

*Sygeplejersken: "Hej. Hvor er du henne, kommer du tilbage? ... Nå, men vi vil altså rigtig gerne have dig herinde ... Nå, for fan... Hvad så med i morgen? [...] Ja, så kommer du bare ind i morgen tidlig, og så får vi lige styr på det her [...] Og hvis du bliver forsinket, så gør det ikke noget ... okay heeeej".*

*Sygeplejersken fortæller efterfølgende, at patienten var kommet hjem og havde drukket en liter vodka, så han kunne ikke komme tilbage på nuværende tidspunkt.*

*Personalet taler igen om hele situationen og reflekterer over, hvad der egentlig var sket, og hvordan de eventuelt kunne have gjort det anderledes.*

*Personalet reflekterer meget over situationen og taler om, hvad det var, der gjorde, at det gik skævt denne her gang, og de kommer frem til, at de har lavet en god aftale med patienten.*

(Note D, 16. oktober)

Denne måde at møde patienterne på kan siges at ligge uden for sygeplejerskens arbejdsopgaver. Der kan argumenteres for et stærkt humanistisk engagement, da sygeplejersken søger at fremme patientens ve og vel uden tanke for egen interesse, eftersom patienten selv har valgt at forlade afdelingen. Trods det at patienten i princippet ikke længere er under sygeplejerskens ansvar og organisationens *vinger*, bruger sygeplejersken tid på og udviser omsorg for mennesket i sin arbejdstid, hvor de patienter, som faktisk er indlagt, har brug for hende. Sygeplejersken laver ydermere en aftale, som man ellers ikke laver, da hospitalet ikke er et sted, hvor man kan komme og gå som man vil (Note I, 17. oktober). Denne næstekærlighed eller dette engagement og det menneskesyn, som det kan siges at sygeplejerskerne har - at hjælpe andre med at dækkes deres

behov - går imod det epikuræerske menneskesyn, som ellers præger velfærdsstaten i nutidens Danmark, hvor mennesket ses som selvcentrerede og egoistiske (Jensen & Prieur 2015: 148). Samtidig hænger eksemplet også tæt sammen med det, som Kari Martinsen kalder for *svag paternalisme*, da sygeplejersken, med sin magt i sundhedsvæsenet, alligevel tager ansvar for patienten, da hun fagligt ved, hvad der er bedst (Martinsen 2006:153-154). Sygeplejersken vurderer, at patienten har behov for at blive afruset, og som han tydeligvis heller ikke var blevet, da han vælger at forlade afdelingen, men hun inddrager stadig patienten i beslutningen.

De ovenstående eksempler viser altså, hvordan personalet møder de socialt udsatte misbrugere ved at yde omsorg over for dem i en tillidsfuld relation med det formål, at de socialt udsatte skal opleve velvære, jf. De sygeplejeetiske retningslinjer. Trods det at min analyse ikke handler om de socialt udsatte misbrugeres oplevelse af velvære og mødet med sygeplejerskerne, vil jeg igen alligevel nævne, at patienterne, som jeg indgik korte uformelle samtaler med, under feltarbejdet, kun havde rosende ord om afdelingen og personalet generelt (Note B, 7. oktober, Note L, 16. oktober, Note G & H, 17. oktober). I eksemplet nedenfor ses da også, at patienten er taknemmelig for behandlingen:

[...]

*Hun sætter sig på hug og spørger: "Har du nogen spørgsmål til stuegang i dag?"*

*S. siger: "Næh, det har jeg ikke. Jeg er meget taknemlig over, hvad I har gjort for mig, så det skal I have stor ros for."*

*J. smiler og giver udtryk for, at det var en dejlig besked at få. De småsnakker lidt og bliver enige om, at S. skal udskrives i dag, og at det er en god plan.*

(Note A, 11. oktober)

Eksemplerne fortæller mig, at sygeplejerskerne ikke kun møder de socialt udsatte misbrugere med omsorg, som Wærness betegner det, men at det rent faktisk også føles sådan for patienterne.

Derudover kan man argumentere for, at eksemplerne i denne analyse læner sig op af det, som Arlie Hochschild (1983) kalder *Emotional Labour* eller 'følelsesarbejde med bytteværdi'. Sygeplejerskerne skaber en følelse af taknemmelighed hos patienterne i mødet mellem dem. Dette følelsesarbejde



kan siges at være fremprovokeret af både afdelingens ansættelsespolitik og sygeplejerskernes læring gennem erfaring og kurser (Hochschild 1983:147). Denne form for følelsesarbejde med bytteværdi i form af løn skal ses som kontrast til *Emotion work* eller 'brugsværdi og følelsesarbejde', som er det følelsesarbejde, vi udfører i vores privatliv. Følelsesarbejdet kommer til udtryk ved den måde, hvorpå sygeplejerskerne spiller enten 'overfladespil' eller 'dybdespil' i relationen til de socialt udsatte misbrugere. På den måde iscenesætter sygeplejerskerne dem selv som det, der forventes af dem (Ibid.). Denne betragtning vil jeg komme nærmere ind på i analysedel 3.

Eksemplerne viser, at sygeplejerskerne og det øvrige personale yder socialt arbejde i form af relationsarbejde og omsorgsarbejde, og at de opnår at leve op til deres ansvar, nemlig at yde omsorg med den hensigt at patienterne oplever velvære, men også at øge de socialt udsatte misbrugeres velbefindende, velfærd og selvhjulpenhed. Denne antagelse bygger på et konfliktfrit og løsningsorienteret møde mellem sygeplejerskerne og de socialt udsatte misbrugere, og konsekvenserne af dette vil jeg også komme nærmere ind på i sidste del af analysen.

## Delkonklusion

På baggrund af analysen kan det konkluderes, at sygeplejerskerne udfører socialt arbejde i et interaktionistisk perspektiv i mødet med de socialt udsatte misbrugere. Sygeplejerskerne udfører relationsarbejde, idet de skaber og opretholder tillid i relationen. Tilliden bliver opretholdt ved den måde, sygeplejerskerne møder de socialt udsatte misbrugere med deres kropssprog og handlemåder som for eksempel ved at udvise ro, interesse og at sætte sig i øjenhøjde med patienterne. Ifølge Martinsen medvirker denne tillid til, at de socialt udsatte misbrugere åbner op for deres livsytringer i relationen. Sygeplejerskerne lytter til disse livsytringer og tager udgangspunkt i 'her og nu-situationer', og ifølge Wærness er det centralt i et omsorgsarbejde. Sygeplejerskerne yder omsorg i form af at tage sig af de fundamentale behov som pleje og ernæring, men også det at blive lyttet til og taget alvorligt er gennemgående i analysen. Det viser sig endvidere, at sygeplejerskerne har et stærkt humanistisk engagement i forbindelse med de socialt udsatte misbrugere, som går ud over sygeplejerskerne arbejdsopgaver. Dette må ses som resultat af sygeplejerskernes 'hjerter for' de socialt udsatte misbrugere.

Ifølge Hochschild kan sygeplejerskernes sociale arbejde også ses som 'følelsesarbejde med bytteværdi', da analysen peger på, at sygeplejerskerne iscenesætter sig selv ved hjælp af både 'dybdespil' og 'overfladespil'. At sygeplejerskerne iscenesætter dem selv ved at have et nærværende, roligt og interesseret kropssprog udmønter sig i, at patienterne oplever mødet som positivt. Denne iscenesættelse må dels ses som en strategi, sygeplejerskerne benytter, for at mødet mellem dem og de socialt udsatte misbrugere opleves positivt, men også for at de kan udfylde deres rolle eller det ansvar de har, som sygeplejerske jf. De Sygeplejeetiske Retningslinjer. Man kan dermed sige, at sygeplejerskerne bruger bevidste og ubevidste strategier for at skabe en form for behandlingsalliance i mødet, således at de kan udføre deres opgaver i forbindelse med indlæggelsen gennem det sociale arbejde.

Sammenfattende møder sygeplejerskerne altså de socialt udsatte misbrugere med tillid og omsorg i en relation, i kraft af sygeplejerskernes empati, rummelighed og deres 'hjerter for' patientgruppen. Der kan dog argumenteres for, at mødet bunder i et 'følelsesarbejde med bytteværdi' fra sygeplejerskernes side. Igennem datamaterialet blev det tydeligt, at sygeplejerskerne netop iscenesætter sig selv, og at mødet mellem sygeplejerskerne og de socialt udsatte misbrugere havde

konsekvenser for den behandling, som patienterne fik. Dette vil jeg se nærmere på i følgende analyse.

## Konsekvensen af det interaktionistiske møde

I denne del af analysen vil jeg gå yderligere ind i sygeplejerskernes møde med de socialt udsatte misbrugere i praksis. Det vil jeg for at se, hvilke konsekvenser sygeplejerskernes kendetegn og den måde, de møder patienterne på, kan have for behandlingen af de socialt udsatte misbrugere. I analysedel 1 og 2 har jeg blandt andet identificeret, hvordan sygeplejerskerne møder patienterne åbent. Sygeplejerskerne udviser forståelse for, at patienterne har forskellige bagage med og dermed skal mødes forskelligt. Samtidig opretholder sygeplejerskerne tilliden i relationen, ved at møde de socialt udsatte misbrugere åbent og tage udgangspunkt i deres livsytringer. Derudover ses det i analysedel 2, at sygeplejerskerne anvender strategier i det sociale arbejde og iscenesætter dem selv, som det forventes af dem.

I denne analyse vil jeg blandt andet se på om sygeplejerskerne altid møder de socialt udsatte åbent, og hvorfor det kan være en udfordring at møde denne patientgruppe åbent. Derfor vil jeg først se på, hvordan stempling af de socialt udsatte misbrugere kommer til udtryk på afdelingen. Dernæst vil jeg se på, hvilke konsekvenser, stemplet og sygeplejerskernes rummelighed og fokus på det relationelle møde med de socialt udsatte misbrugere kan have for behandlingen. I sundhedsloven står det beskrevet, at *sundhedsvæsenet har til formål at fremme befolkningens sundhed samt at forebygge og behandle sygdom, lidelse og funktionsbegrænsning for den enkelte* (Sundheds- og Ældreministeriet 2019). Dette formål vil jeg trække på i analysen for at se, om sygeplejerskerne egentlig opnår dette.

I denne del af analysen vil jeg fremvise nogle af de allerede brugte eksempler fra datamaterialet, da nogle af eksemplerne netop bevæger sig i et spændingsfelt mellem sygeplejerskernes sociale og sundhedsmæssige arbejde.

## Stempling

Med udgangspunkt i datamaterialet vil jeg her redegøre for, hvorvidt de socialt udsatte misbrugere bliver stemplet i organisationen generelt og af sygeplejerskerne.

Under feltarbejdet blev jeg bekendt med morgenmøder, gennemgang af patienter og meldinger af nye patienter. Under morgenmøderne blev hver enkelt patient gennemgået i plenum, ud fra en fælles tavle, hvor oplysninger om patienterne var opridset herunder navn og diagnose. Under de

socialt udsatte misbruges diagnose stod *abstinenstilstand*. Når sygeplejerskerne fik meldt<sup>4</sup> en patient til afdelingen, blev de meldt som *en afruser* (Note O, 9. oktober & Note A, 7. oktober). Med dette system, bliver de socialt udsatte sat i kategorier, allerede inden sygeplejerskerne nødvendigvis har set patienten. Med denne diagnose eller kategori på sig kan man argumentere for, at stemplet på mennesket allerede er sat. De første indtryk som sygeplejerskerne får, både ikke-fysisk og fysisk, vil ifølge Erving Goffman (2014) omformes til normative forventninger og dermed tillægge de socialt udsatte misbrugere, det som han kalder en *tilsyneladende social identitet*. Denne tilsyneladende sociale identitet hænger ikke nødvendigvis sammen med de socialt udsatte misbruges *faktiske sociale identitet* (Goffman 2014:43-44). Dette system er ikke nødvendigvis noget som kan eller skal laves om, da hospitalsvæsenet er en organisation, som netop arbejde ud fra kategorier, eller diagnoser. Det til trods for at det kan have indvirkning på de negative normative forventninger personalet kan få til patienterne. Kategorierne eller stemplet kan således vanskeliggøre et åbent og fordomsfrit møde med patienterne, hvilket der også ses eksempler på i datamaterialet:

*Ved overlap, fra dagvagt til aftenvagt, siger den sygeplejerske, som har været i dagvagt, til aftenvagten, at der er kommet en ny misbruger, som: "... ser farlig ud".*

*Han har angiveligt mange tatoveringer i ansigtet og på kroppen.*

*De taler om ham på kontoret efter overlappet, og en sygeplejerske fortæller, at han har spurgt efter sine sko et par gange. Han er kommet ind med ambulance, og har derfor ikke fået sine sko med.*

*Der er aftalt, at faren skulle komme med skoene senere på aftenen. Sygeplejersken trækker på skuldrene og siger: "... Når han får sine sko, så går han... det er kun derfor, han stadig er her... Han har været her før, og der var det det samme..."*

(Note C, 17. oktober)

*Efter morgenrefleksion går den sygeplejerske, jeg følges med, i medicinrummet for at dosere medicin til alle hendes patienter. Her står allerede en anden sygeplejerske. Vi taler lidt [...] og de fortæller mig om den socialt udsatte patient (M.), som er indlagt pga. et fejlfix. [...]*

---

<sup>4</sup> Når en patient skal rykkes fra en afdeling til en anden, ringer en læge til den pågældende afdeling og overleverer patienten. Lægen giver information om navn, diagnose, behandlingsplan osv.

*Den anden sygeplejersker kigger på mig og siger: "Det er det samme hver gang med hende... nu vil hun tale...[ruller med øjnene]... Vi kender hende. Hun er her ofte..."*

(Note D, 9. oktober)

Disse to eksempler har det tilfælles, at de socialt udsatte misbrugere bliver stereotypiseret, og at sygeplejerskerne ikke nødvendigvis tænker, at der er sket nogen forandringer ved patienterne. Udsagn som "... der var det det samme" og "... det er det samme hver gang med hende", tyder på, at sygeplejerskerne ifølge Goffman tidligt i mødet har omformet sine normative forventninger til misbrugeren og derfor tænker om dem ud fra den tilsyneladende sociale identitet, hun har givet dem. En normativ forventning om, at de har samme adfærd som sidst, de var på afdelingen, og at patienterne dermed ikke ændrer sig til det bedre. Denne forudindtagethed viser, hvordan sygeplejerskerne glemmer at møde patienterne åbent og uden fordomme. Samtidig viser det, at de socialt udsatte misbrugere bliver stemplet eller allerede har et stempel, og at dette stempel er svært at ryste af sig. Ydermere viser første eksempel, hvordan én af sygeplejerskerne antager, at man er farlig, såfremt man har tatoveringer i ansigtet og på kroppen. Dette udsagn kan siges at komme til udtryk som en bekymring, som leveres videre til næste sygeplejerske, som igen får svært ved at møde patienten åbent, da patienten allerede er blevet stemplet som farlig.

I datamaterialet ses der yderligere eksempler på, hvordan personalet taler om de socialt udsatte misbrugere bag lukkede døre:

*Under tværfaglig gennemgang af patienterne præsenteres alle patienter én efter én.*

*F. præsenterer M.: "Så har vi M. [...]"*

*Efter gennemgang af diagnose og plan siger hun: "... Hun er bare kommet til at knuse sin metadon og fikse den i sin PICC-line".*

*En af lægerne gentager hende og siger: "... kommet til..." og ser undrende ud i ansigtet.*

*Det øvrige personale griner, og en anden sygeplejersker siger: "Det har hun garanteret prøvet før..."*

*Personalet smågriner igen og snakker lidt, men accepterer patientens handlinger og går videre til ny gennemgang af næste patient.*

(Note L, 9. oktober)

Under en anden gennemgang af en patient ses samme mønster:

*J. bliver nu præsenteret til morgenmøde. Sygeplejersker og læger undrer sig over, at han er faldet i nattevagten, og at han stadig er abstinent efter flere dages indlæggelse (3 dage).*

*En læge siger ud i rummet: "... er han sådan én, som går og sjusser lidt...?"*

*En sygeplejersker svarer: "Tænker du på, om spritten er fjernet fra stuen?"*

*Lægen: "Jaaaa...?" og trækker på skuldrene.*

*Sygeplejersken: "Det skal vi nok lige se efter og få fjernet fra stuen, hvis det er!"*

(Note M, 9. oktober)

Man kan dog også argumentere for, at sygeplejerskerne i sidste eksempel er på forkant med de *vilde problemer*, som de socialt udsatte misbrugere har med sig. Sygeplejerskerne har kendskab til og erfaring med sig, som gør, at de kan forudse, hvad der eventuelt kan opstå af yderligere problemer og prøver at løse dem. Omvendt kan der i de to eksempler ses, hvordan personalet forventer den afvigende adfærd, men faktisk ikke tager dem særlig alvorligt. De taler om de socialt udsatte misbrugere på en nedværdigende måde, griner af deres handlinger og personalets fordomme om de socialt udsatte misbrugere kommer for alvor til syne. Der kan argumenteres for, at personalet tillægger den tilsyneladende sociale identitet for stor betydning og glemmer, at den faktiske sociale identitet ikke nødvendigvis stemmer overens. I så fald glemmer personalet, at de sociale udsatte misbruges adfærd kan komme af, at patienterne faktisk kan være medicinsk underbehandlet. Dermed er patienternes handlinger et resultat af organisationens behandling, eller rettere underbehandling af patienternes abstinenser. Såfremt patienterne er abstinensbehandlet godt nok, ville de være abstinensfrie og ville derfor ikke have handlet, som de gjorde. Denne behandling er alene organisationens faglige ansvar, men i samarbejde med patienten kan behandlingen gøres nemmere. Dette kræver dog, at man lytter til de socialt udsatte misbruges livsytringer og ser dem som eksperter i eget liv, samt at sygeplejerskerne ikke omformer sine normative forventninger til patienterne og ikke tænker om handlingerne som deres almindelig adfærd, men som symptom på deres abstinenser.

Det skal understreges, at disse eksempler er bag lukkede døre. Det vil sige, at de socialt udsatte misbrugere bærer et stempel eller bliver stemplet, som resulterer i normative forventninger fra personalets side, men udsagnene bliver *skjult* for patienten, idet de ikke bliver fremlagt eller er tydelige i patientens nærvær, jf. analysedel 1 og 2. Dette kan være en af forklaringerne på, hvorfor de socialt udsatte misbrugere, som jeg indgik korte uformelle samtaler med, alle var glade for at være på afdelingen, og ikke udtrykte en oplevelse af at være stigmatiseret, som beskrevet i analysedel 2. Samtidig ses det både i analysedel 1 og 2, at sygeplejerskerne og det øvrige personale ikke reagerer negativt på stemplet. Tværtimod reagerer og møder sygeplejerskerne de socialt udsatte misbrugere med en umiddelbar positiv indstilling. Det må antages at være sygeplejerskernes 'hjerter for' og evne til at udvise empati og omsorg over for denne patientgruppe, som har noget med dette at gøre. Dog er sygeplejerskerne bevidste om stemplet og reagerer på det i den forstand, at de ved, at de skal forberede sig og tilpasse sig patienterne (jf. analysedel 1 og Uformel feltgruppesamtale, s. 1).

Denne analyse kan således bekræfte Hochschilds teori om, at sygeplejerskerne udfører 'følelsesarbejde med bytteværdi', og at deres følelsesarbejde i form af 'overfladespil' og 'dybdespil' må ses som *falsk* følelsesmæssigt spil i mødet med de socialt udsatte misbrugere. Sygeplejerskerne udviser empati og rummelighed samt tillid og udfører omsorg *i* mødet, men *bag* mødet, bag lukkede døre, ses det, hvordan sygeplejerskerne tillægger de socialt udsatte misbrugere en tilsyneladende social identitet, og pludselig fremstår sygeplejerskerne ikke i overensstemmelse med det fremanalyserede i analysedel 1 og 2.

Eksemplerne ovenfor vidner om, at de socialt udsatte misbrugere bliver eller i forvejen er stemplet. Denne stempling kan, ifølge Goffman, påvirke den måde, patienterne bliver behandlet på i praksis, og konsekvenserne af stemplet vil jeg netop se nærmere på i næste afsnit.

### Konsekvens af stempling

I det følgende vil jeg som skrevet se på, hvilke konsekvenser de socialt udsatte misbrugerers stempel har for deres behandling i organisationen.



I flere eksempler ses det, at sygeplejerskerne forsøger at undgå konflikt og ikke stiller krav til de socialt udsatte misbrugere:

*Stue 20 er en 2-mandsstue, og begge patienter ligger til afrusning. Den ene har fået diarre og skal derfor isoleres. Ifølge hygiejnesygeplejersken skal den ene patient rykkes fra stuen, når den anden skal isoleres, men sygeplejersken som fortæller om det, synes "... det er åndssvagt at rykke rundt på dem nu".*

*Personalet på kontoret taler om patienternes isolering. De undrer sig over, at de går ned og ryger hele tiden, selvom de er isolerede. De har også set dem gå ind på andre stuer. M. og den ene af patienterne på 2-mandsstuen er tit nede og ryge sammen.*

*En erfaren sygeplejerske siger: "... Ja, hvad skal vi gøre ... Lige her er behandling vigtigere end diskussion, sådan har jeg det lidt" [...] "Vi kan sgu ikke få dem til at lade være med at gå ned og ryge..."*

*Personalet har ingen indvendinger til den erfarne sygeplejerske [...]*

(Note A, 17. oktober)

I eksemplet ligger, at sygeplejersken ikke tror, at patienterne vil gå med til at være isolerede. Hendes erfaring eller normative forventninger fortæller hende, at der vil komme en diskussion ud af at rykke rundt på patienterne og isolere dem efter reglerne, samt at de socialt udsatte misbrugere ikke kan overholde en aftale om rygeforbud. Igen har sygeplejersken tillagt patienterne en tilsyneladende social identitet, som gør, at hun ikke stiller krav til dem, og at de øvrige sygeplejersker og personaler accepterer at gå på kompromis med reglerne. Sygeplejersken siger, at "behandlingen er vigtigere end diskussion", men man kan argumentere for, at patienterne ikke får den behandling, som rent faktisk er nødvendig. Patienten, som ifølge hygiejnesygeplejersken skal flyttes til egen stue, bliver ikke flyttet og er dermed i fare for at blive smittet og dermed at blive mere syg. Desuden er hele afdelingens patienter også i fare for at blive smittet, når den isolerede patient ikke isoleres under forskrifterne. Sygeplejerskens strategi er, at så længe der ikke opstår konflikt eller diskussion, så bliver patienten på afdelingen, og det sundhedsfaglige mål om at behandle sygdom (jf.

sundhedsvæsenets formål) hos den enkelte kan opfyldes. Strategien kan siges at være en rummelige men konfliktsky strategi.

Et andet eksempel på dette:

*Imens A. går rundt med medicin, kommer M. gående på gangen med et dropstativ. Hun får antibiotika i drop, men det fungerer ikke, som det skal, og der er tilbageløb i slangen. [...]*  
*A. ser ud til at have forstået, hvad problemerne drejer sig om og begynder at kigge på M.'s drop. Hun skylder det og forklarer, hvorfor det ikke fungerer, men at det kan fikses. A. taler stille og roligt til hende, men siger egentlig ikke så meget og får antibiotikaen til at løbe i slangen. [...]*  
*Antibiotikaen er igen stoppet med at løbe, og M. siger, at hun altså ikke vil have det sidste.*  
*A. siger bare: "Okay..." og tager den ned.*  
*Herefter går M. ned for at ryge.*

(Note E, 14. oktober)

Igen ses det, hvordan sygeplejersken accepterer at gå på kompromis - her med den medicinske behandling. Patienten bliver ikke stillet til ansvar for eller opstillet krav eller prøvet motiveret til at få det sidste af medicinen. Man kan argumentere for, at sygeplejersken udsætter sygdomsvarigheden frem for at behandle sygdommen, da patienten ikke får den medicin, som er medicinsk nødvendig for at blive sygdomsfri. Man kunne forestille sig, at sygeplejersken havde samme indstilling, som sygeplejersken i det første eksempel: at behandling er vigtigere end diskussion, men her får patienten ingen af delene. Den måde at møde de socialt udsatte misbrugere på, opretholder den positive og tillidsfulde relation, og det må antages, at de socialt udsatte misbrugere ikke føler sig mindre værd og heller ikke oplever ikke at blive lyttet til, da sygeplejersken i dette tilfælde netop lytter til patientens behov. Af denne grund, kan man sige, at sygeplejerskerne udfører et fint socialt arbejde, men at det sundhedsmæssige arbejde nedprioriteres. Man kan altså argumentere for, at sygeplejerskerne er for rummelige, og at det sociale arbejde og den positive relation og tilliden bliver vægtet højere end selve behandlingen, trods det at sygeplejerskerne lægger vægt på behandlingen i deres udsagn. Dog kan sygeplejerskernes kendetegn 'rummelighed' siges at være deres vigtigste ressource i mødet med de socialt udsatte, ligesom Hochschilds (1983)

fandt ud af, at flystewardessernes vigtigste ressource var deres smil. Sygeplejerskernes rummelighed i følelsesarbejdet eller det sociale arbejde kan siges at anvendes for at undgå negative følelsesudbrud hos patienterne, og i de ovenfor nævnte situationer indebærer rummeligheden at gå på kompromis med selve behandlingen, således at patienterne agerer anstændigt på afdelingen eller som sygeplejerskerne ønsker det. Sygeplejerskerne bevarer en form for behandlingsalliance ved at udvise rummelighed, og der kan argumenteres for, at sygeplejerskerne strategisk vælger at vælge, hvilke *kampe* de skal gå ind i for at fastholde behandlingsalliancen. I sidste ende for at fastholde patienterne i behandlingen eller rettere på afdelingen. Med eksemplerne in mente må man sige, at sygeplejerskerne strategisk ofte vælger kampene helt fra, og dette valg ses altså at have konsekvenser for behandlingen. Denne balance mellem det sociale arbejde og den sundhedsmæssige behandling må derfor ses som at have konsekvenser, uanset hvilke strategiske valg sygeplejerskerne tager. Enten må de gå på kompromis med det sociale arbejde eller det sundhedsmæssige arbejde. Hvis de går på kompromis med det sociale arbejde og for eksempel stillede flere krav til de socialt udsatte misbrugere, ville det sundhedsmæssige muligvis heller ikke blive opnået.

Foruden de ovenstående eksempler, oplevede jeg, hvordan en af de andre patienter slet ikke fik den medicin, som var medicinsk nødvendig for ham:

*Ved medicinrummet banker social- og sundhedsassistenten på døren for at komme i kontakt med sygeplejersken Mar.*

*De snakker om patienterne og kommer ind på J., og Mar. siger bestemt: "Jamen han har seponeret sit PVK, og jeg ligger ikke et nyt, så kan jeg gøre det igen og igen... Han kommer også til at seponere sit kateter!" [...]*

*Hun ser på social- og sundhedsassistenten, som om hun forventer et modsvar, men det får hun ikke.*

(Note E, 17. oktober)

I eksemplet ses det, hvordan sygeplejersken antager, at den socialt udsatte misbruger ikke kan samarbejde om behandlingen. Hun har dermed tillagt patienten en tilsyneladende social identitet.

Hun antager, at patienten vil blive ved med at fjerne sit perifere venekateter, og inden hun overhovedet har forsøgt at lægge et nyt, beslutter hun sig for helt at lade være. I kraft af denne beslutning får patienten ikke den medicin, han skal have, og sygeplejersken går dermed på kompromis med hele årsagen til, at patienten er indlagt i første omgang. Desuden kan man argumentere for, at patienten ikke bliver sygdomsfri, så længe sygeplejerskerne har denne indstilling til problemet og dermed opfylder de ikke sundhedsvæsenets formål: at behandle sygdomme.

Der kan argumenteres for, at den svage paternalisme, som blev identificeret i analysedel 2, her bliver til det modsatte. Patientens autonomi, som normalvis er yderst vigtig, får lov at overtage behandlingen, og sygeplejersken udøver ingen svag paternalisme. Sygeplejerskerne stiller sig accepterende over for patienternes autonomi, trods det at det ikke er til patientens bedste. Sygeplejerskernes måde at møde de socialt udsatte misbrugere på, kan argumenteres for at være for rummeligt og med for stort fokus på den positive relation og omsorg. Det gør, at sygeplejerskens faglighed i sidste ende ikke bliver brugt hensigtsmæssigt. Sygeplejerskerne stiller ingen krav, og med en konfliktsky strategi i mødet bliver de socialt udsatte misbrugere ikke medicinsk behandlet, som må siges at være patienternes primære formål med at være indlagt på afdelingen.

## Delkonklusion

På baggrund af ovenstående analyse ses det, at de socialt udsatte misbrugere bærer et stempel, som sygeplejerskerne ifølge Goffman omformer til normative forventninger, og dermed komme de til at tillægge dem en tilsyneladende social identitet. Stemplet og den tillagte tilsyneladende sociale identitet gør det vanskeligt for sygeplejerskerne at møde de socialt udsatte misbrugere åbent. Sygeplejerskerne har ydermere svært ved at sætte deres forventninger til patienterne til side, og patienterne bliver derfor tænkt om som værende uforanderlige. Ydermere bliver personalets normative forventninger betragtet som sande, og en eventuel underbehandling fra organisationen side bliver overset.

Denne del af analysen bekræfter således, at sygeplejerskerne ifølge Hochschild udfører 'følelsesarbejde med bytteværdi'. Sygeplejerskernes interaktionistiske sociale arbejde som er fremanalyseret i analysedel 2, må ses oprigtigt i mødet, men bag lukkede døre gøres det tydeligt, at sygeplejerskerne netop udfører følelsesarbejde i form af 'overfladespil' og 'dybdespil'. Det gør hun for at fremstå i overensstemmelse med hendes rolle som sygeplejerske, så det sundhedsmæssige arbejde i sidste ende kan udføres. Det kan ses som en strategi, sygeplejerskerne benytter sig af, for at få behandlingen til at lykkes. Det paradoksale ved det er, at behandlingen i visse tilfælde ikke lykkes, når sygeplejerskerne netop er for 'rummelige' og fokuserer for meget på det sociale arbejde. Med det in mente ses det netop, hvordan stemplet har konsekvenser for den behandling som de socialt udsatte misbrugere får. Konsekvenserne fremstår ikke umiddelbart negativt, men bliver det i den forstand, at de socialt udsatte misbrugere ikke får den medicinske behandling, som de har medicinsk behov for, for at blive sygdomsfri. Sygeplejerskerne stiller ingen krav og fremstår konfliktsky, idet de ikke tager eventuelle diskussioner op, men hellere bøjer regler og accepterer patienternes ønsker uden indvendinger. Dette må ses som sygeplejerskernes strategi til at få de socialt udsatte misbrugere til at forblive på afdelingen.

Sammenfattende må sygeplejerskernes møde med de sociale udsatte misbrugere, ses som en måde at balancere mellem det sociale og sundhedsmæssige arbejde. I visse tilfælde bliver sundhedsvæsenets overordnede formål ikke opfyldt, såfremt sygeplejerskerne fokuserer for meget på det sociale arbejde. Dermed får patienterne ikke den medicinske behandling, som de faktisk har brug for, og som kan være hele årsagen til indlæggelsen.

## Konklusion

Formålet med dette speciale har været at undersøge mødet mellem sygeplejerskerne og de socialt udsatte misbrugere på en hospitalsafdeling. Jeg har derudover undersøgt, hvilke konsekvenser der er ved sygeplejerskernes sociale arbejde i mødet på den pågældende afdeling.

Analysen viser først og fremmest, at de socialt udsatte misbrugere er en kompleks patientgruppe, som kræver komplekse interventioner, og der findes dermed ingen opstillede entydige kriterier for, hvordan det bedste møde og den bedste behandling gives til den enkelte patient. Dernæst viste analysen, at afdelingen består af en stabil personalegruppe og sygeplejersker, som har erfaring, kendskab til og 'hjerter for' de socialt udsatte misbrugere. Sygeplejerskerne besidder empati og en rummelighed over for de socialt udsatte misbrugere, som kommer til udtryk ved forståelse for deres problemstillinger og situation. Det er altså en kompleks patientgruppe, som mødes af sygeplejersker der udviser empati og rummelighed og som har 'hjerter for' netop denne gruppe patienter. Trods det at de socialt udsatte misbrugere kan betegnes som en kompleks patientgruppe, formår sygeplejerskerne at skabe tillid og opretholde den, således at de socialt udsatte misbrugere åbner op for livsytringer, som sygeplejerskerne kan interagere på og dermed yde den omsorg, som patienterne har behov for. Sygeplejerskernes interaktionistiske sociale arbejde udmønter sig dermed i en tillidsfuld relation og med omsorg i mødet mellem dem og de socialt udsatte misbrugere. Mødet, som fremstår positivt i sig selv, skal dog ses som et iscenesat møde, som tager udgangspunkt i et 'følelsesarbejde med bytteværdi'. Sygeplejerskerne anvender strategier, som 'dybdespil' og 'overfladespil', samt strategier, i form af rummelighed og konfliktskyhed over for de socialt udsatte misbrugere, for at kunne udføre deres arbejde i organisationen. Afslutningsvist kan det konkluderes, at de socialt udsatte misbrugere bærer et stempel, som sygeplejerskerne reagerer på, som kommer til udtryk i den måde, hvorpå de bliver omtalt (bag lukkede døre), og dette vanskeliggør et åbent møde med patienterne. Sygeplejerskerne tillægger de socialt udsatte misbrugere en tilsyneladende social identitet og dermed forventninger, som gør, at en eventuel underbehandling overses. Denne stigmatisering af de socialt udsatte misbrugere bliver synlig bag lukkede døre og altså ikke direkte i mødet med dem. Det stempel, som de socialt udsatte misbrugere har fået påsat, bliver ikke oplevet negativt (i det direkte møde) af sygeplejerskerne, idet de har 'hjerter for' og empati. Alligevel har stemplet betydning for, hvordan sygeplejerskerne møder de

socialt udsatte misbrugere, og dermed hvordan hun handler overfor og behandler dem. Det fremgår, at sygeplejerskerne i visse tilfælde tillægger det sociale arbejde stor betydning, så deres forudindtagethed om de socialt udsatte misbrugere gør, at de ikke får den medicinske behandling, som de har krav på og brug for. Derudover benytter sygeplejerskerne sig af strategiske valg i situationerne for at opretholde en behandlingsalliance. Sygeplejerskerne vælger strategisk, hvilke kampe de skal indgå i, og i virkeligheden ses et totalt fravalg af alle kampe. Sygeplejerskerne fremstår umiddelbart rummelige, men også konfliktsky og stiller ingen krav til de socialt udsatte misbrugere. Sygeplejerskernes rummelighed kan siges at være hendes vigtigste ressource i mødet med de socialt udsatte misbrugere for at kunne opretholde det gode sociale arbejde. Omvendt ses rummeligheden, som det der gør, at de går på kompromis med den sundhedsmæssige behandling og dermed hele årsagen til at patienterne er indlagt.

Sygeplejerskernes sociale arbejde i mødet med de socialt udsatte misbrugere udføres altså i et 'følelsesarbejde med bytteværdi' og ud fra strategier, som har til hensigt at få de socialt udsatte misbrugere med vilde problemer til at blive på afdelingen, således at de i sidste ende kan udføre sundhedsvæsenets formål, nemlig at behandle sygdom. Det paradoksale er dog, at sygeplejerskerne ofte går på kompromis med netop det for at opretholde det gode møde. Det kan dermed også konkluderes, at mødet må ses som komplekst at navigere i, selv på en ellers eksemplarisk afdeling.

## Diskussion

Jeg vil her diskutere specialets konklusioner og metodiske tilgang. Den metodiske tilgang vil blive diskuteret ud fra troværdighed, pålidelighed og generaliserbarhed.

### Diskussion af konklusion

Først og fremmest skal det tydeliggøres, at det socialt arbejde i denne case må ses som et mellemlid, som skal udføres for at få det sundhedsfaglige arbejde til at lykkes. Det vil sige, at sygeplejerskernes sociale arbejde ligger i at få de socialt udsatte misbrugere til at forblive indlagt, således at de kan få den behandling, de har krav på. Det kan dog diskuteres i hvilken grad sygeplejerskerne egentlig lykkedes med deres formål. Som det ses i analyserne, udfører sygeplejerskerne deres arbejde i forhold til De Sygeplejeetiske Retningslinjer, nemlig at yde omsorg i den hensigt at patienterne oplever velvære. Til gengæld lykkes sundhedsvæsenets formål, ifølge Sundhedsloven, at behandle sygdom og lidelser, ikke i alle tilfælde. I nogle tilfælde kan man argumentere for, at målet med behandlingen *kun* er at yde omsorg, og at det må ses som målet for det sundhedsfaglige arbejde, andre gange er det behandlingen af det medicinske der skal lykkes. Der er nemlig et spændingsfelt mellem det sociale arbejde og det sundhedsfaglige, som ikke har nogle klare retningslinjer, og som må ses som et fagligt skøn eller en form for faglig dømmekraft i situationen, som sygeplejerskerne skal navigere i ud fra den enkelte patient. Jeg ser dette som et dilemma i forhold til, hvornår sygeplejerskerne egentlig lever op til de højst faglige standarder, og i mødet med de socialt udsatte misbrugere må det ses som vanskeligt at skelne imellem, hvornår sygeplejerskerne gør det godt nok. Hvad er godt nok, og kan der overhovedet laves retningslinjer og klare mål for mødet med denne gruppe patienter? Er det et godt møde mellem sygeplejerskerne og de socialt udsatte misbrugere, når det sundhedsmæssige arbejde lykkes, eller er det godt, når de accepterer, at det sundhedsmæssige arbejde ikke lykkes set fra enten et socialt- eller sygeplejefagligt perspektiv?

Det kan ligeledes diskuteres, om sygeplejerskerne i bund og grund er *for* rummelige og fokuserer for meget på det sociale arbejde i mødet med de socialt udsatte misbrugere. Man kan argumentere for, at sygeplejerskernes kendetegn, hele kulturen på afdelingen og deres 'hjerte for' er hele årsagen til, at det sundhedsfaglige arbejde ikke lykkes. Deres kendetegn og deres fokus på den gode relation



og omsorg kan i sidste ende resultere i, at den medicinske behandling ikke lykkes og dermed være årsagen til den dårligere behandling i sundhedsvæsenet. Deres arbejde opfattes som anerkendende og inkluderende, men er det i sidste ende for meget? Man kan ligeledes argumentere for, at sygeplejerskerne burde være mindre rummelige og anerkendende i mødet, således at det sundhedsfaglige formål kan lykkes. Omsorgen og sundheden må ses som en svær balance at navigere i. De to ting kan komme til at stå i vejen for hinanden og dermed den optimale behandling. Burde sygeplejerskerne stille højere krav til både dem selv og de socialt udsatte misbrugere, så det egentlige arbejde kan udføres?

Hvis det sociale arbejde, sygeplejerskerne udfører, har til formål at danne behandlingsalliance i mødet for på den måde at udføre de sundhedsmæssige opgaver, kan man argumentere for, at sygeplejerskernes sociale arbejde altså ikke lykkes i den forstand. Sygeplejerskerne ses som rummelige i mødet, men ifølge specialets konklusion, kan denne rummelighed altså ikke altid ses som socialt arbejde med lutter positive resultater. Rummeligheden og den konfliktsky strategi, som sygeplejerskerne benytter sig af, kan siges at være en god strategi at bruge i mødet for at holde patienterne på afdelingen, for at opretholde en behandlingsalliance og for at holde konfliktniveauet nede blandt andre patienter. Sygeplejerskerne handler altså også ud fra konkrete situationer og den organisatoriske ramme, som de indgår i. Men alt efter hvilket perspektiv man ser det fra, er det svært at sige, om den rummelige og konfliktsky strategi i sidste ende er et godt strategisk valg. Sygeplejerskerne navigerer i en balancegang mellem det sociale arbejde og det sundhedsmæssige ud fra konkrete situationer. Men spørgsmålet er om et bedre socialt arbejde og dermed et bedre relationsarbejde eller en bedre behandlingsalliance ville betyde, at sygeplejerskerne kunne stille højere behandlingskrav i mødet? Man kan i hvert fald konkludere, at det sociale arbejde, med hensyn til at opnå en behandlingsalliance, ikke altid er nok for at løse alle de behandlingsopgaver, som man gerne vil løse, ud fra et sundhedsfagligt perspektiv.

Afslutningsvist kan der stilles spørgsmålstejn ved, om den måde hvorpå sygeplejerskerne møder de socialt udsatte misbrugere egentlig er med til at opretholde den sociale ulighed i behandling og sundhed. Ifølge Dansk Sygeplejeråd, FOA, Lægeforeningen og Danske Patienter, som er gået sammen om en række anbefalinger til, hvordan man kan fremme lighed i sundhedsvæsenet, kræver

det, at der tages hensyn til de individuelle behov for at behandlingen kan fungere optimalt for den enkelte patient (Dansk Sygeplejeråd 2018). Ifølge specialets konklusion er det netop det, sygeplejerskerne gør i mødet med de socialt udsatte misbrugere, men i en sådan grad, at den "optimale" behandling i sidste ende ikke altid lykkes. Det må altså siges at være vanskeligt at navigere i, hvornår og hvordan den optimale behandling opnås samt vanskeligt overhovedet at vurdere, hvad den optimale behandling er i mødet med de socialt udsatte misbrugere, når der skal tages hensyn til den enkelte.

## Diskussion af metode

### Troværdighed

Jeg har valgt at lade det interaktionistiske udgangspunkt være gennemgående i specialet, således at det har fået indflydelse på både dataindsamlingen og -genereringen samt analysestrategien. Empirien fortolkes derfor med udgangspunkt i teori indenfor det interaktionistiske perspektiv, hvilket resulterer i en rendyrket og ensidig undersøgelse af mødet mellem sygeplejersker og socialt udsatte misbrugere. Styrken ved det er, at specialet opnår en detaljerig viden om de mikroprocesser, som sker i mødet.

Et andet videnskabsteoretisk udgangspunkt i for eksempel fænomenologien, ville kunne resultere i viden om de socialt udsatte misbrugeres *oplevelse* af mødet med sygeplejerskerne, som der ses forholdsvis bort fra i dette specialet.

Konsekvensen af dette speciales stringente videnskabsteoretiske, metodiske og analytiske tilgang bliver dermed en dybdegående og detaljerig viden om mødet mellem sygeplejerskerne og de socialt udsatte misbrugere på den pågældende afdeling, men indenfor et forholdsvis snævert, afgrænset område.

Jeg har i forbindelse med min dataindsamling bevæget mig mellem deltagerobservation og *shadowing*. Dette har givet mig et indblik i sygeplejerskernes praksis og hverdag helt tæt på, og jeg har fået lov at blive en del af denne praksis. Ulempen ved denne metode er, at min tilstedeværelse uundgåeligt har påvirket sygeplejerskernes praksis og dermed kan troværdigheden af empirien være til diskussion. Personalet fremstår i analysedel 1 og 2 meget eksemplariske. Min tilstedeværelse kan muligvis have påvirket deres tilgang til patienterne, og dette er værd at have for

øje og stille sig en smule kritisk overfor. Desuden er afdelingen stor og med mange ansatte og med *kun* mig som observatør i en forholdsvis kort periode, kan det diskuteres, om den indsamlede empiri kan ses som et generelt billede af afdelingen, og om den samlede mængde observationer indfanger diversiteten på afdelingen. Perioden bestod konkret af otte dage på afdelingen som observatør. Typisk vil et feltarbejde tage op til flere måneder eller år. Eftersom specialet er opsat ud fra en tidsramme, har det ikke været muligt at lave feltarbejde i den størrelsesorden, og det kan derfor diskuteres, i hvor høj grad studiet kan siges at være validt og egentlig afspejler virkeligheden på afdelingen.

### Pålidelighed

I forbindelse med dataindsamlingen har jeg nedskrevet feltnoterne med den hensigt at få en detaljeret beskrivelse af det observerede. Indimellem er det dog ikke lykket sig i tilstrækkelig grad at beskrive den givne situation, omgivelserne eller stemningen. Udfordringen ligger i at skulle opfatte og beskrive alle situationer i detaljer i situationen. Det er ligeledes en udfordring at navigere i, hvornår og hvor meget man kan tillade sig at skrive ned, uden at det forekommer kunstigt og påfaldende og samtidig uden at påvirke aktørerne i situationen. Jeg har tilstræbt at udfylde og færdigskrive noterne umiddelbart efter feltarbejdet for at undgå, at jeg skulle glemme noget, og dermed har jeg sørget for, at beskrivelserne er blevet så korrekte som muligt. Det har dog ikke kunne undgås, at bearbejdsprocessen fra det observerede til det nedskrevne ikke er en til en. Jeg har under mine observationer haft fokus på forskellige ting, og det kan dermed ikke udelukkes, at en anden forsker ville have fremhævet eller undladt andre detaljer. Jeg vurderer dog ikke, at en anden forsker ville have bemærket et helt andet samspil mellem de to instanser, da observationerne netop har haft et særligt fokus, hvilket taler for pålideligheden af specialet. Det, som ikke understøtter specialets pålidelighed, er de forholdsvis tilfældige udvalgte observationsdeltagere. De sygeplejersker, jeg fulgte i løbet af perioden, var valgt af afdelingssygeplejersken og var dermed tilfældigt udvalgt for mig. Ligeledes var den uformelle feltgruppesamtale blevet sammensat af personalet, som var til stede på afdelingen den dag og er derfor også forholdsvis tilfældigt udvalgt. Patienterne, som er indlagt, er der ingen som er herre over, og de er dermed totalt tilfældige. En anden forsker ville dermed højst sandsynligt ende med andre sygeplejersker og en anden gruppe til

feltgruppesamtalen og dermed observere noget andet og få nogle andre svar. Ligeledes ville patienterne uundgåeligt være nogle andre.

En anden ulempe ved observationsstudie, er, at den er tidskrævende både at igangsætte og gennemføre. Samtidig må metoden ses som en stærkt subjektiv metode, som øger risikoen for misforståelser og dermed fejlfortolkning. Dette aspekt gør, at specialet har en lav grad af reliabilitet.

## Generaliserbarhed

Jeg har i specialets indledning beskrevet, at socialt udsatte ofte føler sig dårligt mødt af sundhedsvæsenet. I og med at specialets case er en eksemplarisk case, er det svært at argumentere for, at casen skulle være en typisk case i sundhedsvæsenet. Det forekommer mig dog vanskeligt at tro, at der ikke findes andre eksemplariske afdelinger som den udvalgte, og som ikke ville kunne genkende nogle af specialets resultater. På denne baggrund vil jeg argumentere for, at specialets fund vil have relevans for både de eksemplariske og mindre eksemplariske afdelinger i Danmark, da resultatet kan være lærerigt for sygeplejersker på alle afdelinger.

Endeligt besidder dette speciale en unik karakter på den måde, at mødet mellem sygeplejersker og socialt udsatte misbrugere på en specifik eksemplarisk afdeling i Danmark ikke tidligere er blevet undersøgt. Dette vanskeliggør dog sammenligningspotentialen af resultaterne. På denne baggrund er det derfor ikke muligt at argumentere for en statistisk overførbare.

Trods det at specialet kan have relevans for andre, finder jeg det vanskeligt at argumentere for, at resultaterne er generaliserbare, idet specialet er bygget op omkring et observationsstudie.

Der kan afslutningsvist argumenteres for, at specialets resultater kan ses som en start på det, som Dansk Sygeplejeråd, FOA, Lægeforeningen og Danske Patienter anbefaler kommuner og regioner at gøre, nemlig at evaluere, "om de er gode nok til at levere sundhedstilbud til de sårbare borgere" (Dansk Sygeplejeråd 2018).

## Litteraturliste

### Bøger:

**Antoft R. & Salomonsen H. H.** (2007) Det kvalitative casestudium – introduktion til en forskningsstrategi. I: Antoft R., Jacobsen M. H., Jørgensen A. & Kristiansen S. (red.) *Håndværk og horisonter. tradition og nytænkning i kvalitativ metode*. Syddansk Universitet.

**Brinkmann S.** (2015) Etik i en kvalitativ verden. I: Brinkmann S. & Tanggaard L. *Kvalitative metoder – en grundbog*. 2. udgave, Hans Reitzels Forlag.

**Christensen U. & Larsen J. E.** (2012) Social udsathed og helbred. I: Lund R., Christensen U. & Iversen L. (red.) *Medicinsk Sociologi. Sociale faktorerers betydning for befolknings helbred*. 2. udg. Munksgaard.

**Czarniawska B.** (2007) *Shadowing and other techniques for doing fieldwork in modern societies*. Liber, Copenhagen Business School Press, Universitetsforlaget.

**Dybbroe B. & Kappel N.** (2012) Ulighed i sundhed – et sundhedsfremmeperspektiv på socialt udsattes adgang til sundhed. I: Dybbroe B., Land B. & Nielsen S. B. *Sundhedsfremme – et kritisk perspektiv*. Samfundslitteratur.

**Ejrnæs M. & Monrad M.** (2017) Teorier om sociale problemer. I: Guldager J. & Skytte M., *Socialt arbejde – teorier og perspektiver*. 2. udg. 1. opl. Akademisk Forlag, København.

**Engdahl E. & Jacobsen M. H.** (2014) Emotionssociologi – Hverdagslivets følelser. I: Jacobsen M. H. & Kristiansen S., *Hverdagslivet, sociologier om det upåagtede*. 2. Udg. Hans Reitzels Forlag.

**Frederiksen M.** (2018) Design. I: S. P. Olesen & M. Monrad (red.), *Forskningsmetode i Socialt Arbejde*. Hans Reitzels Forlag.

**Goffman E.** (2014) *Stigma. Om afvigerens sociale identitet*. 2. udg. 3. opl. Samfundslitteratur.

**Goffman E.** (1961) *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*.  
Doubleday

**Greve B.** (2016) Velfærdsstatens og befolkningssammensætningens udvikling i Danmark. I:  
Glasdam S. & Jørgensen J. W., *Det nære sundhedsvæsen – perspektiver på samfundsudviklingen og møder mellem mennesker*. Munksgaard.

**Hillgaard L. & Keiser L.** (1979) *Social (be)handling: teori og metode i socialt arbejde*. 4. opl.  
Munksgaard

**Hochschild A.** (1983) *The Managed Heart: Commercialization of Human Feeling*. Berkeley, CA.  
University of California Press.

**Hutchinson G. S. & Olteal S.** (2006) *Modeller i socialt arbejde*. Hans Reitzels Forlag, København.

**Iversen L.** (2013) Ulighed i sundhed – levekår og livsstil. I: Niklasson G., *Sundhed, menneske og samfund*. 1. udg. Samfundslitteratur.

**Jacobsen M. H. & Kristiansen S.** (2013) Stigmatisering i sundhedsvæsenet. I: Niklasson G.,  
*Sundhed, menneske og samfund*. 1. udg. Samfundslitteratur.

**Jacobsen M. H. & Kristiansen S.** (2014) De ødelagte identiteters sociologi. I: Goffman E., *Stigma. Om afvigerens sociale identitet*. 2. udg. 3. opl. Samfundslitteratur.

**Jacobsen D. I. & Thorsvik J.** (2014) *Hvordan organisationer fungerer – en indføring i organisation og ledelse*. 3. Udg. 1. Opl. Hans Reitzels Forlag, København.

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

**Justesen L. & Mik-Meyer N.** (2010) *Kvalitative metoder i organisations- og ledelsesstudier*. 1. udg. Hans Reitzels Forlag.

**Jørgensen A.** (2008) Hermeneutik, fænomenologi og interaktionisme – tre sider af samme sag. I: Jacobsen M. H. & Pringle K., *At forstå det sociale – sociologi og socialt arbejde*. 1. udg. 1. Opl. Akademiske forlag, København.

**Kristiansen S. & Krogstrup H. K.** (2015) *Deltagende observation*. 2. udg. 1. Opl. Hans Reitzels Forlag.

**Krogstrup H. K.** (2016) *Evalueringsmodeller*. 3. udg. Hans Reitzels Forlag.

**Lund R. & Nilsson C. J.** (2013) Sundhed og sociale netværk I: Niklasson G. *Sundhed, menneske og samfund*. 1. udg. Samfundslitteratur.

**Martinsen K.** (2006) *Samtalen, skønnet og evidensen*. 1. udg. Gads Forlag.

**Mik-Meyer N. & Villadsen K.** (2007) *Magtens former*. 1. udg. 5 opl. Hans Reitzels Forlag.

**Olesen S. P. & Monrad M.** (2018) *Indledning*. I: S. P. Olesen & M. Monrad (red.), *Forskningsmetode i Socialt Arbejde*. Hans Reitzels Forlag.

**Rantorp A. G.** (2014) Ensomheden spørger blandt de studerende. I: Pedersen K. L. (2014) *Ensom, men ikke alene - en antologi om unge og ensomhed*. Ventilen Danmark, København

**Rubington E. & Weinberg M. S.** (2011) *The Study of Social Problems – Seven Perspectives*. Oxford University Press. New York.

**Skytte M.** (2013) Minoritetsgrupper i sundhedsvæsenet. I: Niklasson G. *Sundhed, menneske og samfund*. 1. udg. Samfundslitteratur.

**Stax T. B.** (2005) Samtaler i detaljer, detaljer i samtaler: Etnometodologisk konversationsanalyse. I: Järvinen M. & Mik-Meyer N., *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv*. 1. udg. 2. opl. Hans Reitzels Forlag.

**Szulevicz T.** (2015) Deltagerobservation. I: Brinkmann S. & Tanggaard L. *Kvalitative metoder – en grundbog*. 2. udgave, Hans Reitzels Forlag.

**Wærness K.** (1982) *Kvinneperspektiver på socialpolitikken*. Universitetsforlaget, Oslo.

**Wærness K.** (1989) *Et program for omsorgsforskning*. Sociologisk Institut. Bergen Universitet.

**Yin R. K.** (1994) *Case Studie Reseach – Design and Methods*. Sage Publication.

## **Rapporter:**

**Ahlmark N., Sørensen I. K. & Davidsen M.** (2019) *Socialt udsattes sundhed og trivsel i København og resten af landet 2007-2017*. Statens Institut for Folkesundhed, SDU, København.

**Ahlmark N., Sørensen I. K., Davidsen M. & Ekholm O.** (2018) *SUSY udsat 2017, Sundhedsprofil for socialt udsatte i Danmark og udviklingen siden 2007*. Statens Institut for Folkesundhed, SDU, København.

**Amtsrådsforeningen, Center for Små Handicapgrupper, Dansk Selskab for Kvalitet og Sundhedsvæsenet, Dansk Sygeplejeråd, De Samvirkende Invalideorganisationer, Den Almindelig Danske Lægeforening, Forbrugerrådet, Hjerteforeningen, Hovedstadens Sygehusfællesskab,**



**Kræftens Bekæmpelse, Landsforeningen af Polio-, Trafik- og Ulykkesskadede, Landsforeningen Bedre Psykiatri, Landsforeningen SIND, Patientforeningen Danmark & Scleroseforeningen (2003)**

*Patientens møde med sundhedsvæsenet. De mellem menneskelige relationer – anbefalinger for kommunikation, medinddragelse og kontinuitet.* Århus

**Benjaminsen L., Birkelund J. F., Enemark H. E. & Anderade S. B. (2018)** *Socialt udsatte borgeres brug af velfærdssystemet: En samfundsøkonomisk analyse.* VIVE, København.

**Davidson M., Pedersen P. V., Holst M. & Juel K. (2013)** *Dødelighed blandt socialt udsatte i Danmark 2007-2012. Overdødelighed, middellevetid og dødsårsag.* Statens Institut for Folkesundhed, SDU, København.

**Geckler S. & Hansen H. (2014)** *Afdækning af uligheder i behandling.* Center for Alternativ Samfundsanalyse, København.

**Hvass L. R., Manghezi A., Folker A. P., Sandø N & Sundhedsstyrelsen (2012)** *Social ulighed i sundhed - hvad kan kommunen gøre?* Sundhedsstyrelsen, København.

**Indenrigs-og sundhedsministeriet & Socialministeriet(2005)** *Fælles værdier i indsatsen for mennesker med sindslidelser. Faglighed, respekt, ansvar.* København.

**Juel K., Davidson M., Pedersen P., & Curtis T. (2010)** *Socialt udsattes brug af sundsvæsenet.* Statens Institut for Folkesundhed, SDU, København.

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

**Kompetencecenter for patientoplevelser (2019)***LUP Somatik 2018 – National rapport.* Kompetencecenter for patientoplevelser, Region hovedstaden.

**Lasgaard M. & Friis K.** (2015) *Ensomhed i befolkningen - forekomst og metodiske overvejelser*. CFK - folkesundhed og kvalitetsudvikling, Aarhus.

**Michaelsen J. J.** (1999) *Kommunikation i den primære sundhedstjeneste: en kvalitativ undersøgelse af relation og interaktion mellem hjemmesygeplejersken og den "vanskelige" patient*. Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Aarhus Universitet.

**Pedersen P. V.** (2009) *Dårligt liv – dårligt helbred. Socialt udsattes oplevelse af eget liv og sundhed*. Rådet for Socialt Udsatte, København.

**Pedersen P. V.** (2018) *Socialt udsattes møde med sundhedsvæsenet*. Statens Institut for Folkesundhed, SDU, København.

**Simonsen M. K., Christensen A. I., Hesse U., Davidsen M., Bjerregaard P., Diderichsen F., Faber M. T., Kristoffersen J. & Curtis T.** (2007) *Hvad ved vi om socialt udsattes sundhed? Gennemgang af litteratur samt analyse af eksisterende datamaterialer vedrørende socialt udsattes sundhedsvaner, helbred og sygelighed*. Rådet for Socialt udsatte, København.

**Strøbæk L., Davidsen M. & Pedersen V.** (2017) *Socialt udsattes dødelighed og brug af sundhedsvæsenet*. Rådet for Socialt Udsatte og Statens Institut for Folkesundhed, SDU, København.

**Sundhedsstyrelsen & Socialstyrelsen** (2012) *Et sundt liv for udsatte borgere*. Sundhedsstyrelsen, København.

**Sygeplejeetiske råd** (2014) *De Sygeplejeetiske Retningslinjer*. 2. udg.

## Artikler:

**Dybbroe B.** (2006) *Omsorg i skæringspunktet mellem arbejde og liv*. Tidsskrift for arbejdsliv, 8 årg. Nr. 1. (s. 67-89)

**Henderson S., Stacey C. & Dohan D.** (2008) *Social Stigma and the Dilemmas of Providing Care to Substance Users in af Safety-Net Emergency Department*. Journal of Health Care for the Poor and Underserved 19.

**Johansen K., Busch S., Jeppesen P. P., Mårtensson S., Poulsen H. & Larsen J. L.** (2018). *Dobbeltdiagnosepatienters møde med det psykiatriske behandlingssystem*. Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund, nr. 28.

**Kragelund L.** (2007) *Dilemmaer ved at gennemføre forskning i egen organisation*. Klinisk sygepleje, Årg. 21, nr. 1.

## Internetsider:

**Dansk Misbrugsbehandling** (2019) *Er du, eller en du holder af, afhængig af kokain?* Besøgt d. 25.09.19 på:  
<https://www.danskmisbrugsbehandling.dk/kokain-misbrug/>

**Dansk Sygeplejeråd** (2018) *Den voksende ulighed i sundhed skal stoppes nu* .Besøgt d. 29.11.19 på:  
<https://dsr.dk/politik-og-nyheder/nyhed/den-voksende-ulighed-i-sundhed-skal-stoppes-nu>

**Kjeldsen S. B.** (2007) *Alkoholikere mødes af fordomme*. Besøgt d. 26.09.19 på:  
<https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-2007-6/alkoholikere-moedes-af-fordomme>

**Mammen D.** (2018) *Ulighed i sundhed rammer de socialt udsatte*. Besøgt d. 10.09.19 på:  
<https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-2018-7/ulighed-i-sundhed-rammer-de-socialt-udsatte>

**Psykiatrifonden** (2019) *Misbrug*. Besøgt d. 25.09.19 på:

<https://www.psykiatrifonden.dk/viden/diagnoser/misbrug-af-alkohol-og-stoffer/misbrug.aspx>

**Rådet for Socialt Udsatte**(2019a) *Sundhed for socialt udsatte*. Besøgt d. 08.10.19 på:

<https://www.udsatte.dk/indsatsomrader/sundhed/>

**Rådet for Socialt Udsatte** (2019b) *SUSY UDSAT 2017*. Besøgt d. 10.09.19 på:

<https://www.udsatte.dk/publikationer/94/susy-udsat-2017>

**Straszek S.** (2015) *Stofmisbrug og afhængighed*. Besøgt d. 25.09.19 på:

<https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/psyke/sygdomme/narkotiske-stoffer/stofmisbrug-og-afhaengighed/>

**Sundheds- og Ældreministeriet** (2019) *Bekendtgørelse af sundhedsloven*. Besøgt d. 31.09.19 på:

<https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=210110>