

# *“DET ER FRUSTRERENDE, MEN OGSÅ ENORMT GIVENDE”*

EN KVALITATIV UNDERSØGELSE AF SUNDHEDSPERSONALET'S  
OPLEVELSE AF ARBEJDET MED DOBBELTDIAGNOSEPATIENTER



10. Semester på kandidatuddannelsen i Sociologi, Aalborg Universitet

Maj 2024

**Gruppe 10:** Emma Guldbæk Rude Andersen & Lina Kjeldsen

**Anslag:** 180.607

**Vejleder:** Morten Kyed

# SUMMARY

Patients with a dual diagnosis - a mental disorder and a substance use disorder, either with alcohol or drugs - are among the most vulnerable patient groups in society, often requiring complex treatment pathways. Research on the employees who work directly with dual diagnosis patients indicates that working with this patient group places significant demands on the staff. These employees often report that they lack the necessary tools, resources, and knowledge to effectively address the complex issues associated with dual diagnoses. The aim of this thesis is, therefore, to examine how nurses and substance abuse counselors, who are among the professionals working most closely with dual-diagnosis patients, perceive their work with this patient group, and the impact they believe this work has on their sense of meaning and moral distress in their job. To investigate this, we have taken a philosophical hermeneutic scientific theoretical approach, as well as an adaptive perspective. This adaptive perspective allows a creative interplay between theory and empirical data, in which we maintain a particular openness to unexpected findings in the thesis.

The theoretical offset in this thesis is not based on entire theoretical frameworks, but three key theoretical concepts: Meaning at work, moral distress, and job crafting. We utilize the concept of meaning to illuminate the significance that participants attribute to their work. Furthermore, we use moral distress to understand how participants experience and cope with this particular form of loss of meaning, and job crafting to understand how participants redefine their work to address and prevent moral distress. To shed light on this, we employed qualitative semi-structured interviews. In total, four psychiatric nurses as well as five substance abuse counselors from several different substance abuse centers across danish municipalities and regions agreed to participate in our study.

Among the most interesting findings in the analysis were that the participants fundamentally find their work meaningful, which is attributed, among other factors, to the realization of potential, contribution, value creation, and productive community. Through these factors, participants perceive that they have the opportunity to utilize and develop their strengths in their work, contributing to something greater than themselves, all in collaboration with their colleagues. However, we also find that while community with colleagues is indeed important for participants' sense-making, this community may not always function optimally. Internal tensions and unfavorable relationships can arise. In this context, it is observed that

the care relationship with the patients is particularly meaningful to the participants. It creates meaning to do something for another human being. Furthermore, we observed the particular form of loss of meaning that can be experienced when employees perceive that the framework of their work prevents them from doing what they find morally right. Here, it is observed that organizational and interactional barriers such as rigid guidelines and criteria, diverging healthcare assessments, and the necessity of interdisciplinary treatment may require participants to compromise their own moral values and professional convictions. This can lead to emotions such as frustration, inadequacy, self-blame, uncertainty, worry, and powerlessness among the participants. To counteract or prevent moral distress, we find that participants extensively utilize job crafting. Particularly, we observe that participants use job crafting to expand their job tasks to include tasks specifically related to caregiving relationships and harm reduction work. For instance, participants actively seek relationships with patients to establish connection and address any potential loss of meaning. Similarly, the focus on harm reduction serves as a way for employees to manage the challenges of working with dual diagnosis patients, who can be a difficult patient group to engage with. This form of job crafting is aimed at creating a positive narrative, allowing participants to articulate to themselves that they have at least done something. Therefore, job crafting is central to participants' sense-making.

# INDHOLDSFORTEGNELSE

<b>SUMMARY .....</b>	<b>2</b>
<b>1. PROBLEMFELT .....</b>	<b>6</b>
1.1 DOBBELTDIAGNOSEPATIENTER .....	6
1.2 INDFLYDELSE PÅ MEDARBEJDERNES ARBEJDE .....	8
1.2.1 ESSENSEN AF RELATIONSARBEJDET.....	10
1.3 OPSAMLING .....	12
<b>2. PROBLEMFORMULERING.....</b>	<b>13</b>
2.1 'PATIENTER' .....	14
2.2 'MEDARBEJDERE' .....	14
<b>3. VIDENSKABSTEORI &amp; FORSKNINGSTILGANG .....</b>	<b>15</b>
3.1 FILOSOFISK HERMENEUTIK .....	15
3.2 DEN ABDUKTIVE FORSKNINGSTILGANG.....	17
<b>4. METODE .....</b>	<b>19</b>
4.1 KVALITATIVE SEMISTRUKTUREREDE INTERVIEWS .....	19
4.2 UDVÆLGELSE OG REKRUTTERING AF INFORMANTER .....	19
4.3 INTERVIEWGUIDE OG INTERVIEWSPØRGSMÅL .....	21
4.4 INTERVIEWSITUATION .....	24
4.5 BEARBEJDELSE AF INTERVIEWS .....	25
4.5.1 TRANSSKRIFTION.....	25
4.6 ETISKE OVERVEJELSER.....	27
4.7 KVALITETSKRITERIER .....	28
4.7.1 TRANSPARENS.....	28
4.7.2 GYLDIGHED .....	29
4.7.3 ANALYTISK GENERALISERBARHED .....	29
<b>5. TEORI.....</b>	<b>31</b>

5.1 MENING I ARBEJDE .....	31
5.1.2 MORALSK STRESS.....	34
5.2.2 JOB CRAFTING .....	36
<b>6. ANALYSESTRATEGI.....</b>	<b>39</b>
6.1 KODNINGSSTRATEGI .....	40
<b>7. ANALYSE .....</b>	<b>42</b>
7.1 PRÆSENTATION AF INFORMANTER .....	42
7.2 ET MENINGSGIVENDE ARBEJDE.....	43
7.2.1 BETYDNINGEN AF OMSORGSRELATIONEN OG ET KOLLEGIALT FÆLLESSKAB.....	47
7.2.2 TRUSLER MOD MEDARBEJDERNES MENINGSSKABELSE.....	53
7.3 MEDARBEJDERNES OPLEVELSE AF MORALSK STRESS.....	55
7.3.1 PROFESSIONEL INTEGRITET MOD SYSTEMETS KRAV.....	56
7.3.2 NÅR VÆRDIER OG VIRKELIGHED KOLLIDERER.....	60
7.4 JOB CRAFTING I ARBEJDET MED DOBBELTDIAGNOSE- PATIENTER.....	65
7.4.1 RELATIONSARBEJDE SOM UDVIDELSE AF ARBEJDETS FORMELLE RAMMER.....	68
7.4.2 SKADESREDUCERENDE ARBEJDE: SMÅ SEJRE OG STOR BETYDNING .....	70
7.5 OPSAMLING - KALD, FÆLLESSKAB OG MORALSKE DILEMMAER .....	74
<b>8. KONKLUSION .....</b>	<b>77</b>
<b>9. LITTERATURLISTE.....</b>	<b>79</b>

# 1. PROBLEMFELT

## 1.1 DOBBELTDIAGNOSEPATIENTER

I det danske sundhedsvæsen omtales mennesker med en eller flere psykiske lidelser og et samtidigt misbrug, oftest som dobbeltdiagnosepatienter. Her defineres misbrug som en skadelig anvendelse af rusmidler - alkohol, stoffer eller lægemidler - som kan have fysiske og/eller psykiske konsekvenser (Sundhedsstyrelsen 2022: 133). Dette udgør et udbredt problem, bidrager til overdødelighed og medfører betydelig lidelse for både den berørte person og deres nærmeste relationer. Statistikker indikerer endvidere, at en betragtelig del af mennesker med misbrugsproblemer samtidig lider af en eller flere psykiske lidelser (Sundhedsstyrelsen 2022: 133). Det er hermed ikke ualmindeligt at mange psykiske lidelser kompliceres af misbrug af stoffer eller alkohol, og der kan være mange forskellige årsager til at nogle påbegynder et misbrug. For nogle kan det være et forsøg på 'selvmedicinering', hvor man ved hjælp af rusmidler forsøger at mindske symptomerne på en psykisk lidelse, eksempelvis angst eller depression, eller som en måde at dæmpe de psykologiske reaktioner på lidelsen som eksempelvis tristhed, bekymring eller opgivenesshed (Merinder 2008: 28). Inden for dobbeltdiagnoseområdet har der gennem mange år været tale om selvmedicinering som en del af forklaringen på, hvorfor mennesker med en psykisk lidelse bruger rusmidler. Ud fra en medicinsk logik giver dette mening i den udstrækning, at de mennesker som selvmedicinerer ikke får den rette lægelige medicinering (Sundhedsstyrelsen 2022: 55, 133 ; Johansen et al. 2018a: 165 ; Gregg et al. 2007: 500). Uagtet den egentlige årsag til misbruget vil følgesymptomerne til afhængighed, herunder psykiske, somatiske og sociale skadevirkninger, blive gradvist forværret og potentielt medføre at den psykiske lidelse bliver vanskeligere at behandle (Sundhedsstyrelsen 2022: 55, 133).

Inden for området skønnes det, at der i dag lever mere end 30.000 mennesker med både psykiske lidelser og et samtidigt misbrug, herunder ca. 60 pct. mænd og ca. 40 pct. kvinder (Sundhedsstyrelsen 2022: 133). Tilbage i 2018 var der kun registreret ca. 13.000 mennesker med en dobbeltdiagnose, som, ifølge Sundhedsstyrelsen, opfyldte følgende: "(...) samtidig diagnose af psykisk lidelse samt diagnosticeret misbrug 12 mdr. før eller efter diagnosticering af psykisk lidelse" (Sundhedsstyrelsen 2022: 55). Undersøgelser viser dog, at der findes et bemærkelsesværdigt stort mørketal på området, idet en stor andel af de patienter, som har et misbrug samtidig med en psykisk lidelse, ikke får dette konstateret eller

behandlet (Sundhedsstyrelsen 2022: 55 ; Johansen et al. 2018: 166). Sundhedsstyrelsen pointerer i denne sammenhæng, at det er vanskeligt at måle det præcise omfang af mennesker med dobbeltdiagnose, idet der forekommer begrænsninger i registerdata, samt udfordringer med underregistreringer på området. Hermed er nuværende tal udelukkende estimater, som fremkommer ved registeranalyser og minimumstal, idet der eksisterer et antal mennesker, som har en rusmiddelrelateret eller psykisk lidelse, der endnu ikke er udredt eller diagnosticeret (Sundhedsstyrelsen 2022: 55). Dette understøttes af et studie, som undersøger diagnoser vedrørende brug af psykoaktive stoffer blandt psykiatrisk indlagte. Resultaterne herfra viser, at ca. 25 pct. af de indlagte patienter havde en konstateret misbrugsdiagnose, men at hele 50 pct. opfyldte kriterierne for en misbrugsdiagnose (Hansen et al. 2000: 432 ; Sundhedsstyrelsen 2022: 55).

Ovennævnte skitsering af udfordringer såsom underregistreringer, samt manglende udredninger og diagnosticering af mennesker med dobbeltdiagnose, fremstår herved som en fremtrædende problematik på området, hvor årsagerne dertil kan være mange. Yderligere udfordringer i behandlingen af dobbeltdiagnosepatienter kan findes i organiseringen af behandlingstilbuddene. Dobeltdiagnosepatienter er en særlig udsat patientgruppe, hvorfor der kræves en høj grad af koordinering mellem misbrugsbehandlingen og den psykiatriske behandling. Organisatorisk er misbrugsbehandlingen og den psykiatriske behandling imidlertid adskilt. Efter strukturreformen i 2007 blev misbrugsbehandlingen forankret i kommunerne, mens ansvaret for den psykiatriske behandling er placeret i regionerne (Socialstyrelsen 2015: 4). Dette betyder også, at der som udgangspunkt er mange aktører involveret i den enkelte patients behandlingsforløb, hvilket kan være med til at gøre forløbene lange og komplekse (Fink-Jensen 2016). Forskning af dobbeltdiagnosepatienters møde med det psykiatriske behandlingssystem fremhæver således også, at de adspurgte patienter generelt har en oplevelse af, at det psykiatriske personale ikke tager sig af deres misbrug. Dette til trods for, at et samtidigt misbrug formelt set er en del af den psykiatriske diagnosemanual - ICD-10, hvori misbrug af rusmidler har eget kapitel og egne diagnosekoder – men alligevel ikke altid resulterer i en misbrugsdiagnose (Johansen et al. 2018a: 166 ; Ahlmark et al. 2021: 63). En anden undersøgelse betoner ligeledes, hvordan det ikke er atypisk, at patienter kan blive afvist af det psykiatriske behandlingssystem, hvis de har et misbrug. Dette begrundes med, at misbruget skal afhjælpes, før den psykiatriske behandling kan påbegyndes. Samtidig fremhæves det, at misbrugsbehandlingssteder ofte heller ikke tager borgere

ind med psykiske lidelser med argumentet om, at den psykiske lidelse skal behandles, før der kan tages hånd om misbruget (Ahlmark et al. 2021: 63). Det er dog ikke udelukkende i forhold til diagnosticering af et samtidigt misbrug, at psykiatrien, ifølge litteraturen, har et 'blindt punkt'. Ligeledes ses det, hvordan patienterne har haft en følelse af at være en form for 'andenrangspatient', som ikke har en lige så stor ret til en sengeplads i den regionale psykiatri som de patienter, der ikke har et misbrug. Samtidig fortæller patienterne, at personalet som regel ikke spørger ind til deres misbrug, når de er indlagt. Undersøgelsen indikerer i denne sammenhæng, at patienternes misbrug ikke anses som et problem, som patienterne kan forvente, at psykiatrien skal hjælpe dem med (Johansen et al. 2018a: 163 ; Psykiatrifonden u.å.). I denne forbindelse fremhæver en evaluering af 'Projekt Socialsygepleje' fra 2013, at: "(...) nogle af de mest udsatte dobbeltdiagnosebrugere, der har størst behov for hjælp, faktisk ender med at få de dårligste behandlingsforløb i psykiatrien, fordi de ikke passer ind i systemets kasser og procedurer" (Busch 2020: 57-58). Ydermere konstaterer evalueringen, at måden hvorpå rusmiddelbehandlingen ofte spørger borgerne ind til deres misbrug - eksempelvis, 'hvad er det stoffer gør for dig', og 'hvad er det, du bruger dem til?' - ikke er en naturlig måde for personalet i den regionale psykiatri, at tilgå patienter med et samtidigt misbrug. Her bliver misbruget snarere mødt med fordømmelse og sanktioner, og patienter med dobbeltdiagnose bliver som følge heraf anset som 'besværlige patienter' (Busch 2020: 58). På baggrund af ovenstående kan det tyde på, at der i psykiatrien blandt andet forekommer en manglende opmærksomhed rettet mod mere generelt at spørge patienterne mere fordomsfrit ind til et potentielt misbrug og konsekvenserne ved dette, samt at tilbyde en samtidig behandling af misbrugsproblematikkerne (Johansen et al. 2018a: 166-167 ; Ahlmark et al. 2021: 63).

## 1.2 INDFLYDELSE PÅ MEDARBEJDERNES ARBEJDE

Arbejdet med dobbeltdiagnosepatienter kan være komplekst, og det kan stille store krav til den enkelte medarbejders arbejde, idet denne patientgruppe ofte opleves som en mere besværlig og sårbar patientgruppe, som kan være svære at samarbejde med og svære at rumme (Ludvigsen & Brünés 2013: 15 ; Busch 2020: 58). Denne problematik forværres, når medarbejderne ikke har de fornødne redskaber, ressourcer og viden til rådighed til at håndtere de komplekse problemstillinger, der ofte følger med pleje og behandling af dobbeltdiagnosepatienter (Ludvigsen & Brünés 2013: 15). Dette går først og fremmest ud over kvaliteten af behandlingen, men det kan også have konsekvenser for medarbejderne selv. De organisatoriske rammer som medarbejderne i regionerne og kommunerne er underlagt betyder nemlig,



at det på forhånd er besluttet, hvad der kan bevilges af tid og ressourcer til pleje og behandling af de enkelte patienter (Olesen et al. 2023: 153). Dette er rammer, som ikke altid er nær så fleksible som det kunne ønskes, hvilket i sidste ende kan lede til udfordringer af både følelsesmæssig karakter og meningstab hos medarbejderne. De kan i denne sammenhæng opleve at må gå på kompromis med dem selv, deres faglighed og kvaliteten af deres arbejde (Vaaben et al. 2023: 20-22 ; 24-25). Omfanget af danske undersøgelser omhandlende medarbejdernes specifikke arbejde med dobbeltdiagnosepatienter i den regionale psykiatri og de kommunale misbrugscentre er imidlertid begrænset, mens studier fra andre dele af sundhedsområdet, blandt andet fra ældreplejen, det somatiske sundhedsvæsen og andre dele af psykiatrien, viser, at det kan give anledning til store frustrationer blandt medarbejderne, når rammerne om patientplejen ikke fungerer optimalt (Olesen et al. 2023 ; Grøn et al 2023).

Det er ikke gået ubemærket hen, at det offentlige sundheds- og omsorgsarbejde lider under mangel på kvalificeret arbejdskraft (Sundhedsstyrelsen 2022: 10 ; Vaaben et al. 2023a: 31). I denne sammenhæng fremhæver en rapport omhandlende sygeplejerskers bevæggrunde for at forlade sygeplejefaget, at det er: “(...) vigtigt at interessere sig for de følelser og frustrationer, der kan få sygeplejersker til at forlade et arbejde, de i udgangspunktet synes er både vigtigt og meningsfuldt” (Vaaben et al. 2023a: 69), idet følelser er særligt afgørende for, hvilke valg den enkelte medarbejder træffer i sit arbejdsliv (Vaaben et al. 2023a: 69). Det står endvidere klart, at sygeplejerskerne ønsker at påtage sig en forpligtelse ved at gøre en forskel og hjælpe andre, og at dette for mange ligger til grund for valg af uddannelse. Dog indikerer rapporten, at selvsamme drivkraft kan få sygeplejerskerne til at forlade det offentlige sundhedsvæsen igen (Vaaben et al. 2023a: 72). Dette begrundes blandt andet med, at hvis sygeplejerskerne ikke har mulighed for at opfylde deres faglige mål og sikre at patientplejen fungerer optimalt, samtidig med at de bevarer deres personlige og faglige integritet, vil de begynde at overveje andre muligheder. I denne forbindelse fremhæver rapporten, at når sygeplejerskerne føler sig tvunget til at gå på kompromis med deres etiske principper og værdier, kan de opleve det, som kaldes moralsk stress. Her bruges moralsk stress til at beskrive, hvordan sygeplejerskerne føler, at de forhindres i at gøre det rigtige, og dermed ikke mener, at de kan stå inde for deres arbejde, hvilket i sidste ende kan resultere i at sygeplejerskerne forlader deres job (Vaaben et al. 2023a: 26, 72). Tilsvarende fungerer moralsk stress ligeledes som en push-faktor, der skubber medarbejderne ud af deres jobs mod deres vilje, eksempelvis fordi de ikke mener, at de kan holde til arbejdet, stå inde for behandlingen af patienterne eller lignende

(Vaaben et al. 2023a: 26-27, 72). Rapporten konkluderer at sygeplejerskerne i nogle tilfælde kommer helt derud, hvor deres faglighed og kvaliteten af deres arbejde udfordres i sådan grad, at arbejdet med mennesker og følelsen af at gøre en forskel ikke længere “bærer lønnen i sig selv” (Vaaben et al. 2023a: 72). Dette er ikke uden modvilje og sorg, idet de i udgangspunktet gerne vil støtte op om og arbejde for et bedre sundhedsvæsen, som prioriterer patienterne højest (Vaaben et al. 2023a: 72).

Samlet set er der behov for et fyldestgørende fokus rettet mod de præmisser, som det offentlige sundhedsfaglige personale arbejder under, for på denne vis at forebygge yderligere personaleflugt. Dette kræver et gradvis skærpet fokus og interesse for medarbejdernes synspunkter og følelser, samt retningen for deres frustration (Ludvigsen & Brünés 2013: 15 ; Olesen et al. 2023: 153 ; Vaaben et al. 2023a: 69). På baggrund af ovenstående undersøgelser står det klart, at en forudsætning for at dette kan imødekommes forudsætter arbejdsforhold, som ikke udspiller personalet mod deres egne etiske principper og værdier. Ydermere bør fokus rettes mod at sikre det fundament, som danner grundlag for personalets motivation, for at vedblive i deres arbejde - netop essensen af at gøre en forskel (Vaaben et al. 2023a: 72-73) - hvilket ligeledes støtter op om specialets genstandsfelt.

### 1.2.1 ESSENSEN AF RELATIONSARBEJDET

En stor del af arbejdet med dobbeltdiagnosepatienter omhandler relationsarbejde. Et gennemgående træk i empiriske og teoretiske forståelser af relationsarbejde er, at det kan fremstå som noget, der er diffust og svært at sætte ord på (Grøn et al. 2023: 13). Overordnet beskriver relationsarbejde dog den proces, hvorigennem sundhedsarbejdere skaber, vedligeholder og opretholder relationer til de patienter, som de er i kontakt med (Grøn et al. 2023: 105-107). Relationsarbejde er essentielt, fordi det muliggør alle andre sundhedsfaglige omsorgsopgaver, ligesom det både giver anledning til arbejdsglæde for medarbejderne og fungerer som en kilde til glæde og tilfredshed for patienter og pårørende (Grøn et al. 2023: 18 ; 24 ; 51). Relationsarbejdet gør det ligeledes nemmere at forstå patienten og dennes individuelle behov, og der kan eksempelvis være særlige reaktionsmønstre eller reaktioner ved patienten, som er væsentlige at kende for medarbejderen (Grøn et al. 2023: 63). Det er derfor ligeledes væsentligt, at man som medarbejder har en respektfuld og anerkendende tilgang til patienten, hvor kommunikationen opleves som ligeværdig (Ludvigsen & Brünés 2013: 56). Denne relationsskabende tilgang kan imidlertid udfordres af stram styring, standardiserede arbejdsgange, travlhed og omfattende krav om eksempelvis

dokumentation, der tager tid fra medarbejderen, som kunne være brugt på patienten (Grøn et al. 2023: 54-56). Dette kan betyde, at medarbejderen ikke føler, at de udfører deres arbejde ordentligt, at de hele tiden er bagud eller de må gå på kompromis med, hvad de selv synes er værdigt for patienten (Grøn et al. 2023: 58-59). For at komme uden om denne stramme styring og de standardiserede krav til opgaveløsningen, praktiserer medarbejderne ofte det, der kaldes 'skyggearbejde'. Begrebet blev introduceret i en dansk undersøgelse fra 2020, hvis analyse er funderet på et fire måneders feltstudie i psykiatrien (Friis Andersen et al. 2020: 13). Heri fandt de, at de ansatte i det skjulte udvider deres muligheder for at gøre noget andet eller mere for patienterne, end det de standardiserede forløb foreskriver. Dette kan eksempelvis være når medarbejderne undlader at registrere det som en session, hvis en patient udebliver uden afbud, tilbyder patienten mere behandling end behandlingsforløbet egentligt tillader eller har såkaldte "skuffepatienter", som får terapi i lang tid efter behandlingsforløbets egentlige ophør (Friis Andersen et al. 2020: 15). Skyggearbejdet er således en måde for medarbejderne at generobre indflydelse til at handle med afsæt i deres egen professionelle dømmekraft, og et forsøg på at undgå at gå på kompromis med deres egen faglighed. Dette kan imidlertid have en lang række negative konsekvenser for medarbejderne, idet de fortsat skal passe deres formelle arbejdsopgaver. Derfor drejer skyggearbejdet sig oftest om arbejdsintensivering og udvidelse af arbejdstiden, hvilket i praksis betyder, at de ansatte ofte må springe frokosten over, blive længere, arbejde om aftenen eller i weekenden m.v. (Friis Andersen et al. 2020: 15). Medarbejderne synes således at stå i en vanskelig situation, hvor de må vælge enten at praktisere skyggearbejde eller arbejde efter de standardiserede forskrifter. Gennem skyggearbejdet sikrer de ansatte sig potentielt, at arbejdsopgaverne bliver løst med tilstrækkelig kvalitet, mens de samtidigt risikerer en øget arbejdsintensitet- og belastning. Holder de sig imidlertid indenfor de konforme retningslinjer for behandling, må de i mange tilfælde gå på kompromis med deres egen professionelle dømmekraft (Friis Andersen et al. 2020: 15-16), hvilket i sidste ende kan have en indvirkning på medarbejdernes egen oplevelse af deres faglighed og den mening, de tillægger deres arbejde med dobbeltdiagnosepatienterne.

## 1.3 OPSAMLING

Opsamlende viser den inddragede eksisterende forskning, at arbejdet med dobbeltdiagnosepatienter kan være yderst komplekst, og at det stiller store krav til medarbejdernes arbejde. Den eksisterende forskning angiver yderligere, at der findes flere forskellige udfordringer i den regionale psykiatri og de kommunale misbrugscentres arbejde med dobbeltdiagnosepatienter. Først og fremmest er der udfordringer forbundet med de organisatoriske rammer og standardiserede arbejdsgange, der dikterer, hvad der kan bevilges af tid og ressourcer til pleje og behandling af disse patienter (Olesen et al. 2023: 153). Denne manglende fleksibilitet i rammerne kan føre til udfordringer af både følelsesmæssig karakter og meningstab hos medarbejderne. Medarbejderne kan føle sig presset til at gå på kompromis med deres faglige integritet, værdier og kvalitet i deres arbejde for at imødekomme de organisatoriske krav (Vaaben et al. 2023a: 69). Dette kan resultere i følelsen af moralsk stress, hvor medarbejderne oplever, at de forhindres i at gøre det rigtige, hvilket kan medføre stor frustration (Vaaben et al. 2023a: 26, 72). For at håndtere de begrænsede ressourcer og stramme styring praktiserer medarbejderne ofte hvad der kaldes 'skyggearbejde'. Dette indebærer at medarbejderne udvider deres muligheder for at gøre mere for patienterne end det, de standardiserede forløb foreskriver (Friis Andersen et al. 2020: 13). Dette skyldes ønsket om at opretholde en høj kvalitet i behandlingen og undgå at gå på kompromis med egne faglige standarder (Friis Andersen et al. 2020: 15). Selvom skyggearbejde kan bidrage til at sikre en bedre kvalitet i behandlingen, kan det også have negative konsekvenser for medarbejderne. De kan eksempelvis opleve en øget arbejdsbyrde og arbejdsintensitet, da de ofte må arbejde ud over deres normale arbejdstid for at opfylde de standardiserede krav og samtidig udføre skyggearbejdet (Friis Andersen et al. 2020: 15). Dette kan resultere i en følelse af overvældelse, samt føre til en konstant kamp for at imødekomme de forskellige krav medarbejderne stilles overfor i arbejdet med dobbeltdiagnosepatienter.

## 2. PROBLEMFORMULERING

I ovenstående problemfelt har vi gennemgået relevant eksisterende forskning. I arbejdet med nærværende forskning er vi blevet opmærksomme på, at forskning på området hovedsageligt baserer sig på undersøgelser knyttet til sygepleje i den regionale psykiatri og det generelle offentlige sundhedsvæsen. Grundet den begrænsede eksisterende forskning relateret til sundhedsfagligt personales specifikke arbejde med dobbeltdiagnosepatienter, herunder særligt medarbejdere i de kommunale misbrugscentres oplevelse af arbejdet med dobbeltdiagnosepatienter, er sigtet med indeværende speciale blandt andet at belyse dette perspektiv. Begrundelsen herfor ligger i en vurdering af, at den opdelte behandling af dobbeltdiagnosepatienter mellem den regionale psykiatri og de kommunale misbrugscentre naturligt må medføre nogle divergerende oplevelser i arbejdet med netop denne patientgruppe blandt både sygeplejersker og misbrugsbehandlere.

Med afsæt i den eksisterende forskning ses det yderligere, at dobbeltdiagnosepatienter er en yderst kompleks og sårbar patientgruppe, og at arbejdet med denne gruppe sætter store krav til det sundhedsfaglige personale, som arbejder direkte med disse patienter. På baggrund heraf fungerer dobbeltdiagnosepatienterne som omdrejningspunktet for nærværende forskningsfelt, eftersom arbejdet med denne patientgruppe skaber nogle helt særlige og unikke omstændigheder for medarbejdernes arbejdspraksis. I den forbindelse ønsker vi at belyse, hvilken betydning arbejdet med dobbeltdiagnosepatienter har for sygeplejersker og misbrugsbehandlernes oplevelse af mening og moralsk stress i arbejdet. Det er med afsæt i disse refleksioner, at nedenstående problemformulering er udarbejdet:

*Hvordan oplever sygeplejerskere og misbrugsbehandlere deres arbejde med dobbeltdiagnosepatienter, og hvilken betydning oplever de, at dette har for mening og moralsk stress i arbejdet?*

Ovenstående problemformulering vil blive besvaret ved hjælp af en række kvalitative semistrukturerede interviews med sygeplejersker fra den regionale psykiatri og misbrugsbehandlere fra den kommunale misbrugsbehandlingen. Gennem disse interviews søger vi at få indblik i medarbejdernes oplevelser og erfaringer med arbejdet med dobbeltdiagnosepatienter, herunder hvordan dette arbejde påvirker deres oplevelse af meningsfuldhed og moralsk stress. Vi ønsker dermed på mikroniveau at forstå ovennævnte udfordringer med afsæt i perspektiver fra både medarbejdere fra den regionale psykiatri og medarbejdere fra de kommunale misbrugscentre. Informanterne vil blive yderligere introduceret i afsnit 7.1 Præsentation af informanter.

## 2.1 'PATIENTER'

Dette speciale centrerer sig om mennesker med dobbeltdiagnoser, og det er derfor væsentligt at redegøre for specialets betegnelse af denne patientgruppe. Eftersom dobbeltdiagnosepatienter er en patientgruppe, som tituleres forskelligt på tværs af den regionale psykiatri og de kommunale misbrugscentre, finder vi det nødvendigt at ensarte vores betegnelse. I specialet skal patienter derfor forstås som den samlede betegnelse for denne gruppe, uagtet at de i kommunen som oftest betegnes 'borgere' og i regionen betegnes 'patienter'. Specialets definition lægger sig blandt andet op af begrebsbrugen i vores inddragede eksisterende forskning, ligesom flere af vores informanter selv benytter sig af betegnelsen 'patienter'.

## 2.2 'MEDARBEJDERE'

Specialets informanter består af sygeplejerskere fra den regionale psykiatri og misbrugsbehandlere fra de kommunale misbrugscentre. I specialet er vi primært optaget af medarbejdernes arbejde med dobbeltdiagnosepatienter, og ikke hvordan medarbejdernes oplevelser kan forstås tværsektorielt eller ud fra et komparativt blik. Af denne årsag finder vi det nødvendigt at ensarte vores betegnelse for vores informantgruppe. I specialet skal medarbejdere således forstås som en samlende betegnelse for vores informantgruppe, underordnet at denne gruppe består af flere forskellige fagligheder.

## 3. VIDENSKABSTEORI & FORSKNINGSTILGANG

### 3.1 FILOSOFISK HERMENEUTIK

Den filosofiske hermeneutik baserer sig på Hans-George Gadamer's opfattelse af, at forståelse og fortolkninger er væsentlige grundtræk ved menneskets væren-i-verden. Dette vil sige den konkrete måde mennesker er fysisk til stede i verden (Gilje 2017: 135). Ved at iklæde os de filosofisk hermeneutiske briller får vi mulighed for at komme informanternes forståelse og oplevelse af arbejdet med dobbeltdiagnosepatienter helt nær. Ydermere hjælper denne tilgang os i retning af en erkendelse af, hvordan dette arbejde påvirker informanternes oplevelse af moralsk stress og meningsfuldhed i deres arbejde. Den filosofiske hermeneutik bliver tillige relevant, idet denne med forståelsesbegrebet konstituerer en række betingelser for måden, hvorpå mennesket erkender verden (Højbjerg 2021: 300). Samtidig udgøres forståelsen af både en forforståelse og fordomme. Gadamer understreger idéen om 'forforståelse' ved at påpege, at vores nuværende forståelse altid er formet af vores tidligere forståelse. Vi nærmer os aldrig et socialt fænomen uden at have en form for forforståelse og et ønske om at forstå fænomenet (Højbjerg 2021: 301). Dette betyder, at vores måde at forstå informanternes verden på altid vil være præget af vores tidligere erfaringer og perspektiver. Derudover er 'fordomme' ligeledes en afgørende del af vores forståelse. Fordomme kan betragtes som den bagage, vi bringer med os i vores forståelsesproces af verden. Mennesker tolker aldrig verden neutralt, men er altid påvirket af tidligere holdninger og opfattelser (Højbjerg 2021: 301). Vores beskrivelser og fortolkninger af informanternes virkelighed vil dermed være formet af disse fordomme. Samtidig fungerer fordomme som nøglen til forståelse, idet disse indeholder en nysgerrighed og en forventning om, hvad et bestemt fænomen handler om (Højbjerg 2021: 301 ; Gilje 2017: 135). Vores forforståelse og fordomme om, hvordan medarbejderne oplever deres arbejde med dobbeltdiagnosepatienter, og hvilken betydning dette har for deres oplevelse af moralsk stress og meningsfuldhed i arbejdet, udspringer hovedsageligt på baggrund af eksisterende litteratur. Konkret baserer vores forforståelse og fordomme sig på erkendelsen af, at arbejdet med dobbeltdiagnosepatienter på den ene side er forbundet med en høj grad af meningsfuldhed, men at arbejdet med denne patientgruppe på den anden side også er påvirket af patienternes særlige sårbarhed og de komplekse arbejdsforhold, som medarbejderne arbejder under.

Ydermere fremhæver Gadamer, hvordan menneskers individuelle forforståelse og fordomme forenes i dét, han beskriver som en forståelseshorizont. Denne er medbestemmende for, hvordan individet orienterer sig og handler i verden, hvilket tilsammen repræsenterer en subjektiv tilgang til at forstå verden. Forståelseshorizonten er endvidere konstitueret af sproget, personlige erfaringer, samt af den kulturelle og historiske kontekst, som det enkelte individ er indlejret i. Samtidig forstår Gadamer forståelseshorizonten som værende kollektivt forankret, idet individets personlige tilgang til verden, og alt det, som er udgjort af private erfaringer, samtidig er kollektivt influeret af sproglige fællesskaber, samt historiske og kulturelle fællesskaber (Højbjerg 2021: 302-303). Det enkelte individ vil dog altid forholde sig til et fænomen ud fra deres egen unikke horisont, hvilket resulterer i, at individers forståelseshorisonter altid adskiller sig fra hinanden (Gilje 2017: 136 ; Højbjerg 2021: 302-303). Det er hermed sandsynligt, at vores forståelseshorizont af arbejdet med dobbeltdiagnosepatienter vil differentiere sig fra informanternes.

I tråd med hermeneutikkens fokus på forståelse og tolkning understreger Gadamer vigtigheden af at være opmærksom på den cirkulære bevægelse, som forener dele og helheder, samt tolkeren og det tolkede objekt. Dette er afgørende for at opnå indsigt i det undersøgte område. Denne cirkulære bevægelse er kendt som den hermeneutiske cirkel. Ifølge Gadamer har den hermeneutiske cirkel en dobbelt betydning. For det første involverer enhver tolkningsproces en bevægelse fra forståelse af enkelte dele til forståelse af helheden, og omvendt. For det andet peger enhver forståelse tilbage på en forforståelse. Dette inkluderer en konstant vekselvirkning mellem delene og helheden, ligesom de kun kan forstås i relation til hinanden (Højbjerg 2021: 292, 299-300). Inden for den filosofiske hermeneutik udgør den hermeneutiske cirkel et ontologisk princip, som er afgørende for forståelsen og fortolkningen af fænomener. I modsætning til den metodiske hermeneutik, hvor fortolkningen primært ses som en metode til at opnå objektiv erkendelse eller viden, beskrives den inden for den filosofiske hermeneutik som en eksistensmåde (Højbjerg 2021: 293). Ifølge denne tilgang skabes mening i mødet mellem fænomenet og fortolkeren selv. Med andre ord er mennesket altid involveret i tolkningen og vil aldrig nærme sig et fænomen eller objekt uden forudindtagelser (Højbjerg 2021: 294). Den hermeneutiske cirkel udgør hermed et centralt element i specialet grundet vores bestræbelse på at skabe en forståelse for, hvordan medarbejderne oplever arbejdet med dobbeltdiagnosepatienter, samt hvilken betydning arbejdet med netop denne patientgruppe har for deres oplevelse af mening og moralsk stress. I undersøgelsen er det



sandsynligt, at der vil opstå en kontinuerlig interaktion mellem os som forskere og informanterne, samt mellem helheden og de forskellige delelementer i studiet. Denne dynamik bidrager samlet set til at danne et fundament for forståelse og fortolkning af undersøgelsens fænomen.

Udover at være opmærksom på vores egen forståelseshorisont er det inden for den filosofiske hermeneutik ligeledes væsentligt at stræbe efter det, som Gadamer kalder for horisontsammensmeltning. Dette indebærer en proces, hvor en fælles forståelse og mening opstår. Gennem horisontsammensmeltningen opnås ikke nødvendigvis enighed eller konsensus, men snarere en forståelse og indlevelse i det, som den anden person formidler (Højbjerg 2021: 303 ; Gilje 2017: 137). Med afsæt i dette perspektiv ønsker vi med vores semistrukturerede interviews at skabe de bedst tænkelige forudsætninger for, at vi kan tilnærme os en forståelse for medarbejdernes subjektive oplevelser, hvilket ligeledes er med til at forme specialets epistemologiske ramme. I denne sammenhæng er vi bevidste om, at vores interviewguide er formet af vores egne personlige opfattelser og forforståelser. Dette forholder vi os imidlertid åbne over for at udfordre og udvide gennem nye empiriske fund, hvorfor vi i specialet ligeledes anvender den abduktive forskningstilgang.

## 3.2 DEN ABDUKTIVE FORSKNINGSTILGANG

Med den abduktive forskningstilgang ønsker vi at genere ny teoretisk viden baseret på vores empiriske fund. For bedst at kunne forstå abduktion bør man først forstå forholdet mellem induktion og deduktion. Selvom induktive og deduktive analyser rummer en lang række styrker, mangler begge tilgange den kreative dimension, der kan føre til nye teorier (Tavory & Timmermans 2014: 5). Det er denne dynamik og kreativitet, som særligt udgør den abduktive tilgangs eksistensberettigelse. Med den abduktive forskningstilgangs kreative vekselvirkning mellem teori og empiri, har vi i specialet således en særlig åbenhed over for uventede fund, idet:

*“We come in with possible ideas, and we quickly become disillusioned with our preconceptions and fascinated by all the ways in which the field operates "all wrong." We return to the theory, and back to the field, and slowly piece together a theoretical account that can explain our observations, potentially illuminating a broader point that we couldn't have even guessed at when we began our work”* (Tavory & Timmermans 2014: 7).

Den abduktive forskningstilgang rummer således en mere åben tilgang til genstandsfeltet, hvilket tillader os at gå eksplorativt til værks. Dette kommer til udtryk undervejs i specialet, hvor vi løbende bevæger os mellem teorien og empirien. Eksempelvis fungerer den eksisterende forskning som udgangspunkt for defineringen og afgrænsningen af vores undersøgelsesfelt samt som inspiration til valget af vores teoretiske vinkel. Denne tilgang har samlet set hjulpet os med at forklare de empiriske fund, vi har gjort os undervejs i processen. Samtidig har vi holdt os åbne overfor nye observationer og tematikker, hvilket betyder, at specialets præcise genstandsfelt, problemformulering og teoretiske valg har ændret sig i takt med nye erfaringer.

I vores overvejelser om valget af den filosofiske hermeneutik som vores videnskabsteoretiske fundament, og den abduktive forskningstilgang, finder vi det betydeligt at fremhæve forholdet mellem disse to tilgange. Kombinationen af disse udgør samlet set grundlaget for vores tilgang til feltet, empirien og analysen heraf. Begge perspektiver hylder forforståelsen, hvilket også er et centralt omdrejningspunkt i specialet. Den filosofiske hermeneutik søger imidlertid i højere grad at forstå informanterne og deres livsverden, hvilket betyder, at vi som forskere søger at skabe en horisontsammensmeltning mellem egen forståelseshorisont og informanternes oplevelser (Højberg 2021: 303-304). Den abduktive forskningstilgang er imidlertid primært optaget af dét, som ikke umiddelbart giver mening i sig selv. Denne tilgang fokuserer på nytænkning, og man er her optaget af at udvide de eksisterende forståelsesrammer i takt med nye empiriske forståelser og opdagelser. Vores valg om at kombinere den filosofiske hermeneutik og den abduktive forskningstilgang bygger således på et ønske om at udvikle teori gennem den abduktive tilgang, men samtidig også at forstå informanternes subjektive oplevelser gennem den hermeneutiske videnskabsteori.

## 4. METODE

### 4.1 KVALITATIVE SEMISTRUKTUREREDE INTERVIEWS

Specialets sigte er at opnå dybdegående viden om sygeplejersker og misbrugsbehandlers holdninger, oplevelser og erfaringer med at arbejde med dobbeltdiagnosepatienter. Disse er subjektive indsigter, som vi søger at opnå gennem kvalitative semistrukturerede forskningsinterviews. Dette metodiske valg giver os mulighed for at forstå informanternes perspektiver og oplevelser (Kvale & Brinkmann 2015: 19), ligesom det tillader en stor åbenhed over for informanternes subjektive beskrivelser af deres handlinger og årsager til, hvorfor de handler, som de gør (Kvale & Brinkmann 2015: 49). Som forskere kan vi dog ikke gå fuldstændigt forudsætningsløse til interviewet (Kvale & Brinkmann 2015: 49). Vores forforståelse betyder nemlig, at vi går til feltet med en grundlæggende forståelse af genstandsområdet, som blandt andet er blevet forment af vores eksisterende forskning. Det semistrukturerede interviewformat tillader os imidlertid også at forfølge de fortællinger, som informanterne er mest optaget af at fortælle (Brinkmann & Tanggaard 2020: 43-44). Denne interviewform rummer således en vis kreativitet indenfor den ramme, som vi på forhånd har etableret gennem blandt andet forberedelse og udarbejdelse af interviewguiden (Kvale & Brinkmann 2015: 44). Dette relaterer sig desuden til specialets abduktive og filosofisk hermeneutiske tilgang. Igennem dette metodiske valg bevares netop de bedst mulige forudsætninger for en horisontsammensmeltning mellem informanternes subjektive fortælling og vores egen forståelseshorisont.

### 4.2 UDVÆLGELSE OG REKRUTTERING AF INFORMANTER

Vi har fra start været opmærksomme på, at adgangen til forskningsfeltet kunne blive besværliggjort af medarbejderne i psykiatriens og misbrugscentrenes knappe tid og ressourcer. Af denne årsag vurderede vi, at den bedste rekrutteringsstrategi måtte favne bredt, og at vi derfor skulle være både opsøgende og proaktive i vores søgen efter de rette informanter, samt forsøge os med snowballing i så vid udstrækning dette var muligt. Vi har desuden holdt os for øje, at specialets sigte er at undersøge medarbejdernes oplevelser af arbejdet med dobbeltdiagnosepatienter. På baggrund af forskningsfeltet har vi derfor vurderet, at sygeplejersker fra den regionale psykiatri og rusmiddelbehandlere fra de kommunale misbrugscentre er blandt de medarbejdergrupper, som har den tætteste kontakt til denne patientgruppe,

og dermed også de mest oplagte personalegrupper til at give et så virkelighedsnært indblik i feltet som muligt. Målet med rekrutteringen af informanter har således været at udvælge sygeplejerskere og rusmiddelsbehandlere, som repræsenterer både den psykiatriske behandling og misbrugsbehandlingen. Dette betyder, at vi har taget direkte kontakt til adskillige kommunernes rusmiddelcentre og diverse ambulatorier, akutmodtagelser og sengeafsnit på tværs af landets fem regioner. Vi har derudover lavet opslag i flere forskellige Facebook-grupper for medarbejdere i henholdsvis den regionale psykiatri og de kommunale misbrugscentre. Slutteligt har vi benyttet os af snowballing, idet flere af de allerede rekrutterede informanter har indvilliget i at videresende vores efterspørgsel til deres kollegaer. Dette har overordnet set været en tilfredsstillende strategi, idet vi har formået at rekruttere informanter på tværs af hele landet, med stor spredning i tilhørskommuner og tilhørsregioner, ligesom vi er endt med en tilnærmelsesvis ligelig fordeling mellem regionale og kommunale medarbejdere.

Specialets ni informanter er fordelt på stillingsbetegnelser og tilknytning til deres respektive region eller kommune. Af hensyn til de etiske forhold er informanternes rigtige navne, aldre og tilhørsregion- eller kommune anonymiseret, hvilket vi vil komme nærmere ind på i afsnit 4.6 Ethiske overvejelser. Vi har efter grundig vurdering dog valgt at inddrage oplysninger om informanternes stillingsbetegnelser, for på denne vis at tydeliggøre for læseren, hvornår det henholdsvis er en sygeplejerske og en misbrugsbehandlers udtalelser, der lægges fokus på. Valget om at medtage informanternes stillingsbetegnelser anser vi ikke som værende krænkende for informanternes anonymitet, idet deres stillingsbetegnelser ikke videre knyttes til den pågældende region eller kommune, hvor informanterne er ansat. Nedenstående tabel illustrerer en oversigt over specialets informanter.

Navn	Stilling
Sanne	Sygeplejerske
Anna	Sygeplejerske
Frode	Socialsygeplejerske
Sofie	Socialsygeplejerske

*Tabel 1: Oversigt over informanter fra den regionale psykiatri*

Navn	Stilling
Mona	Misbrugsbehandler/behandlingsansvarlig
Gry	Misbrugsbehandler
Sisse	Misbrugsbehandler
Luna	Misbrugsbehandler
Carl	Misbrugsbehandler

*Tabel 2: Oversigt over informanter fra de kommunale misbrugscentre*

### 4.3 INTERVIEWGUIDE OG INTERVIEWSPØRGSMÅL

Det er med udgangspunkt i den semistrukturerede tilgang, at specialets interviewguide er udarbejdet. Vores interviewguide spiller en central rolle, idet denne er retningsgivende for interviewforløbet, og giver interviewet både struktur og retning. Interviewguiden tillader imidlertid også en vis åbenhed og nysgerrighed over for informanterne, og det er således også i høj grad vores skøn og takt, der afgør, hvor meget vi ønsker at følge op på informanternes svar og de nye retninger for interviewet, de kan åbne (Kvale & Brinkmann 2015: 185). Et væsentlig fokus er dog at sikre et dynamisk forløb, hvor interviewet ikke bevæger sig for langt væk fra specialets genstandsfelt (Kvale & Brinkmann 2015: 185-186).

I specialet anvendes to forskellige interviewguides. Den ene interviewguide er forbeholdt medarbejdere i den regionale psykiatri, mens den anden er forbeholdt medarbejdere i de kommunale misbrugscentre. Begge interviewguides er identiske i deres opbygning og struktur, men spørgsmålenes eksakte formuleringer differentier på tværs af de to interviewguides, således at de passer til hver informantgruppe. Begge interviewguides indeholder en introduktion, hvor informanten informeres om specialets specifikke formål og rammer, og hvor vi sikrer, at informanten er indforstået med betydningen af deres deltagelse, herunder forhold omhandlende optagelse af interviewet og anonymisering. Vi spørger desuden informanten, om vedkommende har nogle spørgsmål, inden interviewet starter. Dette er for at sikre, at informanten er helt indforstået med det oplyste, og at de er klar til at lade sig interviewe. Herefter følger en række indledende spørgsmål, hvis formål både er at afdække en række grundlæggende

oplysninger om informanten, men også at sikre, at vi fra start får skabt et rum, hvor informanten trygt kan dele ud af sine oplevelser. Herefter følger interviewguidens tematiske spørgsmål, som er opdelt i temaerne; arbejdet med dobbeltdiagnosepatienter, mening og motivation i arbejdet, kvalitet i arbejdet samt copingstrategier. Disse temaer er funderet på baggrund af eksisterende litteratur, og spørgsmålene rummer i denne sammenhæng både en tematisk og en dynamisk dimension. Tematisk forholder interviewguiden sig til de teoretiske opfattelser af forskningsfeltet og til den efterfølgende analyse af empirien. Den dynamiske dimension af spørgsmålene fokuserer på at fremme et godt interviewsamspil, samt indbyde informanten til at dele deres oplevelser og følelser (Kvale & Brinkmann 2015: 185-186 ; Brinkmann & Tanggaard 2020: 47). Herefter følger afslutningen, hvor det primære fokus er at afslutte interviewet på en tryk og evaluerende måde, således at informanten føler sig grebet i sin fortælling og ikke efterlades i en eventuel anspændthed eller angst, som potentielt kan forekomme, idet de har været åbne om personlige oplevelser og erfaringer. Herefter spørger vi informanten, om de har nogle sidste bemærkninger eller spørgsmål, hvilket giver informanten mulighed for at knytte yderligere kommentarer til interviewemnet, ligesom det åbner op for, at informanten kan italesætte eventuelle bekymringer eller spekulationer, som de har siddet med undervejs i interviewet. Disse fem spørgsmålstematikker var samlet set med til at give os et dybere indblik i informanternes oplevelser, hvilket resulterede i at vi derigennem kunne identificere en række mønstre og temaer i informanternes fortællinger. Spørgsmålstematikkerne tillod os ligeledes at gå åbent til forskningsfeltet, dog uden at det blev forudsætningsløst, hvilket i høj grad tillod os en større eksplorativitet i interviewet.

Denne eksplorativitet og åbenhed i forbindelse med vores interviewspørgsmål bevirkede imidlertid, at informanterne til tider gik let hen over flere af vores spørgsmål. Dette var særligt spørgsmål, som havde til hensigt at indfange informanternes arbejdspraksis i deres arbejde med dobbeltdiagnosepatienter. Årsagen til dette kan potentielt ligge i, at informanterne anser deres arbejdspraksis som noget, der for dem er meget intuitivt og selvfølgelig, hvilket kan medføre en mindre nuanceret fortælling. Det blev hermed et særligt opmærksomhedspunkt for os, at stille opfølgende spørgsmål for derigennem at løfte informanternes fortællinger og skabe et mere nuanceret billede af deres arbejdspraksis.

Ydermere oplevede vi, at et interview med en informant, som var rekrutteret via snowballing, forløb mere rigtigt end de øvrige interviews. Denne oplevelse bunder i, at informanten overordnet set ikke delte særlig mange oplevelser, erfaringer og holdninger med os i forhold til specialets genstandsfelt. Grunden

til dette kan muligvis forklares med, at informanten ikke selv havde meldt sig til undersøgelsen, men var blevet opfordret til at deltage af en kollega. Dette tilfælde kan være en af ulemperne ved snowballing som rekrutteringsstrategi, hvorfor vi som udgangspunkt også har rekrutteret informanter, som på eget initiativ har taget kontakt til os. Interviewet med den omtalte informant kan imidlertid fortsat benyttes til at bakke op om flere af de andre informanters fortællinger.

Spørgsmålene i interviewguiden er formuleret med afsæt i specialets abduktive tilgang. Dette betyder konkret, at vi forud for udarbejdelsen af interviewguiden har opnået en grundlæggende forståelse for genstandsfeltet. Denne forståelse af emnet er afgørende for, at vi kan stille de bedste og mest relevante spørgsmål. I tråd med den abduktive tilgang er der imidlertid også indlejret en vis kreativitet, hvilket betyder, at interviewet i en vis grad også er styret af informantens egen fortælling (Brinkmann & Tanggaard 2020: 47). Derfor består interviewguiden af en overvægt af åbne spørgsmål, idet vi vurderer, at disse spørgsmålsformuleringer vil give de mest relevante og fuldstændige svar. Derudover benytter vi os af opfølgende spørgsmål, som har til formål at udvide relevante dimensioner af informantens svar (Brinkmann & Tanggaard 2020: 48), samt sonderende spørgsmål, hvor vi åbent og bredt søger at få en mere detaljeret beskrivelse af informantens fortælling (Brinkmann & Tanggaard 2020: 48). Dette benytter vi eksempelvis i følgende spørgsmål: ”Vil du prøve at fortælle os om en succesoplevelse du har haft i dit arbejde med dobbeltdiagnosepatienter?”. Vi anvender ligeledes specificerede spørgsmål, dog i mindre udstrækning, idet vi blandt andet spørger: ”Hvad skaber værdi og mening for dig i arbejdet med dobbeltdiagnosepatienter?”. Herefter er formålet at følge op med mere direkte spørgsmål (Brinkmann & Tanggaard 2020: 48). Slutteligt anvendes strukturerende spørgsmål til at styre interviewet, og for at markere, når et tema er udtømt (Brinkmann & Tanggaard 2020: 49). Det gør vi eksempelvis ved hjælp af følgende spørgsmål: ”Nu går vi over i et lidt andet emne. Vil du ikke prøve at beskrive, hvordan en god arbejdsdag er for dig?”. Med inddragelsen af disse forskellige spørgsmålstyper er vores sigte at skabe en åben og nysgerrig samtale, hvilket ligeledes har det formål at hjælpe os til at opnå en indgående forståelse af informanternes oplevelser og erfaringer af arbejdet med dobbeltdiagnosepatienter.

## 4.4 INTERVIEWSITUATION

Interviewets opsætning har stor betydning for, om informanterne føler sig komfortable med at dele deres oplevelser og erfaringer fra deres arbejde med dobbeltdiagnosepatienter. For at sikre optimale betingelser for interviewet, har vi blandt andet bestræbt os på at være to interviewere til stede under hvert interview. Under interviewet vil den primære interviewers (interviewer 1) rolle være at lede interaktionen med informanten og stille spørgsmålene fra interviewguiden, mens det er hjælpeinterviewerens (interviewer 2) opgave at sikre, at samtlige spørgsmål og tematikker fra interviewguiden berøres.

Da informanterne er geografisk spredt over forskellige regioner og kommuner i hele Danmark, blev alle interviews gennemført online via Teams med kamera. I denne sammenhæng er vi bevidste om, at der er en række ulemper forbundet med valget af dette format. Det er eksempelvis uundgåeligt, at den interpersonelle ansigt-til-ansigt relation, samt adgangen til ikke-sproglig information i form af gestusser og kropssprog, ikke vil blive påvirket. Ligeledes blev interviewsituationen enkelte gange udfordret af tekniske vanskeligheder (Kvale & Brinkmann 2015: 204). Dog fandt vi imidlertid også en række fordele ved dette format. Eksempelvis tillod online-interviews en høj grad af fleksibilitet, idet vi ubesværet havde mulighed for at tilrettelægge interviewene efter informanternes ønsker. Derudover befandt informanten sig under hele interviewet i eget velkendt miljø, hvilket muligvis gjorde, at vores tilstedeværelse som interviewere ikke følte for overvældende for informanten. En af informanterne stillede eksempelvis spørgsmålet om, hvorvidt det var acceptabelt, at vedkommende gik en tur med sin hund, mens vi talte. Denne frihed til at interviewene kan foregå på informanternes præmisser, forestiller vi os har åbnet op for en mere flydende samtale, samt genereret mere frie besvarelser af vores spørgsmål (Brinkmann & Tanggaard 2020: 41). Vores forhåbning med denne tilgang til interviewsituationen er, at komme endnu tættere på informanternes erfaringer og oplevelse af arbejdet med dobbeltdiagnosepatienter, samt hvilken betydning dette har for deres oplevelse af mening og moralsk stress i arbejdet.

Flere gange oplevede vi i interviewsituationen, at informanterne var under tidspres eller blev forstyrret undervejs i interviewet. En informant gjorde ved interviewets start opmærksom på, at vedkommende maksimalt kunne afsætte en time til interviewet, hvorfor vi undervejs måtte springe over enkelte spørgsmål fra interviewguiden, ligesom vi måtte nedtone mængden af opfølgende spørgsmål. Desuden



måtte en anden informant undervejs i interviewet skifte fysisk placering, da hans computer manglende strøm. Dette gjorde, at interviewets dynamik og flow blev forstyrret, og vi skulle som interviewere bruge nogle minutter på at få informanten sporet tilbage til, hvor samtalen slap. Ydermere oplevede vi, at flere informanter var særligt optaget af at skabe en bestemt fortælling. Dette blev særligt tydeligt hos en informant, som netop havde opsagt sit nuværende arbejde i et kommunalt misbrugscenter. Dette interview bar præg af, at informanten var særligt interesseret i at sætte en dagsorden for interviewet, som centrerede sig om ressourcemangel og utilfredshed i forhold til ledelsens manglende ansvarstagen på hendes snart forhenværende arbejdsplads. I sådanne tilfælde er vi således også opmærksomme på, at kvalitativ interviewforskning foreskriver interviewsituationen som en social arena, hvor informanterne kan søge at fremstå på en bestemt måde.

## 4.5 BEARBEJDELSE AF INTERVIEWS

### 4.5.1 TRANSSKRIFTION

I specialet er formålet med transskriberingen at oversætte den mundtlige interaktion i interviewsituationen til en skriftlig transskription (Brinkmann & Tanggaard 2020: 50). Ved at omskrive det verbale sprog, som kan være ufuldstændigt og præget af spontane sætningsskift, til skriftlig form struktureres samtalerne på en måde, som gør dem egnet til nærmere analyse. Hermed udgør dette trin i sig selv den første fase i den analytiske proces (Kvale & Brinkmann 2015: 238). Selve transskriptionsprocessen er forbundet med flere tekniske og fortolkningsmæssige overvejelser (Brinkmann & Tanggaard 2020: 50), hvilket vi har forsøgt at imødekomme, for på denne vis at bevare det talte sprog hos informanterne så virkelighedsnært som muligt. Transskriptionerne er blandt andet udarbejdet med fokus på at skabe meningsgivende sætninger, hvilket betyder at overflødige elementer og opbremsninger midt sætninger undlades, hvis disse ikke er meningsgivende for forståelsen. Vi er dog stadig opmærksomme på at bevare den mundtlige autenticitet. Dette gøres ved at fremhæve de ord, som informanterne har lagt særlig vægt på, samt inkludere sproglige handlinger såsom latter. Vi har samtidig valgt at medtage udtryk som “hmm” og “øhh”, hvor disse bidrager meningsfuldt til fortællingen. Desuden er interviewene transskriberet kort tid efter afholdelsen for dermed at sikre, at indholdet fremstår tydeligt i erindringen. Relevansen af anonymisering er tillige et centralt opmærksomhedspunkt i specialet, hvilket vil blive nærmere belyst i afsnit 4.6 Ethiske overvejelser. Her fremstår beskyttelse af informanternes

identitet og arbejdspladstilknytning, samt fortrolighed vedrørende de data, som er et resultat af informanternes deltagelse, essentiel for specialets dagsorden. Dette indebærer blandt andet, at private oplysninger, som kan identificere informanterne, vil blive anonymiseret gennem hele transskriptionsprocessen (Kvale & Brinkmann 2015: 117). Nedenstående tabel angiver undersøgelsens transskriptionskonventioner, hvilket er med til at sikre intern konsistens i transskriptionerne.

Transskriptionskonventioner	Eksempler
Tænkepause eller sætningskifte	...
Afklaring	(xxx)  Eksempelvis hvis informanten bruger en forkortelse e.l.
Ændring i udtalelse ifm. med anonymisering	[anonymiseret]
Markering af en handling som informanten, interviewer eller hjælpeinterviewer gør	*xxx*  Eksempelvis: *afbryder* eller *griner*
Markering af ord der lægges tryk på	<u>xxx</u>  Eksempelvis: “Jeg gør <u>altid</u> mit bedste”
Informant i interviewet	Informant
Interviewer i interviewet	Interviewer 1
Hjælpeinterviewer i interviewet	Interviewer 2

Tabel 3: Transskriptionskonventioner

## 4.6 ETISKE OVERVEJELSER

I kvalitativ interviewforskning er der som oftest indlejret en lang række etiske og moralske spørgsmål. Dette er tilfældet, idet man i kvalitativ forskning ofte arbejder direkte med de personlige, subjektive og ofte intime dele af menneskers liv og erfaringer, og fordi informanterne placerer disse private ytringer i en offentlig arena (Brinkmann & Tanggaard 2020: 581). Derfor har de etiske overvejelser også været et særligt vigtigt fokus i specialet, hvor vi har arbejdet i spændingsfeltet mellem ønsket om at opnå ny empirisk viden og hensynet til de etiske og moralske anliggender (Kvale & Brinkmann 2015: 106). Af denne årsag har vi - foruden de mere formelle etiske regler, som blandt andet foreskriver, at vi er underlagt den europæiske GDPR-lovgivning, - taget udgangspunkt i en række retningslinjer, som har fungeret som den etiske ramme om vores undersøgelse. Her er der tale om henholdsvis: 1) informeret samtykke, 2) fortrolighed og 3) konsekvenser (Kvale & Brinkmann 2015: 113 , 116-119).

Informeret samtykke indbefatter, at vi forud for interviewet har informeret informanterne grundigt om undersøgelsens overordnede formål og design. Vi har herudover sikret os, at informanterne deltager frivilligt, ligesom vi har informeret dem om deres ret til at trække sig fra undersøgelsen til enhver tid. Dette er blandt andet sket undervejs i rekrutteringsprocessen, ligesom der har været en briefing forud for interviewet. Heri har vi desuden informeret om fortrolighed, adgang til lydfilen, transskriptionen og informantens mulige adgang til denne, samt den endelige analyse heraf (Kvale & Brinkmann 2015: 116 ; Brinkmann & Tanggaard 2020: 598). Et væsentligt fokus på fortrolighed betyder blandt andet, at vi har aftalt med informanterne, hvad vi gør med den empiri, som er et resultat af deres deltagelse. Dette indebærer, at vi har anonymiseret alt, der vil kunne identificere informanterne; dette vedrører blandt andet navn, alder og tilhørsregion- eller kommune (Kvale & Brinkmann 2015: 117 ; Brinkmann & Tanggaard 2020: 598). Vi gør desuden informanterne opmærksomme på, at det endelige speciale vil ligge offentligt tilgængeligt på Aalborg Universitets Projektbibliotek, ligesom det vil blive delt med relevante parter. Endvidere har overvejelser om konsekvenserne ved informanternes deltagelse været et centralt fokus i specialet. Dette indbefatter en vurdering af den mulige skade, deltagelse i undersøgelsen kan påføre informanterne, og de fordele, deres deltagelse kan forventes at give (Kvale & Brinkmann 2015: 118). Vores overordnede sigte har været at minimere risikoen for at skade en informant så meget som muligt (Kvale & Brinkmann 2015: 118). Vi er bevidste om, at den åbenhed og intimitet som vi med interviewet tilbyder, kan virke forførende for nogle. Vi kan derfor risikere, at informanterne afslører

information, de måske senere vil fortryde, at de har delt (Kvale & Brinkmann 2015: 119). Dette er et centralt opmærksomhedspunkt, eftersom interviewet handler om medarbejdernes arbejdsplads og arbejde med dobbeltdiagnosepatienter, hvilket er en særligt sårbar og ofte stigmatiseret patientgruppe, hvorfor der er risiko for, at informanterne kommer med udtalelser, som de senere vil fortryde (Kvale & Brinkmann 2015: 118-119 ; Brinkmann & Tanggaard 2020: 599). Vi har derfor i visse tilfælde tilbudt informanterne at gennemse transskriptionen af deres interview forud for analysen, for at sikre at vi ikke medtager udsagn, som informanterne fortryder at have givet. Derfor indeholder flere af transkriptionerne væsentlige anonymiseringer, idet vi i samarbejde med informanten har vurderet, at visse detaljestærke beskrivelser af konkrete episoder fra informanternes arbejdsliv potentielt vil kunne krænke deres anonymitet.

## 4.7 KVALITETSKRITERIER

I det kommende afsnit vil vi redegøre for og vurdere den samlede kvalitet af vores studie ved at anvende de kvalitative kvalitetskriterier transparens, gyldighed og analytisk generaliserbarhed (Brinkmann & Tanggaard 2020: 658), samt illustrere specialets styrker og svagheder. Med en gennemgang af specialets kvalitetsbegreber, skabes øget gennemsigtighed og kvalitetssikring i vores forskning.

### 4.7.1 TRANSPARENS

I kvalitativ forskning er transparens et udtryk for gennemsigtighed og pålidelighed i specialets fremgangsmåder. Formålet med at være transparent om de valgte arbejdsmetoder gøres for at sikre læserens tillid til, at de valgte metoder er konsistente og forsvarlige i forhold til at indsamle og analysere specialets empiriske materiale (Kristiansen 2020: 616). Derfor er vi opmærksomme på at være eksplicitte og levere udførlige beskrivelser af vores til- og fravalg, for på denne vis at imødekomme transparensen i specialet. Med henblik på at sikre klarhed og forståelse hos læseren har vi omhyggeligt præsenteret vores videnskabsteoretiske perspektiv, forskningstilgang samt metodologiske fremgangsmåde og analysestrategi. Vi har ligeledes givet en detaljeret redegørelse for vores proces med at udvælge og rekruttere informanter, samt vores tilgang til kodning og transskription af empirien. Denne

fremgangsmåde bidrager samlet set til at højne transparensen i vores speciale, og giver læseren mulighed for at forstå, hvordan vores resultater og konklusioner er opnået.

#### 4.7.2 GYLDIGHED

Når man taler om gyldighed inden for kvalitativ forskning, handler det i høj grad om troværdighed i forbindelse med ens undersøgelse. I specialet lægger vi vægt på gyldighed, som angiver, hvorvidt vi faktisk undersøger det, vi hævder at undersøge. Dette med formål om at påvise sammenhængen mellem specialets formål og endelige konklusioner (Kristiansen 2020: 616 ; Kvale & Brinkmann 2015: 318). I forbindelse med den filosofiske hermeneutik ønsker vi, gennem informanternes oplevelser og subjektive erfaringer, at forstå og afspejle deres perspektiver gennem vores fortolkninger, for på denne vis at tilegne os en indgående forståelse for deres individuelle oplevelser af arbejdet med dobbeltdiagnosepatienter, samt hvilken betydning dette har for deres oplevelse af mening og moralsk stress i arbejdet. Vi er desuden opmærksomme på, at det kræver et mætningspunkt i datavolumen for at øge graden af gyldighed i specialet. En utilstrækkelig datavolumen kan resultere i overgeneraliseringer og manglende repræsentation af det undersøgte fænomen. Samtidig kan en passende datavolumen styrke gyldigheden ved at sikre, at forskeren har tilstrækkeligt materiale til at identificere mønstre, temaer og variationer inden for det undersøgte fænomen (Brinkmann & Tanggaard 2020: 270). Med dette menes, at vi med vores empiri ønsker at nå til et punkt, hvor interviewene ikke længere giver nogle nye og relevante informationer set i lyset af genstandsfeltet (Brinkmann & Tanggaard 2020: 37, 270). Her udfordres vi, idet antallet af informanter er begrænset til ni, hvor fordelingen af informanter kommer ned til fire sygeplejersker fra den regionale psykiatri og fem misbrugsbehandlere fra de kommunale misbrugscentre. Med ovenstående betragtninger for øje, vil vi undervejs i undersøgelsesprocessen forholde os kritisk reflekterende over for egne og informanternes formodninger og fortolkninger, for på denne vis at øge specialets gyldighed.

#### 4.7.3 ANALYTISK GENERALISERBARHED

Kvalitative studier beskyldes ofte for manglende videnskabelig kvalitet og for, at det ikke er muligt at vurdere, hvorvidt forskningens resultater kan siges at være generaliserbare (Kristiansen 2020: 616). Her

kan analytisk generaliserbarhed dog bruges til at illustrere, hvordan en undersøgelses resultater eventuelt kan siges at være overførbare til andre kontekster. Her anvendes blandt andet tidligere udviklet teori og eksisterende forskning som skabelon til at sammenligne de empiriske fund i den pågældende undersøgelse (Antoft & Salomonsen 2007: 49). Analytisk generaliserbarhed indikerer, at generaliseringer opstår gennem en proces, hvor konklusionerne i ens forskning dannes ved at forbinde enkelte tilfælde med teoretiske begreber og resultater fra tidligere forskning (Antoft & Salomonsen 2007: 49 ; Andersen 2010: 105). Med dette in mente må vi gøre os overvejelser om muligheden for, at vores undersøgelsesresultater kan overføres til andre sammenhænge. Eksempelvis kan informanternes individuelle erfaringer og oplevelser af arbejdet med dobbeltdiagnosepatienter holdes op imod de teoretiske begreber og resultater fra inddraget eksisterende forskning, hvilket tilsammen er med til at styrke specialets generaliserbarhed. Her er vi dog opmærksomme på, at vi kun har ni informanter, som taler ud fra egne subjektive udlægninger, hvorfor vi ikke kan drage nogle definitive konklusioner om arbejdet med dobbeltdiagnosepatienter. Det højner imidlertid den analytiske generaliserbarhed, at vi kan sammenkæde specialets resultater med konklusioner fra tidligere forskning (jf. 1. Problemfelt), samtidig med at vores informanter er jævnt fordelt ud over hele landet. På baggrund heraf kan der argumenteres for, at vores analytiske resultater til dels kan generaliseres til den bredere arbejdspraksis med dobbeltdiagnosepatienter, hvormed specialet vurderes til at have en tilstrækkelig grad af analytisk generaliserbarhed.

## 5. TEORI

I følgende afsnit vil vi redegøre for den teoretiske ramme, hvormed vi analyserer specialets empiri. Denne ramme består af en række teoretiske begreber, som vi i mødet med empirien vurderer nyttige til besvarelsen af specialets problemformulering. Vi inddrager således ikke hele teoriapparater, men tre teoretiske nøglebegreber: Mening i arbejde, moralsk stress og job crafting. I specialet benytter vi meningsbegrebet til at belyse, hvilken mening informanterne tillægger deres arbejde. Ydermere benytter vi moralsk stress til at forstå, hvordan informanterne oplever og håndterer denne særlige form for meningsstab, og job crafting til at forstå, hvordan informanterne redefinerer deres arbejde for at imødekomme og forhindre moralsk stress.

### 5.1 MENING I ARBEJDE

Det er ikke usædvanligt, at man i nutidens samfund befinder sig mere på arbejdspladsen end man gør i andre sociale arenaer, hvorfor betydningen af mening i arbejdet bliver særligt presserende. Dette skyldes blandt andet, at et meningsfuldt arbejde er tæt knyttet til medarbejdernes motivation og engagement for jobbet, og medarbejdere som finder deres arbejde meningsfuldt oplever en større jobtilfredshed og bedre sociale relationer til kollegaer og ledere (Ward & King 2017: 64). Et meningsfuldt arbejdsliv er ligeledes forbundet med færre depressive symptomer og færre tilfælde af 'burnout', udmattelse, sygefravær og overvejelser om jobskifte, ligesom mening i arbejdslivet er tæt knyttet til mening i livet generelt (Ward & King 2017: 65). Individets tilgang til deres arbejde har ydermere stor betydning for deres oplevelse af mening i arbejdet. I denne forbindelse kan man forstå tilgangen til arbejdet på tre forskellige måder; der kan enten være tale om 1) en karriere, hvor opnåelsen af prestige, resultater og fremskridt inden for ens beskæftigelse prioriteres højest, 2) arbejdet som blot et job, hvor de økonomiske fordele ved arbejdet er i fokus eller 3) et kald, hvor mennesker ofte føler sig tiltrukket af deres beskæftigelse, fordi denne tilfredsstillende noget personligt i dem. Af denne årsag anses arbejdet som et kald ofte som en del af et større socialt formål, der strækker sig ud over ens egen person (Ward & King 2017: 73). Af disse tre tilgange er det således også særligt arbejdet som et kald, som tilbyder den største personlige mening, eftersom man her får mulighed for at udleve sine mål i livet, og fordi det ofte er tæt knyttet til individets værdier. Derfor er sygeplejerskere og socialarbejdere også nogle af de faggrupper, der som udgangspunkt

er mest tilbøjelige til at betragte deres beskæftigelse som et kald, på trods af relativt lave lønninger og skiftende arbejdstimer (Ward & King 2017: 74-75). At opleve sit arbejde som et kald er ligeledes tæt knyttet til højere jobtilfredshed og et mere meningsfuldt arbejdsliv (Ward & King 2017: 74)

Når man taler om mening i arbejde, er det dog samtidig væsentligt at belyse nogle af de trusler, som kan være med til at gøre arbejdet mindre meningsfuldt, særligt inden for sundheds- og omsorgsarbejde. Som udgangspunkt vil mennesker altid søge at skabe mening i deres arbejde, og der findes derfor meget få jobs, der opleves som decideret meningsløse (Kamp 2011: 17-18). At man som medarbejder skaber sin egen mening betyder imidlertid ikke, at denne mening ikke kan blive påvirket af arbejdets organisering. Eksempelvis kan manglende udnyttelse af ens kompetencer, begrænset berøring med kerneopgaver og begrænset interaktion med patienterne få sundhedsarbejdere til at opleve deres arbejde som mindre meningsfuldt (Vaaben et al. 2023: 52). Dertil kan en oplevelse af manglende autonomi i arbejdet og begrænset variation i opgaver have betydning for medarbejdernes oplevelse af mening (Rosso et al. 2010: 103-104), hvorfor disse faktorer kan forstås som meningstrusler.

Generelt har mening i arbejdet de seneste år været et særdeles omdiskuteret tema i diskussionen om et godt og sundt arbejdsliv (Kamp 2011: 8), både inden for akademisk arbejdslivsforskning og i den bredere offentlighed. Diskussionen om mening i arbejde er imidlertid langt fra ny, og den trækker tråde helt tilbage til 1920'ernes nyindustrialiserede samfund (Kamp 2011: 9). Meget af præmissen er dog fortsat den samme, og det handler i høj grad om at opnå en forståelse af, hvad et meningsfuldt arbejde indebærer. Derfor eksisterer der også en lang række forskellige definitioner af mening i arbejde; mening opstår, når man gennem sit arbejde gør en forskel for andre og tjener et formål (Pratt og Ashforth 2003), når medarbejdere oplever sig selv som nyttige og værdifulde på arbejdet (Hackman 2005), når man gennem arbejdet bidrager til samfundet (Hildebrandt 2008), eller når man qua sin position i fællesskabet yder et bidrag til mennesker, som har behov for det, og når man oplever sig selv som en del af en større sammenhæng (Ravn 2008). Fælles for disse forståelser er, at mening skal ses som en etablering af sammenhænge og bidrag til noget, der er større end en selv (Kamp 2011: 9). Det er således også værd at reflektere over, at sygepleje og misbrugsbehandling som udgangspunkt er et meningsfuldt fag, blandt andet fordi man kan gøre en forskel for andre mennesker og påtage sig en vigtig samfundsrolle. Sygepleje og misbrugsbehandling er således heller ikke meningstruet på samme måde som mange andre



arbejdsformer, selvom der som tidligere nævnt fortsat er visse faktorer, som kan true mening i arbejdet (Vaaben 2023: 56-57).

I denne sammenhæng findes det interessant at kigge nærmere på Ib Ravns introduktion af samblomsteringsteorien. Med sin samblomsteringsteori argumenterer Ravn (2008) for, at meningen i arbejdslivet grundlæggende opstår i samspillet mellem fire faktorer; 1) *potentialerealisering*, hvori man realiserer sine potentialer og styrker, 2) *bidrag*, hvorved det bidrag man yder er udtryk for, at man kan indgå i de arbejdsmæssige sammenhænge 3) *produktivt fællesskab*, hvor blandt andet fællesskabet med kollegaer skaber en tilhørsfølelse og 4) *værdiskabelse*, som giver individet en oplevelse af at indgå i samfundets helhed og bidrage til det fælles bedste. Med andre ord findes mening med arbejdslivet i at man realiserer sine potentialer og udnytter sine styrker, samtidig med at man bidrager aktivt i et socialt fællesskab, hvorved man sammen skaber værdi og livskvalitet hos patienterne (Ravn 2008: 68-70). Mening i arbejde er således tæt knyttet til relationer og fællesskab med andre mennesker (Kamp 2011: 14), ligesom Ravn også fremhæver, at hverken løn eller andre økonomiske eller praktiske goder som udgangspunkt er meningsgivende i en arbejdsmæssig kontekst (Ravn 2008: 69-70). Denne forståelse af relationer som meningsgivende hænger sammen med nyere teoretiske og empiriske forståelser af mening i omsorgsarbejdet som finder, at det ofte er selve omsorgsrelationen, der har betydning for oplevelsen af mening i arbejdet - at det opleves som meningsfuldt, at hjælpe et andet menneske, der har behov for hjælp (Tuft 2011: 28). For specialets informanter er potentialet for meningsskabelse således også stort, idet denne gruppe som udgangspunkt finder stor mening i at anvende deres faglige kompetencer til at skabe værdi og nytte for andre end dem selv (Tuft 2011: 39). Eksempelvis bliver det i vores empiriske kontekst tydeligt, at meget af informanternes meningsskabelse er knyttet til det synlige resultat af deres indsatser, såsom når informanterne oplever tidligere patienter blive enten rusfrie eller behandlet for deres psykiske lidelse. Derfor er denne teori også særlig nyttig til at forstå, hvordan informanterne oplever deres eget bidrag, samt hvordan de udnytter deres potentialer i arbejdet til i fællesskab at gøre en forskel for andre mennesker.

I specialet findes det således interessant at belyse, hvordan informanterne oplever deres arbejde med lige præcis dobbeltdiagnosepatienter meningsfuldt, idet denne patientgruppe i mange henseender kan anses som langt mere kompleks og sårbar (Ludvigsen & Brúnés 2013: 15 ; Busch 2020: 58) end andre

patientgrupper, hvis behandling ikke kompliceres af et samtidigt misbrug eller psykisk lidelse. I mødet med empirien er det eksempelvis blevet tydeligt, hvordan informanterne finder stor mening i at gå en ekstra mil i forhold til at nå denne patientgruppe. Dette gør de blandt andet gennem forsøg på skadesreduktion, hvor faste funktionsbeskrivelser og organisatoriske retningslinjer i nogle tilfælde tilsidesættes i håbet om at gøre en forskel og opbygge gode relationer til de enkelte patienter.

### 5.1.2 MORALSK STRESS

Begrebet om moralsk stress beskriver den særlige form for meningstab, som kan ramme medarbejdere i situationer, hvor blandt andet organisatoriske rammer og strukturer forhindrer dem i at gøre det, de selv oplever som moralsk rigtigt (Campbell et al. 2016: 3). Begrebet blev først introduceret i begyndelsen af 1980'erne af Andrew Jameton i hans bog omhandlende sygeplejeetik. Jameton refererer til moralsk stress som:

*"(...) a challenge that arises when one has an ethical or moral judgment about care that differs from that of others in charge, in contrast with a dilemma, which is more concerned with ethical conflicts among the larger and abstract aims and principles of care" (Jameton 2013: 298).*

Moralsk stress er Jametons forsøg på at forklare, hvordan sundhedsfagligt personale kan stå i situationer, hvor de føler sig moralsk tvunget til at handle på en måde, som strider imod deres egne moralske overbevisninger eller professionelle værdier (Jameton 2013: 298). Jameton uddyber, at moralsk stress kan opleves som en følelse af ubehag eller angst, når sundhedsarbejdere befinder sig i situationer, hvor de føler, at de på grund af institutionelle barrierer forhindres i at gøre det, de med deres erfaring og professionalisme ved, er det rigtige at gøre (Jameton 2013: 298 ; Vaaben et al. 2023b: 12). Siden Jametons introduktion af begrebet har blandt andet Stephen M. Campbell udvidet forståelsen af moralsk stress, således at der også kan være tale om moralsk stress, selvom sundhedsarbejderne ikke ved eller er usikre på, hvad der er det rigtige at gøre i en given situation. Dette modsætter sig Jametons definition, idet moralsk stress, ifølge Campbell, eksempelvis kan vise sig, når sundhedsarbejderne står i et moralsk dilemma, eller de har handlet korrekt i henhold til deres arbejde, men at dette alligevel ikke fører noget godt med sig (Campbell et al. 2016: 6-7 ; Vaaben 2023b: 12). Hvor moralsk stress hos Jameton var

forbundet med udadrettede følelser mod andre, såsom vrede, lyder Campbells definition: ”(...) one or more negative self-directed emotions or attitudes that arise in response to one’s perceived involvement in a situation that one perceives to be morally undesirable” (Campbell et al. 2016: 6). Her indebærer moralsk stress negative følelser eller holdninger, som rettes mod sundhedsarbejderen selv i situationer, der opfattes som moralsk uønskede. Disse negative følelser kan eksempelvis omfatte selvbebrejdelser, skyld, skam og vrede over egen eller andres adfærd. Moralsk stress opstår hermed, når en sundhedsarbejder oplever, at deres moralske integritet undermineres, eksempelvis når vedkommende ikke kan handle i overensstemmelse med deres professionelle værdier. Dette sker typisk i situationer, hvor der opstår en konflikt mellem sundhedsarbejderens faglige overbevisninger og de krav eller forventninger, som stilles til dem af deres professionelle eller institutionelle omgivelser (Campbell et al. 2016: 6-7). På baggrund af ovenstående tager vi i specialet afsæt i en forståelse af, at moralsk stress både kan være rettet udad mod andre eller institutionelle barrierer, samtidig med at moralsk stress ligeledes kan være rettet indad mod informanternes egne professionelle værdier og faglige overbevisninger.

Campbell udvider yderligere begrebet om moralsk stress ved at præsentere seks tilfælde af moralsk stress, som strækker sig ud over den klassiske opfattelse af begrebet. På baggrund af specialets genstandsfelt findes det relevant at udfolde nærværende fire tilfælde af moralsk stress; 1) *mildt ubehag*, 2) *moralske dilemmaer*, 3) *moralsk usikkerhed* og 4) *bekymring ved association* (Campbell et al. 2016: 3-5). Selvom nogle tilfælde af moralsk stress kan være dramatiske og livsforandrende, kan andre være mere subtile og mindre indgribende. I sådanne tilfælde viser mildt ubehag sig, når en sundhedsarbejder føler sig utilpas eller ubehageligt til mode på grund af en moralsk udfordring, som muligvis ikke direkte truer deres identitet eller kerneværdier, men stadig forhindrer dem i at handle moralsk rigtigt i en given situation (Campbell et al. 2016: 4). Forståelsen af mildt ubehag kan blandt andet bruges til at fremanalysere sundhedsarbejderes oplevelse af episoder, hvor der er opstået en diskrepans mellem deres og en anden fagpersons vurdering af en given situation. Moralske dilemmaer opstår, når en sundhedsarbejder står over for valget mellem to eller flere handlinger, som alle synes at være moralsk rigtige, men som er indbyrdes uforenelige. I sådanne situationer er det umuligt at handle uden at overtræde ens moralske principper, hvilket kan resultere i følelser af ubehag, moralsk kompromis, tab af velbefindende, med videre (Campbell et al. 2016: 5). Perspektivet om moralske dilemmaer bruges blandt andet til at indfange, hvis en sundhedsarbejder eksempelvis står i et dilemma, hvor vedkommende skal beslutte, hvorvidt de

skal lyve for at fastholde en patient i dennes forestillinger om en lysere fremtiden eller at fortælle sandheden, hvilket muligvis kan medføre yderligere skade. Moralsk usikkerhed refererer til situationer, hvor en sundhedsarbejder står over for en kompleks beslutning, hvor det ikke er tydeligt, hvad den mest moralsk acceptable handling er. Sådanne situationer kan eksempelvis skyldes manglende information, etiske dilemmaer eller en manglende klarhed om, hvordan ens handlinger vil påvirke andre (Campbell et al. 2016: 3-4). I specialet bruger vi især moralsk usikkerhed til at fremanalysere, hvordan sundhedsarbejdere eksempelvis kan stå i situationer, hvor de kan føle sig splittet mellem at følge deres professionelle værdier eller efterleve foreskrevne retningslinjer for behandling af patienterne. Slutteligt opstår bekymring ved association, når en sundhedsarbejder oplever stress eller ubehag på grund af deres tilknytning til en situation, hvor der er etiske problemer, som strider imod sundhedsarbejderens egne moralske principper. Dette tilfælde af moralsk stress opstår, selvom vedkommende ikke har været direkte involveret i de handlinger eller beslutninger, som har resulteret i den pågældende situation (Campbell et al. 2016: 6). Måden hvorpå bekymring ved association kan komme til udtryk er blandt andet, når sundhedsarbejdere udtrykker frygt for at være medvirkende til, at nogle patienter bliver tabt på gulvet, eller når sundhedsarbejdere føler et indre pres for at tage ansvar og engagere sig i givne situationer, som de ellers ikke er direkte involveret i.

Når begrebet om moralsk stress inddrages i specialet, er det blandt andet med det formål at stille skarpt på nogle af de situationer, hvor medarbejderne enten begrænses i at handle i overensstemmelse med deres professionelle værdier og faglige overbevisninger, eller når de oplever indre moralske konflikter i deres arbejde med dobbeltdiagnosepatienter. Dette kan i mange tilfælde resultere i et direkte følelsesmæssigt respons, eksempelvis i form af negative følelser eller tvivl om den rette handling i givne situationer.

### 5.2.2 JOB CRAFTING

Moralsk stress kan således opleves i situationer, hvor medarbejderne oplever tab af mening i deres arbejde. I denne sammenhæng findes det derfor essentielt at belyse, hvordan man som medarbejder kan forhindre meningstab og dermed også imødekomme moralsk stress. En måde for medarbejdere at skabe mening i deres arbejdsliv, når denne er truet eller fraværende, er således gennem *job crafting*. Job crafting-begrebet er Amy Wrzesniewski og Jane E. Duttons bud på en operationalisering af begrebet mening i en arbejdsmæssig kontekst (Wrzesniewski & Dutton 2001: 179 ; Tufte 2011: 29). Med begrebet

argumenterer Wrzesniewski og Dutton for, at medarbejdere gennem deres aktive handlinger selv kan skabe deres arbejde, og at mening derigennem både er konstruerende og konstrueres i denne proces. Wrzesniewski og Dutton definerer job crafting som: “the physical and cognitive changes individuals make in the task or relational boundaries of their work. Thus, job crafting is an action, and those who undertake it are job crafters (Wrzesniewski & Dutton 2001: 179). Job crafting opstår gennem medarbejdernes individuelle motiver og handlinger, og er således en måde at redefinere sit arbejde ved blandt andet at inkorporere egne styrker og interesser for derigennem at opnå mere mening i arbejdet (Wrzesniewski & Dutton 2001: 179). Motivationen for job crafting kan findes i tre individuelle behov; først og fremmest job crafter medarbejdere for at udøve en grad af kontrol over deres arbejde. I den forbindelse argumenterer Wrzesniewski og Dutton for, at behovet for personlig kontrol er en grundlæggende menneskelig drift, hvorfor det at have kontrol over sit arbejde er et vigtigt element i at undgå fremmedgørelse. Ved at tage kontrollen over sit job, gør medarbejdere således deres arbejde til deres eget (Wrzesniewski & Dutton 2001: 181). Ydermere er job crafting en måde, hvorigennem medarbejdere kan skabe et positivt selvbillede. Ved at justere de arbejdsopgaver og relationer man har, kan medarbejdere skabe en mere positiv selvidentitet, ligesom de også i langt højere grad kan få denne selvidentitet anerkendt af andre (Wrzesniewski & Dutton 2001: 181-182). Slutteligt kan medarbejdere gennem job crafting få opfyldt et grundlæggende menneskeligt behov for kontakt og forbindelse til andre mennesker (Wrzesniewski og Dutton 2001: 181). I en undersøgelse af rengøringsarbejdet på et hospital fandt Wrzesniewski og Dutton eksempelvis, at rengøringsmedarbejderne særligt vægtede den sociale kontakt med patienterne, og de anså sig selv som et vigtigt element i patienternes helbredelse. Dette førte til, at medarbejderne tilrettelagde deres arbejdsopgaver således, at det relationelle element blev prioriteret over andre opgaver (Wrzesniewski og Dutton 2001: 191).

Job crafting kan dermed gøres både fysisk ved at flytte grænserne for arbejdsopgaverne - ved at ændre på typen eller antallet af arbejdsopgaver, som eksempelvis ved at påtage sig flere eller færre arbejdsopgaver end defineret i den formelle arbejdsbeskrivelse - kognitivt ved at ændre den måde, individet opfatter arbejdet på, og relationelt ved at ændre de interaktioner og relationer de har til og med andre på arbejdspladsen (Wrzesniewski & Dutton 2001: 179-180 ; 185). Igennem job crafting skaber jobcraftere - inden for rammerne af de formelle arbejdsbetingelser - således andre jobs til sig selv. Job crafting er dermed en kreativ og improviseret proces, som indrammer hvordan individet konkret ændrer

og adapterer deres arbejde, således det passer til deres egen forståelse af hvem de er og hvilket arbejde, de udfører (Wrzesniewski & Dutton 2001: 179-180).

Alle medarbejdere er potentielle job craftere, men det er langt fra alle, som hverken kan eller skal deltage i job crafting. Det er således ikke medarbejdernes egen skyld, hvis ikke deres arbejde opleves som meningsfuldt. Wrzesniewski og Dutton ønsker i langt højere grad at fokusere på den frihed, som alle medarbejdere har til at job crafte (Wrzesniewski & Dutton 2001: 187). Det er således også deres påstand, at motivationen for job crafting er større, når medarbejderne oplever, at der findes muligheder for at job crafte. Disse oplevede muligheder relaterer sig blandt andet til en følelse af frihed eller autonomi til at beslutte, hvordan de skal løse arbejdsopgaverne (Wrzesniewski & Dutton 2001: 183). I specialet er vi således også mere interesseret i, hvordan informanterne benytter sig af job crafting, end hvordan de i praksis job crafter. Dette har ikke været specialets sigte, ligesom vores metodiske valg sætter en række begrænsninger herom. Job crafting kan desuden kobles sammen med skyggearbejde, som vi introducerede i afsnit 1.2.1 Essensen af relationsarbejdet. Hvor begrebet om skyggearbejde indeholder et væsentligt fokus på konsekvenserne af denne praksis for medarbejderne, blandt andet med fokus på arbejdsintensivering og øget arbejdsbelastning, forholder Wrzesniewski og Dutton sig meget lidt til dette. Skyggearbejde kan således supplere begrebet om job crafting, og hjælpe os med at identificere de steder i empirien, hvor informanterne beskriver de mere negative sider af job crafting. Samtidig har begrebet om job crafting et stort fokus på det individuelle perspektiv, og der bliver lagt stor vægt på individets egne muligheder og motivation for job crafting. Specialets empiri indikerer imidlertid en klar forståelse af job crafting som en kollektiv proces, hvor kollegerne i fællesskab gør noget andet eller noget mere end det, de formelle arbejdsbetingelser foreskriver. Når begrebet alligevel inddrages er det fordi, vi vurderer, at job crafting-begrebet rummer en analytisk værdi i besvarelsen af specialets problemformulering, eftersom det kan hjælpe os med at belyse, hvilken betydning informanternes arbejde med dobbeltdiagnosepatienter har for deres oplevelse af mening.

## 6. ANALYSESTRATEGI

I dette afsnit præsenteres specialets analysestrategi. Denne er i udgangspunktet inspireret af vores abduktive forskningstilgang, idet vi i vores tilgang til analysen søger at bevæge os fra empirisk data til en teoretisk funderet analyse, som endeligt skal danne grundlaget for besvarelsen af specialets problemformulering. Analysen tager afsæt i en åben og eksplorativ tilgang til det empiriske materiale, som senere vil blive mere teoretisk funderet.

Indledningsvist anvender vi en åben og eksplorativ tilgang til det empiriske materiale. Denne første eksplorative læsning af empirien har til sigte at identificere de analytiske tematikker, som er relevante for undersøgelsesfeltet. Omend afsættet for den første analyse er overvejende eksplorativt, er denne til dels også forment af den viden vi har tilegnet os gennem vores læsning af eksisterende forskning. Denne eksisterende forskning har således været med til at influere vores forforståelse forinden den analytiske proces, hvilket senere har hjulpet os til at identificere specialets tematiske perspektiver. I analysens næste fase retter vi således vores opmærksomhed mod at teoretisere de tematikker, vi har identificeret i det empiriske materiale. Denne tilgang til det empiriske materiale gør det muligt for os at anskue og analysere specialets empiri ud fra et nyt og mere teoretisk funderet perspektiv. Samlet set er det netop ved at følge empirien og de empiriske pointer, at vi både direkte og mere indirekte ser mening i arbejde, moralsk stress og job crafting som gensidigt relaterede og gensidigt konstituerende processer, som hele tiden i forskellige grad og på forskellig vis er på spil i feltet. Hermed skærper vi nu vores opmærksomhed på, hvordan dette teoretiske afsæt kan koble sig til informanternes oplevelser af arbejdet med dobbeltdiagnosepatienter. Vi er eksempelvis blevet opmærksomme på, hvordan moralsk stress har en væsentlig betydning, når medarbejderne befinder sig i et krydspres og ikke kan undgå at træde forkert eller når de er nødsaget til at prioritere, hvor de lægger deres energi og ressourcer i arbejdet med dobbeltdiagnosepatienterne. Ydermere finder vi det i analysen væsentligt at være opmærksom på, hvordan informanterne oplever deres arbejde med dobbeltdiagnosepatienter, samt hvilke aftryk arbejdet med denne patientgruppe har sat i informanterne.

## 6.1 KODNINGSSTRATEGI

Specialet tager afsæt i en systematisk gennemgang af transskriptionerne ud fra en åben kodning og senere en fokuseret kodning. Denne tilgang tillader os at være åbne over for uventede fund og interessante variationer i det empiriske materiale. Vores tilgang til den åbne kodning betyder, at vi som forskere tilgår det empiriske materiale eksplorativt, hvilket vil sige, at vi forholder os åbne og nysgerrige over for informanternes udtalelser (Timmermans & Tavory 2022: 92). Det er typisk, at man som forsker forinden kodningen har en antagelse om, hvilke tematikker, som potentielt kommer til at få en væsentlig plads i ens undersøgelse (Timmermans & Tavory 2022: 92). Med afsæt i den åbne kodning forholder vi os imidlertid eksplorative og åbne over for vores empiriske fund, men det er samtidig uundgåeligt ikke at trække på den viden, vi allerede har fra eksisterende forskning. Gennem den åbne kodning bliver det hermed centralt, at vi retter en dybdegående åbenhed og opmærksomhed mod potentielle overraskelser og teoretisk interessante variationer i det empiriske materiale.

Ydermere hjælper den fokuserede kodning os med at dykke dybere ned i enkelte observationer og identificere konkrete tematikker, som vi efterfølgende undersøger nærmere gennem en dybdegående kodning (Timmermans & Tavory 2022: 92). Vi bruger den fokuserede kodning til at indsnævre vores fokus på specifikke analytiske temaer og søger derigennem at identificere de mest betydningsfulde aspekter af empirien, set ud fra informanternes perspektiv. Som tidligere beskrevet omhandler disse mening i arbejde, moralsk stress og job crafting, som senere teoretiseres og bruges som grundlag for specialets analyse. Ved at inddrage et mere teoretisk funderet fokus, samt potentielt nye teoretisk interessante variationer, sigter vi mod at opnå en dybere forståelse for undersøgelsesfeltet. Dette med håb om, at denne tilgang vil gavne vores analyse og bidrage til en meningsfuld besvarelse af specialets problemformulering. Nedenstående tabel illustrerer en eksemplificering af specialets kodning.



Tema	Eksempel 1	Eksempel 2
<b>Moralsk stress</b>	<p>“Og jeg går ind i rigtig meget af borgerens liv. Altså jeg involverer mig i jobcenteret, jeg involverer mig i... hvis jeg skal med til læge, så er det dét. Altså fordi borgeren skal vide, at vi står <u>ved</u>. Så jeg får jo ofte en rigtig, rigtig stærk relation. Hvilket man også kan sige, gør det rigtig sårbart, at jeg så forlader min post. Fordi man kan jo sige, at mange af de her borgere, de har også været svigtet. Og det her, det er bare et svigt mere. Og en person, som de så endelig har haft tiltro til i systemet” (Bilag 6: 3).</p>	<p>“(…) de her patienter står ofte i en sårbar situation, hvor at de ikke rigtig har nogen mennesker, der er deres talerør. Det bliver jeg så. Men det er heller ikke altid, at min indflydelse gør sig gældende på det. Og der skal jeg virkelig sådan hardline have mine rigtig gode argumenter for at kunne komme igennem hos de behandlende psykiatere eller læger, der sidder” (Bilag 8: 5).</p>
<b>Mening i arbejde</b>	<p>”Jeg har en borger lige nu. Han er oppe i årene. Og vi taler jo ikke misbrugsbehandling længere, fordi han har været ædru siden september. Nu handler det om parforholdets udfordringer og det ene og det andet. Så det er også lidt at man kan brede det ud til andre områder, Det er ikke kun: ”Nå, hvordan går det med alkoholen?”. For hvis det ikke er dét, der fylder hos dem, så skal vi jo ikke sidde og snakke om det hele tiden” (Bilag 4: 16).</p>	<p>“(…) jeg tror meget på den her tilgang med at (...) jeg viser patienten: “Jeg vil gerne hjælpe dig med <u>alt</u>, hvad jeg kan hjælpe dig med. Det kan være lige fra, at jeg henter <u>hurtigt</u> et glas mælk, hvis det er dét du gerne vil have (...) Og så tror jeg på, at hvis man har hjulpet dem rigtig rigtig meget, og de så en dag tænker: “nu har jeg lyst til at gøre noget ved det her misbrug” (imitation på patienternes tanker), så vil de jo komme til den, der har hjulpet dem. Så jeg tror at man bliver nødt til at hjælpe dem med alle mulige andre ting <u>først</u>, så de stoler på os og ved, at jeg gerne vil hjælpe dem. Jeg tror på, at det er meget mere det her med alliancen først, patient alliancen først” (Bilag 2: 5).</p>
<b>Job crafting</b>	<p>“(…) i princippet varetager jeg faktisk mange funktioner her lige fra, at så har de behov for psykolog eller også har de behov for at snakke om deres trivsel, eller i forhold til familie eller i forhold til, hvordan de kan være i deres diagnoser. Eller diagnose. Så selvom min kerneopgave egentlig er misbrugsbehandling, så er det faktisk oftest dét, der fylder mindst” (Bilag 7: 2 - Carl)</p>	<p>“Men så har jeg også fundet ro i det her med, at der også skal en eller anden form for skadesreduktion til i det her (...) at de kommer og siger, at de gerne vil have en afrusning eller måske vil de bare gerne have en samtale. Bare lige at blive holdt lidt ud og få den dér lille pause i bruddet af deres rusmiddel, og dét synes jeg er lige så vigtigt, at vi kan imødekomme” (Bilag 3: 5).</p>

Tabel 4: Eksemplificering af kodninger

## 7. ANALYSE

### 7.1 PRÆSENTATION AF INFORMANTER

**Sofie** er uddannet socialsygeplejerske. Hun har igennem en længere årrække arbejdet i psykiatrien, først som ufaglært og senere som faglært.

**Luna** er uddannet socialrådgiver, og tog for nogle år tilbage også en psyko-terapeutisk uddannelse. Hun har de seneste år arbejdet som behandler på et kommunalt misbrugscenter, og har inden da arbejdet på myndigheds-området.

**Sisse** er uddannet pædagog og socialrådgiver, og har arbejdet på det kommunale rusmiddelområde i en længere årrække. På interviewtidspunktet havde hun netop opsagt sin nuværende stilling, og stod derfor over for et snarligt jobskifte til et andet misbrugscenter i en anden kommune.

**Frode** er oprindeligt uddannet akutsygeplejerske, men videreuddannede sig for nogle år siden til socialsygeplejerske. Han har både arbejdet inden for det somatiske og det psykiatriske sundhedsfelt, men har de seneste år primært beskæftiget sig med psykiatrisk sygepleje.

**Carl** er uddannet socialrådgiver, og er netop begyndt på en diplomuddannelse. Han har de seneste år arbejdet som behandler i et kommunalt misbrugscenter, men har inden da være ansat på en døgninstitution.

**Gry** er uddannet socialrådgiver, og har primært haft sin arbejdsgang inden for det kommunale rusmiddelområde, hvor hun har mange års erfaring med forskellige aldersgrupper og behandlingsmetoder.

**Sanne** er nyuddannet sygeplejerske, og arbejder i det retspsykiatriske felt. Hun har en lang karriere inden for en anden branche, men skiftede for nogle år siden spor.

**Anna** blev færdiguddannet sygeplejerske for ganske få år siden, og arbejder på en psykiatrisk akutmodtagelse. Her har hun været siden hun afsluttede sin uddannelse.

**Mona** har arbejdet som misbrugsbehandler i flere årtier, og har en bred erfaring inden for forskellige behandlings- og terapiformer. Hun er på nuværende tidspunkt behandlingsleder på et kommunalt misbrugscenter. Desuden har Mona erfaring inden for både det offentlige og det private sundhedsvæsen.

## 7.2 ET MENINGSGIVENDE ARBEJDE

I empirien bliver det tydeligt, at mange af informanterne har valgt at arbejde med psykiatrisk sygepleje og misbrugsbehandling, fordi de grundlæggende oplever en form for eksistentiel meningsfuldhed, hvorigennem de føler sig kaldet til lige præcis disse fag. En af dem der italesætter dette er socialsygeplejersken Frode som betoner, at han selv har svært ved at sætte ord på, hvilke faktorer der har gjort, at han lige præcis blev sygeplejerske:

*“Jeg kan ikke forklare, hvad det er. Men jeg kan bare noget med mennesker lige præcis inden for den kategori. (...) Selvfølgelig også fordi jeg altid har været så undersøgende på ‘jamen hvad er det der sker?’ Jeg bruger altid patienternes fortællinger til at bygge endnu mere viden op. ‘Hvordan virkede kokainen på dig? Hvordan sådan og sådan’, og så videre. Altså, honestly, så bliver jeg bare nødt til at sige, at jeg er blevet mere og mere bevidst om, at det er det her, jeg kan. Og heldigvis jeg fandt det, kan man sige. Fordi jeg har virkelig svært ved at finde ud af hvad jeg ellers skulle, hvis ikke det lige skulle være med mennesker, jeg skulle arbejde” (Bilag 8: 11).*

Frode fremhæver flere gange undervejs i interviewet, at arbejdet med mennesker er hans styrke, og han ikke ved, hvad han skulle lave, hvis han skulle have en helt anden beskæftigelse. Det er tydeligt, at Frode oplever den psykiatriske sygepleje som det helt rette sted for ham, og han italesætter også flere gange, at han særligt kan noget i arbejdet med *“de der skæve mennesker”* (Bilag 8: 11) med henvisning til dobbeltdiagnosepatienter. Sygeplejersken Anna italesætter ligeledes, at hun allerede under sin uddannelse blev bevidst om, at det var den psykiatriske sygepleje hun skulle beskæftige sig med. Hun fortæller, at psykiatrien altid har været et af hendes *“hjerterprojekter”* (Bilag 3: 1), og at hun altid har vidst, at det var det hun skulle. Hun fremhæver yderligere, at det blandt andet handler om, at hun drømmer om at gøre en forskel indefra i psykiatrien, eftersom psykiatrien ofte lider under dårlige bemidlinger. Psykiatriens ressourcemangel bliver således en form for drivkraft for Anna, og hun italesætter hermed implicit, hvordan hun ønsker at stille sit overskud og sin faglighed til rådighed, fordi psykiatrien som institution er presset. Lignende overvejelser ses blandt informanterne Carl og Gry som italesætter, at det er arbejdet med mennesker som driver dem, og at de altid har følt sig kaldet til omsorgsfaget. Dette taler ind i den teoretiske forståelse af arbejdet som et ‘kald’. Informanterne oplever, at de i jobbet som sygeplejerske eller misbrugsbehandler får mulighed for at bidrage med noget, der er større end dem selv,

og det er her, de får mulighed for at opnå en personlig tilfredsstillelse, når de kan se, at det arbejde de udfører gør en forskel for andre mennesker. Netop denne forståelse af deres arbejde har meget stor betydning for den mening, de tillægger arbejdet. Det ses også i empirien, at de informanter som primært oplever deres arbejde som et kald, også i høj grad italesætter en udtalt tilfredshed med deres arbejde og en stor motivation herfor. Dette fund taler ind i lignende empiriske fund fra andet forskning, som viser, at sundhedsarbejdere som oplever deres arbejde som et kald grundlæggende finder deres arbejde meget meningsfuldt, ligesom disse medarbejdere har større motivation, jobtilfredshed og engagement i arbejdet. Disse medarbejdere har også nemmere ved at håndtere de store krav og det store ansvar, som ligger i denne form for arbejde (Kallio et al. 2022: 1474). Af denne årsag kan der argumenteres for, at de medarbejdere, som oplever deres arbejde som et kald, som udgangspunkt finder deres arbejde mere meningsfuldt end medarbejdere, som ikke oplever deres arbejde som et kald.

En anden central faktor i forståelsen af mening i arbejdslivet er potentialerealisering. Ifølge samblomsteringsteorien skaber det mening, når man realiserer sine potentialer, bruger sine styrker og udvikler sine talenter i arbejdet. Dette genkender flere af informanterne i deres arbejde med dobbeltdiagnosepatienter, heriblandt socialsygeplejersken Frode:

*“Jeg tror, noget af det som jeg er rigtig god til det er... Og det er også derfor jeg arbejder for (...) i akutmodtagelser eller i den psykiatriske modtagelse. Og nu der har jeg et arbejde, hvor jeg går til patienterne og så trækker jeg mig igen. Jeg snakker med dem, og så trækker jeg mig ud igen. Altså jeg er ultra god til de korte forløb. (...) Jeg er utrolig god til at peptalke og til at motivere de folk, som jeg møder og skabe noget energi. (...) Altså så den her kontekst, jeg arbejder i nu, den passer mig jo perfekt. Jeg kan inspirere folk, og jeg kan søge om de er erfaringsparate og motiverede, og jeg kan komme på banen med al den faglige viden og de ting, som jeg kan og har erfaring med” (Bilag 8: 12).*

I citatet italesætter Frode, hvordan han i høj grad udnytter sit potentiale i sin tilgang til patienterne. Frode er bevidst om, at hans faglige styrker særligt kommer til udtryk i de korte forløb, hvor det i højere grad handler om at *“peptalke”* og *“skabe noget energi”* (Bilag 8: 12), end det nødvendigvis handler om at opbygge en dybere relation til patienten. Derfor arbejder han i dag også i akutmodtagelsen, som netop er kendetegnet af at være et sted, hvor patienterne oftest kun er i få timer, inden de enten udskrives eller

sendes videre i systemet. Det er også tydeligt, at netop denne form for arbejde skaber stor arbejdsglæde og motivation for ham, hvilket taler ind i samblomsteringsteoriens forståelse af mening. I akutmodtagelsen får han således mulighed for at gøre dét, han er god til, og han får mulighed for at udvikle disse styrker - blandt andet via den specialuddannelse som socialsygeplejerske, han har taget. Det samme gør sig gældende for misbrugsbehandleren Mona, som også betoner, at hun i sit arbejde får mulighed for at udnytte sine styrker, og at det i høj grad er det, der skaber mening for hende:

*“Fordi jeg mener, at man virkelig kan gøre en forskel. Og så fordi, at jeg, altså som udgangspunkt, så tænker jeg, at jeg er god til at tale med folk og lytte. Så det er nok derfor. Det der med at kunne gøre en forskel, ikke?” (Bilag 1: 14).*

Mona beskriver her, at hendes styrker, “at tale med folk og lytte”, særligt er det som gør, at hun kan gøre en forskel for sine patienter. Dét, at kunne gøre en forskel for andre mennesker, fremhæver flere af informanterne således også. Det kan være at bidrage til udredning og behandling af en patients psykiske diagnose, hjælpe en patient med deres misbrugsproblematik eller blot være det lyttende og forstående øre, som patienten kan have brug for. Det handler grundlæggende om at føle, at man som medarbejder kan bidrage til, at et andet menneske får det bedre. Dét, at kunne bidrage og være til nytte, er et grundlæggende princip i den teoretiske forståelse af bidrag fra samblomsteringsteorien. At opleve sig selv som nyttige i deres arbejdsliv beskriver flere af de andre informanter også, heriblandt sygeplejersken Sanne som fremhæver, at hun oplever, at hun med sin faglighed yder et stort bidrag til de patienter, hun har i forløb, og det særligt er det, som skaber mening for hende:

*“Det skaber mening og værdi, når man føler, at en patient har følt sig hjulpet. Nu har vi en, og han er meget meget stolt over at han har aflagt 18 rene urinprøver i træk. Det svarer til tre måneders stoffrihed. Det er første gang i flere årtier, at han har været det. Og den dér med at blive ved med at huske, når man lige har været væk i fem dage, så at gå hen også spørge: ‘Hvordan fanden går det egentlig lige med det?’, og de så kan fortælle, at de endnu en gang har aflagt en ren urinprøve, og man så kan mærke den begejstring for hans fortælling, fordi han er stolt. Og dér har vi den dér alliance, dér har vi noget sammen, dét er fantastisk! Og det giver mening, at jeg føler, at jeg gør en forskel, fordi*

*(...) at med mange af patienterne der er vi nået så langt, at de føler en alliance med os og de føler, at vi hjælper dem. (Bilag 2: 9).*

Sanne fremhæver i citatet, at det er særligt vigtigt for hende, at skabe stærke relationer til patienterne og opleve, at de føler sig hjulpet. Hun italesætter selv, hvordan oplevelser som disse har en helt afgørende betydning for hendes oplevelse af mening i arbejdet, og det giver hende en helt grundlæggende følelse af at være til nytte. Denne analytiske diskussion om bidrag leder desuden videre til samblomsteringsteoriens forståelse af værdiskabelse. Undervejs i empirien er det tydeligt, at flere af informanterne ligeledes finder stor mening i at være en del af en organisation, som skaber værdi og livskvalitet for patienter og samfundet i sin helhed. Eksempelvis er misbrugsbehandleren Gry meget stolt af at være en del af en organisation, som bidrager til noget vigtigt i samfundet:

*“Men jeg synes at det er et vigtigt arbejde, og der er jo desværre rigtig mange af dem. Især folk der har alkoholproblemer og generelt er der en relativt høj procentdel i Danmark, som har et misbrug (...) det koster jo både dem selv og samfundet skade og ødelægger familier. (...) Så ja, jeg synes faktisk at det er et rigtig vigtigt område, så jeg er faktisk rimelig stolt af det her område (...)” (Bilag 4: 15).*

I citatet italesætter Gry, at hun finder stor mening i at være på en arbejdsplads og i et sundhedsvæsen, som gavner samfundsfællesskabet og som fremmer enkelt individers livskvalitet og livsudfoldelse. Hun betoner, at hun grundlæggende oplever, at hun med sit arbejde yder et lille bidrag til det fælles bedste, hvilket taler direkte ind i den teoretiske forståelse af værdiskabelse. Samme overvejelser har flere af de andre informanter, heriblandt misbrugsbehandleren Mona som fortæller, at hun oplever, at de som rusmiddelsbehandlingstilbud gør en bemærkelsesværdig forskel for andre mennesker, og at hun føler en stor stolthed herved (Bilag 1: 18). Informanter oplever således, at de indgår i en større sammenhæng og at de kan bidrage aktivt hertil, hvilket har stor betydning for deres oplevelse af mening.

## 7.2.1 BETYDNINGEN AF OMSORGSRELATIONEN OG ET KOLLEGIALT FÆLLESSKAB

I interviewene er det ligeledes tydeligt, at medarbejderne i høj grad bruger hinanden til at sparre med, rådføre sig hos og dele frustrationer med, når der opstår udfordringer. Det kommer til udtryk hos flere af informanterne, at det er vigtigt for dem at arbejde sammen med andre om at skabe noget betydningsfuldt og gøre en forskel. Blandt andet beskriver sygeplejersken Anna, hvordan hun oplever at arbejdsfællesskabet er en central kilde til socialt samvær, erfaringsudveksling og vidensdeling:

*“Jeg synes, at vi er enormt gode til at trække på hinandens interesser og faglighed. (...) Jeg synes faktisk, at vi er ret gode til at finde de dér små punkter, som kan være med til at vi kan snakke sammen om denne patient og sammen finde ud af, hvad vi kan gøre for den her patient. Specielt hvis man føler, at man er gået lidt kold med en patient, og man bare tænker: ”Hvad fanden kan jeg gøre eller hvad skal jeg gøre, hvordan skal jeg håndtere det eller (...), hvordan skal jeg lige forholde mig til det?“, så kan man altid lige spørge sin sidemakker eller sådan noget. Nogle gange kan der også sidde en, som har et lidt andet perspektiv og den problematik, som patienten døjer med, og så kan vi jo vidensdele på den måde” (Bilag 3: 15).*

Det fællesskab omkring arbejdet, som Anna beskriver, er med til at skabe en forbundethed og en følelse af, at patienterne er et fælles arbejde. Dette taler ind i den teoretiske forståelse af produktiv fællesskab, som beskriver, at mening i arbejdslivet blandt andet skal findes i en kollegial forbundethed, hvori man føler, at man udretter noget vigtigt sammen (Ravn 2009: 69). Heri ligger også forklaringen af det produktive, da man i et produktivt fællesskab som udgangspunkt udretter noget produktivt sammen, hvorfor dette adskiller sig fra andre sociale fællesskaber, som ikke altid har en rettetthed eller en intentionalitet indlejret (Ravn 2009: 78). Denne oplevelse af at udrette noget vigtigt sammen er således også centralt i empirien, idet flere af informanterne italesætter betydningen af at gøre en forskel i fællesskab med andre. Dette beskriver misbrugsbehandleren Mona blandt andet, da hun fortæller, at hun finder de episoder, hvor arbejdsfællesskabet omkring den sundhedsfaglige indsats fungerer, meget meningsfuldt: *“(...) når det fungerer, så er det jo så givende, at man kan se, at det her apparat, det rykker både på den ene og den anden side, og at man sammen virkelig kan gøre en forskel, når man støtter op*

*samtidig, ikke?”* (Bilag 1: 12). I forståelsen af det produktive fællesskab ligger også en implicit forståelse af arbejdet som et fælles ansvar, eftersom ethvert gunstigt arbejdsfællesskab som udgangspunkt indeholder en gensidig forpligtelse. Dette kollektive ansvar italesætter Mona ligeledes:

*“(…) så er en god arbejdsdag, hvor jeg har et tæt samarbejde med mine kollegaer. At jeg ikke bare sidder alene med borgerne, men det er det der med, at vi har et samarbejde med det sundhedsfaglige personale, eller lægen og psykiaterne hos os, ikke? Det er faktisk det, jeg synes, er mest tilfredsstillende. At det ligesom ikke er min borger, men det er vores borger”* (Bilag 1: 14).

Mona fremhæver yderligere, at det særligt er oplevelsen af ikke at stå alene, som er vigtig. I arbejdet med dobbeltdiagnosepatienter beskæftiger medarbejderne sig ofte med svære sager med meget syge patienter, og her er oplevelsen af et kollektivt ansvar centralt:

*“Det er det her med at det er vigtigt, ikke at føle at man står alene. Fordi når vi har nogle svære sager, f.eks. borgere med skizofreni eller bipolar, der forsvinder for os i perioder og sådan noget, hvor man så har familien, der ringer og er desperate og så er det den der følelsen af, at man er mere et team, der behandler, end at man er behandler alene, ikke?”* (Bilag 1: 21).

I arbejdet med dobbeltdiagnosepatienter kan medarbejderne opleve et højt krydspres, og der bliver sat store krav til deres arbejde. Derfor er det kollektive ansvar en vigtig del af det produktive fællesskab, og det er vigtigt, at man som medarbejder ikke føler, at man står alene. Det kollegiale arbejdsfællesskab er imidlertid ikke udelukkende et positivt og udviklende fællesskab, og flere af informanterne beskriver således også, hvordan de oplever kollegaer, som ikke løfter deres del af arbejdsopgaven. Dette skaber gnidninger i fællesskabet, og det kan være kilde til store frustrationer i medarbejdergruppen. Dette perspektiv forholder samblomsteringsteorien sig imidlertid ikke til, og teorien tager derfor også for givet, at et kollegialt arbejdsfællesskab ikke altid er hverken produktivt eller positivt. Eksempelvis beskriver socialsygeplejersken Frode, at han indimellem oplever kollegaer, som arbejder i *“forråelse”* og som ikke er *“professionelle”*, og han udtrykker en meget stor frustration herved. Han fortæller yderligere, at hans tilgang til arbejdet både er ambitiøs og professionel, og at han ikke altid oplever, at det er den samme tilgang, som hans kollegaer har til deres arbejde (Bilag 8: 15). Lignende oplevelser italesætter



sygeplejersken Sanne, som oplever, at mistillid og manglende kollegial anerkendelse skaber splid i fællesskabet:

*“Det er irriterende, fordi når ledelsen går hjem kl. 15, så møder aftenvagterne ind og begynder at brokke sig over ‘hvorfør har de ikke det ene og det andet’, hvor jeg synes at (...): ‘Det kan I spørge ledelsen om, for vi er faktisk nogle som har været her hele dagvagten og gjort et stort stykke arbejde’. Det bliver så min følelse. Der kan også komme mistillid” (Bilag 2: 10).*

Sanne betoner yderligere, at hun ind imellem oplever en grundlæggende uenighed om den rette patienttilgang blandt hende og hendes kollegaer. Nogle kollegaer arbejder ifølge Sanne efter *“nogle meget strikse principper”* (Bilag 2: 10), hvilket hun ofte oplever hverken gavner dem eller patienterne. Her fremhæver Sanne en konkret episode, hvor hendes kollegaer ønsker at ransage en patients stue for at finde gemte rusmidler, hvilket er en fremgangsmåde som Sanne ikke nødvendigvis er enig i:

*(...) jeg selv har det sådan lidt: ‘Altså ja, vi kan da godt ransage hans stue, men han vil fortsat være ubehagelig, og så tror vi, at vi så vil finde stoffet og så er det ude og er alt godt’. Men sådan er det bare ikke, for stoffet vil formentlig være væk for længe siden, og fordi han har det dårligt lige nu, dét er på grund af abstinenserne, og hvis man er patient i [anonymiseret afdeling], så er man godt dum, hvis man gemmer det inde på sin egen stue - så gemmer man det selvfølgelig ude i fællesmiljøet. Eller får en anden til at gemme det for sig (...) Så plejegruppen bliver tit grebet af den her følelse af, at vi gør noget! Hvor jeg har det sådan lidt, at hvis vi gør noget, så skal vi vide, hvorfor det er, at vi tror at det hjælper (...) Fordi det bliver tit sådan lidt: ‘Nu skal der bare handles!’. Det giver splid altså...” (Bilag 2: 10-11).*

Det er tydeligt i Sannes fortælling, at hun i høj grad ønsker at skabe alliancer og tillidsbaserede relationer med sin patienter, hvilket ikke nødvendigvis er den samme tilgang hendes kollegaer har. Denne diskrepans skaber således gnidninger i det kollegiale fællesskab, hvilket gør Sanne frustreret. Hun beskriver selv, at hun finder det enormt anstrengende at arbejde i sådan et miljø (Bilag 2: 10), og det er tydeligt, at det går ud over den mening, hun lægger i sit arbejde. Ligeledes fremhæver sygeplejersken

Anna, at hun, på trods af at hun som udgangspunkt finder arbejdsfællesskabet meget givende, også har oplevelser, der skaber store frustrationer hos hende:

*“Det har også været på grund af mine kolleger, for eksempel hvis jeg ikke har synes, at de har taget tingene seriøst den ene dag, hvor man så bliver sådan lidt: ‘Ej, venner. Hold nu op’. Mest er alt fordi, ja, jeg går på arbejde for at være social, jeg går på arbejde for at være en ordentlig sygeplejerske, jeg går på arbejde for at gøre en forskel, men når der er nogle af mine kolleger, der er ikke lever op til de forventninger jeg har i forhold til, hvad god sygepleje er, og som vi alle sammen ved er god sygepleje, så bliver jeg irriteret og vred, for jeg synes ikke det er okay, og jeg synes ikke at det er fair over for vores patienter (...) så synes jeg virkelig, at det kan være en lortedag. Og det kan også nogle gange være det, der gør, at jeg får lyst til at finde noget andet” (Bilag 3: 14).*

Anna italesætter, at hun indimellem oplever en uoverensstemmelse mellem, hvad hende og hendes kollegaer oplever som god faglig sygepleje. Det irriterer og gør hende vred, og hun fremhæver, at det skaber ‘flugttanker’ hos hende, hvor hun overvejer at finde et nyt arbejde. De tanker, som Anna italesætter her, kan forstås som midlertidige meningstab, hvorved dét Anna tror på og arbejder for midlertidigt mister sin betydning (Ditlev Bøje et al. 2021: 10), hvorigennem hun oplever en form for fremmedgørelse fra sit arbejde og fra sine kollegaer. Dette taler ind i teoretiske forståelser af meningsskabelse, som foreskriver, at den mening individet tilskriver sit arbejde som udgangspunkt er formet af andre menneskers handlinger og holdninger. Kollegerne kan således forstås som nøglebidragsydere i den proces, hvorved arbejdets betydning enten skabes eller nedbrydes (Wrzesniewski et al. 2003: 95-97). Det Anna italesætter her er således også, at hendes kollegers tilgang til arbejdet i høj grad påvirker den mening, som hun tilskriver sit arbejde på en negativ måde, og den sociale kontekst på arbejdspladsen fungerer således som det bagtæppe, hvorfra Annas mening i arbejdet både skabes og nedbrydes.

Den ultimative beslutning om at skifte arbejde, som Anna italesætter, har misbrugsbehandleren Sisse truffet. Hun står overfor et meget snarligt jobskifte, blandt andet på grund af interne uroligheder på sin arbejdsplads. I denne sammenhæng betoner hun særligt, at hun er bekymret for og frustreret over, hvad der skal ske med hendes patienter, når hun ikke længere er ansat. Hun fortæller, at hun grundlæggende oplever, at der blandt hendes kollegaer er medarbejdere som ikke gør

deres arbejde ordentligt, og som *“bare sidder og smider hænderne i vejret og siger, at ’det ikke er mit bord, og det kan vi ikke gøre, og det vil vi ikke være med til’”* (Bilag 6: 5). Dette er til stor frustration, og Sisse fortæller blandt andet:

*“Jeg har jo kun de her fem dage tilbage, og jeg kan godt mærke, at jeg kan godt være sådan lidt grænsende til det grådlabile. Men det er altså mest fordi, at jeg oplever, at der ikke er nogen, der griber. Hvis jeg nu vidste, at jeg kunne slippe i tryghed, at der var nogen, der greb, så ville jeg have det meget bedre. Men jeg kan bare ikke se, at der er nogen, der kommer til at gribe. Altså nogen af dem, er jeg jo bange for at tabe”* (Bilag 6: 5).

De oplevelser, som Sisse har haft med ledere og kollegaer på det misbrugscenter, hvor hun arbejder, er blandt nogle af overvejelserne bag hendes jobskifte. Det viser sig hermed, at et produktivt fællesskab rigtig nok kan have stor betydning for individets oplevelse af mening i arbejdet, men når det kollegiale fællesskab ikke fungerer, kan det ligeledes have store konsekvenser netop for denne type meningsskabelse, og det kan potentielt true medarbejdernes oplevelse af mening i arbejdet. Hvad samblomsteringsteorien ligeledes tager for givet er, at det ikke nødvendigvis er fællesskabet og relationerne med kollegaerne, som er det vigtigste for medarbejdernes oplevelse af mening i arbejde. Centralt i empirien er således, at informanterne grundlæggende finder meget stor mening i selve omsorgsrelationen med deres patienter. Dette beskriver misbrugsbehandleren Luna eksempelvis, idet hun fortæller, at hun ofte har lange forløb med de enkelte patienter, hvorfor man også ofte får en stærk relation til dem:

*“Man kan jo nogle gange godt have lange forløb, af mange forskellige årsager (...) og selvom det selvfølgelig også godt kan være hårdt nogle gange, fordi det går op og ned: ”Ej, nu gik det ikke lige alligevel”, så synes jeg at den relation og kontakt, der er i arbejdet med borgerne, er virkelig givende. I stedet for bare at behandle en sag, og så bare videre til den næste”* (Bilag 9: 9).

I citatet fremhæver Luna, at noget af det, hun finder mest givende i sit arbejde, er den relation, hun får skabt med patienterne. Hun fortæller yderligere, at hun finder stor mening i netop denne kontakt, fordi hun får lov til at få del i det, som patienterne synes er svært, men også det, som de eventuelt lykkes med

og drømmer om (Bilag 9: 9). Denne omsorgsrelation med patienterne fremhæver sygeplejersken Sanne også, og hun beskriver meget tydeligt, hvordan arbejdet med patienterne i høj grad handler om at skabe en alliance og en relation (Bilag 2: 11), og at denne relation er afgørende for hendes arbejdsglæde:

*“En god arbejdsdag for mig, det er hvor jeg har de her gode ‘micro-øjeblikke’ med mine patienter, hvor jeg tænker: ‘Dér kom vi sgu lige igennem til hinanden’. (...) Det er de her øjeblikke, hvor man: ‘Her fangede vi hinanden rigtig godt. Du sagde noget, som var sjovt, og jeg synes at det var sjovt’, eller det kan også være: ‘Du havde en bekymring. Du fortalte om den, og vi følte faktisk sammen, at du blev lindret i det’” (Bilag 2: 7).*

I citatet betoner Sanne de “gode ‘micro-øjeblikke’”, som hun kan have med patienterne, og hvordan disse øjeblikke har stor betydning for den mening, hun tillægger arbejdet. Man kan forstå dette som en form for meningsarbejde, hvorved Sanne forsøger at indfange den lille midlertidige mening, og efterfølgende forstørre og fastholde den. Disse empiriske fund taler ind i lignende empiriske forståelser af mening i omsorgsarbejdet, som ligeledes finder, at det særligt er interaktionen med og relationen til patienterne, som har betydning for oplevelsen af mening i arbejdet. Som sundhedspersonale opleves det således som udgangspunkt meningsfuldt at hjælpe et andet menneske, som har brug for det (Tuft 2011: 28). Informanterne værdsætter og investerer således i omsorgsrelationen med patienterne, fordi det skaber mening for dem, men det er samtidig også en måde at sikre, at patienterne oplever en tillid til dem. Igennem relationsarbejdet får medarbejderne hermed skabt en gensidig forståelse og tillid mellem dem og patienterne, hvilket gør det langt nemmere at udføre behandling med patienterne. Vigtigheden af denne relation italesætter misbrugsbehandleren Carl:

*“Relationsarbejdet er faktisk det største af det, og det er et vigtigt fundament, hvis jeg på et senere tidspunkt skal lave noget misbrugsbehandling. Det kan jeg nemlig kun, hvis jeg har skabt en rigtig god relation til dem, fordi ellers vil de ikke være lydhøre overfor det jeg så arbejder med. Men jeg tror også på, at det er i relation jeg kan flytte de her borgere. Jeg tror ikke nødvendigvis på, at det er fordi jeg er en god misbrugsbehandler. Jeg tror på, at hvis man skaber en god relation ved at vælge den rigtige tilgang og man behandler dem med respekt og forståelse, så er det den vej igennem at man vil kunne rykke dem eller påvirke den i en retning, eller hvad man nu kan sige” (Bilag 7: 4).*

I citatet bliver det tydeligt, hvordan relationsarbejde er afgørende for en succesfuld misbrugsbehandling. En stærk og tillidsfuld relation gør patienterne mere modtagelige for behandling og skaber samtidig et fundament, hvor forandring er mulig. For Carl er investeringen i relationsarbejdet ikke blot en arbejdsmetode, men nøglen til at skabe gensidig forståelse, samt meningsfulde og effektive behandlingsforløb for dobbeltdiagnosepatienterne. Dette kan misbrugsbehandleren Sisse ligeledes genkende fra sit arbejde med dobbeltdiagnosepatienterne:

*“Altså vi arbejder jo meget relationelt. Og vi tror jo på, at relationen, det er det, der er bærende. Fordi når borgerne er trygge og har tillid, så får man også nogle sider at se, som man så kan italesætte på en god måde. Så de ikke bliver så ramt i det” (Bilag 6: 3).*

Sisse fremhæver ligeledes, at relationsarbejdet er essentielt for at skabe tryghed og tillid i relationen til patienterne. Denne tryghed gør det blandt andet muligt for patienterne i højere grad at vise deres sårbare sider, som således kan blive adresseret på en konstruktiv og respektfuld måde. Hermed er Sisse med til at bekræfte, at stærke og tillidsfulde omsorgsrelationer ikke kun er et redskab, men et nødvendigt fundament for at opnå positive behandlingsresultater, ligesom det generelt er afgørende for informanternes egen meningsskabelse.

Ovenstående refleksioner og fund betyder imidlertid ikke, at man som sundhedspersonale er sikret imod potentielle meningstrusler så længe omsorgsrelationen er intakt. Mening i arbejdet er et resultat af et løbende meningsskabelsesarbejde, og mening er således ikke noget der enten eksisterer eller ikke eksisterer. Mening i arbejdet skabes og vedligeholdes løbende af sociale aktører, og det gøres under evigt skiftende omstændigheder (Wrzesniewski et al. 2003: 96 , 101). En vigtig pointe er således også, at mening i arbejde er et evigt foranderligt fænomen, hvorfor mange forskellige faktorer kan true den.

## 7.2.2 TRUSLER MOD MEDARBEJDERNES MENINGSSKABELSE

Tidligere fremhævede vi, hvordan frustrationer og gnidninger i det produktive fællesskab kan have konsekvenser for medarbejdernes oplevelse af mening. Dette er imidlertid ikke den eneste trussel. Flere af informanterne fremhæver således, at de organisatoriske rammer om arbejdet kan udfordre deres

arbejdsglæde og motivation. Disse meningstrusler handler overordnet set om manglende ressourcer som blandt andet kommer til udtryk ved tidspres og personalemangel. En af dem som italesætter dette særligt tydeligt er sygeplejersken Anna:

*“Men det kan lige så godt også være meldinger fra ledelsen, om at vi skal i gang med et eller andet mere sekretærarbejde... eller nu skal vi til at overtage et eller andet, hvor vi ikke rigtig kan se, at det er vores spændingsfelt, altså for eksempel sekretæropgaver. Lige nu har vi slet ikke nogen sekretær hos os, og det har vi faktisk ikke rigtig haft i de [anonymiseret] år, hvor jeg har været ansat. Så vi skal selv klare alle de dokumentationsmæssige opgaver (...). Dét synes jeg er enormt frustrerende, fordi det er faktisk ret meget tid der går fra alt muligt andet som vi kunne have lavet med patienterne. Specielt når der kommer rigtig mange patienter lige oven i hinanden ude i modtagelsen, og man står derude har den femte patient inden for 10 minutter, som man både skal nå at oprette, man skal lave det der hedder en specialnotering, man skal tage blodprøver og EKG, man skal til samtale sammen med lægen og patienten... og så er der bare ikke tid nok” (Bilag 3: 14).*

Annas bekymringer kan ses i lys af, at der på et organisatorisk og ledelsesmæssigt plan ikke er taget højde for graden af kompleksitet i behandlingsforløb rettet mod dobbeltdiagnosepatienter, ligesom at personalemangel på afdelingerne betyder, at det sundhedsfaglige personale må bruge meget af deres tid på arbejdsopgaver, som ligger uden for deres egentlige arbejdsområde. Af denne årsag bliver der taget væsentlig tid væk fra patienterne og den omsorgsrelation, som i udgangspunktet er dét, medarbejderne finder mest meningsgivende. Denne problematik italesætter misbrugsbehandleren Gry ligeledes, og hun fortæller, at de på nuværende tidspunkt også mangler en sekretær til at varetage mange af de mere administrative driftsopgaver. På nuværende tidspunkt må hende og hendes behandlerkollegaer selv behandle alle telefonhenvendelser, ligesom de fortsat skal lave både indskrivninger, tage imod varebestillinger og foretage udredninger. Dette frustrerer hende, og hun oplever, at det er spild af ressourcer:

*“(...) Vi kunne godt bruge en sekretær. Jeg synes, at det er dumt at behandlere, og ledere for den sags skyld, skal bruge ressourcer på at sidde og tage telefoner. Og plus, den sekretær ville jo også kunne*

*tage imod varebestillinger, som vi jo på nuværende tidspunkt også selv skal tage” (Bilag 4: 13).*

Medarbejderne må således se sig nødsaget til at varetage andre arbejdsopgaver end det, der er deres kerneopgave, hvilket potentielt kan true graden af mening, de tillægger deres arbejde. Denne problematik er ikke enestående for informanternes arbejde med dobbeltdiagnosepatienter, men taler ind i en større empirisk forståelse af omsorgsmedarbejderes arbejde. Eksisterende forskning viser blandt andet, at de organisatoriske rammer om omsorgsarbejdet rummer en høj grad af ufleksibilitet, hvor det på forhånd er besluttet, hvad der kan bevilliges af tid og ressourcer til patientbehandlingen (Olesen et al. 2023: 153). Dette kan resultere i, at medarbejdere i høj grad oplever, at de må gå på kompromis med dem selv og deres arbejde, hvilket kan lede til oplevelser af meningstab (Vaaben et al. 2023: 20-22 ; 24-25). Dette er således en generel problematik i omsorgsarbejdet, men der kan imidlertid også argumenteres for, at arbejdet med dobbeltdiagnosepatienter som udgangspunkt kræver en endnu større grad af fleksibilitet og omstillingsparathed end andre former for omsorgsarbejde, eftersom denne patientgruppe er særligt sårbar og socialt udsat. På baggrund heraf kan systemets organisering have meget store konsekvenser for de medarbejdere, som arbejder direkte med denne patientgruppe, og disse medarbejderes oplevelser af mening. Endeligt kan dette føre til oplevelser af meningstab, hvilket i sidste ende kan resultere i oplevelser af moralsk stress.

### 7.3 MEDARBEJDERNES OPLEVELSE AF MORALSK STRESS

Rammesætningen for dette afsnit er funderet i, hvordan moralsk stress kan anses som en særlig form for meningstab i arbejdet med dobbeltdiagnosepatienter. I mødet med empirien blev det tydeligt, at informanterne i forbindelse med deres arbejde oplever mange af de samme institutionelle barrierer, som også eksisterende forskning peger på (jf. Problemfelt). Dog blev vi opmærksomme på, hvordan medarbejderne specifikt i deres arbejde med dobbeltdiagnosepatienter blandt andet var særligt optaget af, at fremhæve denne type mennesker, som en særligt sårbar og svigtet patientgruppe, hvilket vækker et endnu større pres hos medarbejderne, idet de ikke ønsker at være årsag eller medvirkende til endnu et svigt af patienterne i deres behandlingsproces. Samtidig blev det ligeledes tydeligt, hvordan medarbejderne kan stå med en følelse af, at deres moralske integritet undermineres i situationer, hvor de enten ikke ved eller er usikre på, hvad der er det rigtige at gøre eller ikke kan handle i overensstemmelse

med deres moralske og professionelle værdier. Vores speciale arbejder hermed ud fra en grundlæggende præmis om, at moralsk stress både kan være udadrettet, hvilket opstår, når medarbejderne føler sig tvunget til at handle på en måde, som strider imod deres professionelle værdier på grund af institutionelle barrierer eller interaktion med andre mennesker, og indadrettet, når medarbejderne står over for etiske konflikter, der udspringer på baggrund af deres professionelle værdier, samvittighed eller moralske overbevisninger. Nærværende analyse bliver derfor en undersøgelse af, hvad der sker når medarbejderne enten på grund af eksterne eller interne faktorer oplever moralsk stress i deres arbejde med dobbeltdiagnosepatienter. Vi vil eksempelvis dykke ned i, hvordan medarbejderne i deres arbejde med dobbeltdiagnosepatienter ofte befinder sig i et krydsfelt af underliggende følelser. Disse underliggende følelser kan i nogle tilfælde være eksplicit rettet mod systemet og de organisatoriske retningslinjer for behandling af dobbeltdiagnosepatienter. Dog er dette langt fra altid tilfældet, idet medarbejderne oftest vender situationen om, og stiller sig selv et moralsk imperativ: *“(...) der må kunne gøres noget? (...) men jeg er også bare ét menneske”* (Bilag 6: 10).

### 7.3.1 PROFESSIONEL INTEGRITET MOD SYSTEMETS KRAV

Det er ikke atypisk, at sundhedsarbejdere qua deres arbejde kan befinde sig situationer, hvor de føler sig tvunget til at handle på en måde, som grundlæggende strider imod deres moralske overbevisninger eller professionelle principper. Når medarbejderne befinder sig i sådanne situationer, kan de opleve en række negative følelser som følge af, at de på grund af organisatoriske barrierer forhindres i at handle i overensstemmelse med deres erfaring og professionalisme. Oplevelsen af at organisatoriske barrierer kan stå i vejen for, hvad der hos medarbejderne opleves som moralsk rigtigt i arbejdet med dobbeltdiagnosepatienter kommer blandt andet til udtryk, idet misbrugsbehandleren Mona fortæller, at patienternes rejse gennem psykiatrien kan være lang, inden at de i psykiatrien øjner alvoren af patientens situation. Dette oplever hun som en hæmsko, fordi den tværgående behandling af dobbeltdiagnosepatienter er alfa omega for patientens vej mod et liv fri fra psykiske lidelser og misbrug. I denne sammenhæng uddyber Mona, at:

*“(...) vores ord ligesom ikke er nok for det, vi har været igennem. Og så skal de sende dem hjem måske af flere omgange, og de skal igennem hele den rejse i psykiatrien. Og så begynder de [psykiatrien] at*



*se alvoren, selvom vi [Mona og kollegaer] jo også har været igennem den samme [alt forarbejdet forinden patientens møde med psykiatrien]. Og derfor synes vi, at det er nogle nederlag, som den her borger ikke behøver. Fordi vi kan jo beskrive det ret tydeligt af vores læge og psykiater. Men vi bliver ikke anerkendt som en ligeværdig samarbejdspartner nogle gange” (Bilag 1: 7).*

Det bliver her tydeligt, at Mona oplever en frustration forbundet med den måde det tværgående samarbejde om behandling af dobbeltdiagnosepatienter er sammensat, samtidig med at hun ikke føler, at misbrugsbehandlingen bliver anerkendt på lige fod med det psykiatriske arbejde. Monas frustration peger yderligere i retning af måden, hvorpå nogle patienter ikke bliver taget alvorligt eller får den fornødne hjælp i retning af den rette behandling, når de henvises til psykiatrien. Dette skaber en form for moralsk stress, idet Mona føler sig magtesløs og utilfreds på grund af de ydre omstændigheder, som påvirker hendes arbejde og evne til at hjælpe patienterne. Ligeledes udtrykker sygeplejersken Anna, hvordan det heller ikke er uden konsekvenser, at de i psykiatrien skal efterleve en række specifikke kriterier for, hvornår de må tage dobbeltdiagnosepatienter i behandling:

*“For mig, og min oplevelse, så har jeg en oplevelse af, at vi ret ofte taber ret mange af vores patienter, som faktisk går rundt med en eller anden for form underliggende psykiatrisk lidelse, fordi der er de her kriterier og krav, om at de skal være ædru i alt mellem seks til otte uger, nej, seks til 12 uger. De skal være clean, før vi går i gang med at nærmere kigge på, hvad det egentlig er de gemmer ud over det her misbrug.” (Bilag 3: 3).*

Anna taler her ind i en bekymring om, hvordan systemets kriterier for behandling af dobbeltdiagnosepatienter påvirker det endelige resultat af behandlingen. I denne forbindelse oplever Anna, at mange patienter risikerer at blive tabt på gulvet på grund af disse kriterier. Eksisterende forskning bakker ligeledes op om denne udfordring på dobbeltdiagnoseområdet. Eksempelvis påpeger evalueringen ‘Projekt Socialsygepleje’, at dobbeltdiagnosepatienter er nogle af de mest udsatte patienter, og blandt dem, der har størst brug for hjælp, men at denne patientgruppe samtidig også har de dårligste behandlingsforløb i psykiatrien, fordi de netop ikke passer ind i systemets kasser og procedurer (Busch 2020: 57-58). Det faktum at medarbejderne i psykiatrien generelt er underlagt nogle organisatoriske retningslinjer for den behandling, som de kan tilbyde patienterne, kan i denne sammenhæng potentielt

være med til at skabe et etisk dilemma hos Anna. Dette dilemma kommer til udtryk, idet Anna antyder en divergerende oplevelse i forbindelse med, at medarbejderne på den ene side er underlagt en række kriterier og krav, som foreskriver at en patient skal have været rusmiddelfri og/eller ædru i seks til 12 uger, men at hun på den anden side udtrykker en personlig oplevelse af, at disse retningslinjer i virkeligheden spænder ben for, at medarbejderne kan afhjælpe dobbeltdiagnosepatienterne med deres psykiske lidelser. Dette kan hermed resultere i en professionel konflikt mellem hendes opfattelse af, hvad der er bedst for patienterne og systemets regler for hjælp og manglende syn for den enkelte patients omstændigheder. Udover at det for misbrugsbehandleren Mona og sygeplejersken Anna skaber stor frustration, når institutionelle barrierer begrænser dem i at deres arbejde, indikerer citaterne ligeledes, hvor udfordrende og kompleks behandlingen af dobbeltdiagnosepatienter er sammensat, samt hvordan dette kan medføre følelsesmæssige belastninger hos medarbejderne.

Moralsk stress viser sig dog ikke udelukkende hos medarbejderne som en frustration rettet mod eksterne faktorer, såsom foreskrevne retningslinjer og kriterier fra organisationens side som strider imod deres moralske og professionelle værdier, men også i interaktion med andet sundhedsfagligt personale, hvor de udfordres på deres følelse af, hvad de oplever som moralsk rigtigt. I denne forbindelse har vi i empirien identificeret et generelt tema om professionel begrænsning og moral. Dette italesætter både sygeplejersken Anna og misbrugsbehandleren Mona, men ud fra to forskellige vinkler. Eksempelvis pointerer sygeplejersken Anna, hvordan hun føler, at hendes erfaring og faglighed til tider undermineres, når der opstår en diskrepans mellem hende og en læges vurdering af en given situation:

*“(...) det varierer lidt alt efter, hvilken læge man står overfor og så videre. I sidste ende så er det jo egentlig dem, der har det sidste ord. Hvor frustrerende det end kan være, for eksempel hvis det er en ny læge, som ikke lige forstår, hvad tingene drejer sig om” (Bilag 3: 14).*

Det bliver hermed tydeligt, hvordan Anna er utilfreds med den varierende tilgang og forståelse, som nogle læger har, når det er dem, der har det sidste ord i vurderingen og behandlingen af patienterne. Denne utilfredshed kommer til udtryk gennem en form for magtesløshed i forhold til lægernes autoritet i beslutningstagningsprocessen. Selvom hendes viden og erfaring som sygeplejerske taler for en bestemt tilgang til situationen, er det i sidste ende fortsat lægerne, som har det endelige ansvar og autoritet til at

træffe beslutninger om retningen for behandling og pleje af patienterne. Tilfælde som her, hvor der opstår en diskrepans mellem en læge og en sygeplejerskes faglige vurderinger, er i udgangspunktet ikke enestående for dobbeltdiagnoseområdet. Dog ved vi på baggrund af eksisterende forskning (*jf. 1. Problemfelt*) og informanternes udtalelser, at nærværende område ligger under for mange hurtige udskrivninger af patienterne, hvorfor sandsynligheden for at møde de samme patienter gentagende gange er større. På baggrund heraf kan der argumenteres for, at Annas utilfredshed og frustration ligeledes bunder i, at hun potentielt ved, hvad der vil være den bedste tilgang til behandling af den pågældende patient, enten grundet at patienten tidligere har været indlagt eller i mødet med lignende tilfælde, men at hendes viden og erfaring alligevel undermineres grundet måden, hvorpå systemet er organiseret.

Tillige udtaler misbrugsbehandleren Mona, hvordan hun kan stå i situationer, hvor hun i mødet med patienterne må respektere, at de på grund af deres psykiske lidelse ikke er et sted, hvor de ønsker at stoppe deres misbrug - selvom dette strider mod hendes professionelle ønske om at behandle:

*“(...) jeg har erfaring med, at hvis man har drukket i 30 år, så er det rigtig vigtigt, at man måske arbejder på at blive afholdt, fordi det er så svært at styre, om det er en eller to, man kan tåle. Der kan jeg nogle gange godt komme lidt til kort der, fordi jeg ved jo, hvad det er, altså, at det her, det kommer nok ikke til at gå godt. Men borgeren er jo nødt til selv at finde frem til det. Så jeg kan lave noget psykoedukation, og jeg kan fortælle om vores erfaringer, men det er jo borgeren selv, der skal tage beslutningen”* (Bilag 1: 19).

I citatet bliver det tydeligt, at Mona gerne vil hjælpe patienten og føler sig overbevist om, hvad vejen for patientens bedste er, men at hun samtidig også mener, at tingene skal komme i den rigtige rækkefølge. Mona begrænses dog i at handle i overensstemmelse med sine professionelle vurderinger på grund af hensynet til patientens autonomi og ret til at træffe egne beslutninger. Dette bevirker, at selvom Mona har viden og erfaring, som indikerer, at det er essentielt at patienten ophører sit misbrug, så kan hun ikke tvinge patienten til at blive afholdende, selvom hun fagligt ved, at patienten psykologisk set skal være klar til det. Nærværende tilfælde kan på sin vis siges at være et grundvilkår i faget, men samtidig indikerer citatet, hvordan Mona befinder sig i et dilemma mellem at gøre det rigtige nu og gøre det rigtigt på den rette tid, hvor patienten selv er klar til det. På baggrund af ovenstående indikerer sygeplejersken Anna

og misbrugsbehandleren Monas udtalelser, hvordan de til tider føler sig forhindret i at følge deres professionelle værdier og handle i harmoni med deres egen faglighed på grund af institutionelle forhindringer. Mens Anna oplever begrænsninger i forhold til at handle i overensstemmelse med sin erfaring på grund af lægernes autoritet, står Mona over for et lignende dilemma i hendes rolle som misbrugsbehandler. Hermed udtrykker begge medarbejdere frustration og magtesløshed i deres forsøg på at navigere mellem deres faglige viden og hensynet til andre.

### 7.3.2 NÅR VÆRDIER OG VIRKELIGHED KOLLIDERER

Det blev i empirien tillige tydeligt, at informanterne til tider befinder sig i situationer, hvor de føler, at de forhindres i at handle i overensstemmelse med deres professionelle principper, hvilket i mange tilfælde resulterer i følelser af frustration og at være nødsaget til at gå på kompromis med både faglige og moralske værdier. Eksempelvis fortæller socialsygeplejersken Sofie om en situation, hvor hendes faglige overbevisninger peger i retning af, at en patient vil have gavn af en længere indlæggelse, men at hun samtidig er bevidst om, at der fra organisationens side skal efterleves nogle andre krav:

*“Jamen, hvis jeg for eksempel tænker, at det ville være mega godt givet ud, hvis den her patient var et ekstra døgn indlagt, så kunne der måske lige komme lidt mere ro på hos patienten, og det ville bare være rigtigt godt givet ud for helhedsindtrykket. Og at patienten så bliver udskrevet, det synes jeg er øv sådan noget” (Bilag 5: 9).*

Sofie står således over for konflikten mellem hendes vurdering af, at sikre de bedst mulige betingelser for patienten og de begrænsninger psykiatrien rummer, såsom pladsmangel og institutionens vurdering af, hvornår en patient er færdigbehandlet. Hun fortæller videre, at hun i sådanne situationer føler sig nødsaget til at gå på kompromis med sin faglighed, idet nogle patienter til tider udskrives, fordi: *“(…) det er vurderet, at de er færdigbehandlet, men så mangler man bare lige at kigge på alt det andet rundt om patienten, også alle de andre faktorer, ikke?” (Bilag 5: 9).* I sådanne situationer er Sofie nødsaget til at gå på kompromis med sine professionelle moralske principper, hvilket strider mod hendes faglige overbevisning om, at patienten kunne få *“lidt mere ro på”* af en længere indlæggelse og en mere helhedsorienteret behandling. Samtidig fortæller hun opgivende, hvordan disse vilkår nogle gange også

er dét, som kan gøre det hårdt at arbejde i psykiatrien, fordi man ikke altid kan yde det, som man ønsker (Bilag 5: 9). Misbrugsbehandleren Carl taler ligeledes ind i en episode, hvor han føler sig presset af en kompleks patientsituation. Trods hans mangeårige erfaring inden for misbrugsbehandling står Carl her over for et moralsk dilemma, idet han ønsker at hjælpe en patient, men patienten er så tynget af sin psykiske, somatiske og misbrugsrelaterede tilstand. Dette betyder, at det ikke er muligt for ham at udføre traditionel misbrugsbehandling, således at patienten efterfølgende kan komme i behandling for vedkommendes psykiske og somatiske tilstand:

*“Så det er kritisk, og i princippet så har jeg ikke lavet misbrugsbehandling med hende længe, men jeg kan heller ikke få mig selv til at lukke hende, selvom jeg er ikke laver misbrugsbehandling med hende, fordi hun er så langt ude psykisk og somatisk, og rusmiddelmæssigt (...) så med hende, er det jo i princippet alt andet vi snakker om end rusmidler.” (Bilag 7: 7).*

Carl beskriver, hvordan han føler sig fanget mellem sit eget behov for at hjælpe patienten og den manglende mulighed for at kunne udføre traditionel misbrugsbehandling. Dette dilemma skaber en form for moralsk stress, som manifesterer sig i en indre konflikt om, hvordan Carl bedst kan håndtere situationen og hjælpe patienten, når han ikke længere kan udføre misbrugsbehandling. Med andre ord befinder Carl sig i en konflikt mellem hans professionelle ønske om at hjælpe patienten og det begrænsede omfang af behandlingsmuligheder, han har til rådighed. Dette placerer Carl i en vanskelig situation, hvor han forsøger at navigere mellem at opfylde patientens behov og samtidig overholde sine professionelle forpligtelser. I citatet kan der ligeledes argumenteres for, at Carl heller ikke føler sig tryk ved at skulle afslutte patienten, trods at det ikke er muligt for ham at udføre misbrugsbehandling. Dette ubehag kan skyldes, at han føler sig presset af den vanskelige situation og den mulige selvbebrejdelse over ikke at have mulighed for, at kunne give patienten den fornødne hjælp.

Medarbejderne står i deres arbejde med dobbeltdiagnosepatienter til tider over for komplekse situationer, hvor det eksempelvis på grund af manglende information, etiske dilemmaer eller manglende klarhed om, hvordan ens handlinger vil påvirke patienterne, ikke er tydeligt, hvad den mest moralsk acceptable handling er i den pågældende situation. Blandt andet udtaler sygeplejersken Sanna, at hun i nogle situationer ikke føler, at hun slår til i sin rolle som sygeplejerske i arbejdet med dobbeltdiagnosepatienter:

*“For eksempel når det er gået godt med en patient hele dagen, og så har han en bekymring om noget det sidste kvarter, jeg er i vagt, og det formår jeg så ikke at få lagt ned. Jeg formår ikke at være nærværende nok, og det ender i en udadreagerende situation. Hvor jeg bagefter godt kan tænke: ‘For fanden, havde jeg bare gjort dét i stedet for dét, så tror jeg faktisk at det kunne være gået’ (...) vi kan ikke andet end bare lige at prøve og skyde fra hoften, men der er bare tit... nogle gange så var det bare slet ikke det rigtige (...) Ja, sådan er der jævnligt nogle situationer. Situationer hvor jeg godt har kunne mærke, at jeg har siddet og talt med en patient, men jeg var egentlig ikke nærværende, fordi så har jeg siddet og tænkt på, at jeg havde glemt at hælde medicin op eller et eller andet, hvor jeg så tænker, at dét kunne han sgu godt mærke” (Bilag 2: 14).*

Sanne fortæller i citatet om en konkret situation, hvor hun føler sig usikker på sin egen håndtering af en patientsituation, og hvor hun samtidig oplever en vis grad af utilfredshed med sine handlinger. Problematikken opstår i denne sammenhæng, fordi Sanne ikke var nærværende i den pågældende situation, hvilket aktiverede en udadreagerende reaktion, idet patienten muligvis ikke følte sig set i Sannes måde at respondere på vedkommendes bekymring. Sannes bekymring for om hun kunne have handlet anderledes for at undgå den udadreagerende situation, indikerer en følelse af tvivl og usikkerhed om hendes valg og handlinger, samt om hun har opfyldt hendes professionelle ansvar, om at imødekomme den enkelte patients behov for nærvær. Til trods for, at visse situationer med særligt udadreagerende patienter *“(...) nogle gange ender i en krise uanset hvad”* (Bilag 2: 14) indikerer Sanne ligeledes et ønske om, at hun havde været mere nærværende i sin interaktion med patienten, idet hun ved, hvor essentiel tillid og alliancer, samt viljen og lysten til at lytte er i arbejdet med dobbeltdiagnosepatienter (Bilag 2: 11). Tillige udtrykker sygeplejersken Anna, at hun har en blandet fornemmelse i forhold til sin følelse af, om hun slår til i sin rolle som sygeplejerske indenfor dette felt:

*“Mest af alt fordi jeg sommetider har en oplevelse af, at kunne jeg nu have brugt mere tid på at snakke med denne her patient, om hvad det egentlig er der gør (...) altså som man forsøger at få afdækket årsagen til, at man bruger rusmidler og hvorfor det er, at man vender tilbage til rusmidlerne. Der er også mange af vores dobbeltdiagnosepatienter, som afbryder indlæggelsen selv, hvilket jeg synes er*

*enormt ærgerligt. Og jeg kan ikke lade være med at have oplevelsen af, at man som behandler har fejlet.” (Bilag 3: 16).*

Anne udtrykker en form for selvbebrejdelse, hvilket afspejler sig i en indre konflikt, idet hun udtrykker usikkerhed forbundet med, om hun kunne have brugt mere tid på at tale med den enkelte patient om årsagerne til vedkommendes rusmiddelproblematikker. Denne problematik taler ligeledes ind i eksisterende forskning, som påpeger, at dobbeltdiagnosepatienter i mange tilfælde oplever, at det psykiatriske personale ikke spørger ind til deres misbrug, når de er indlagte. Her bliver det ydermere tydeligt, hvorledes patienternes misbrug ikke anses som et problem, som patienterne kan forvente, at personalet skal sætte tid af til at hjælpe dem med (Johansen et al. 2018a: 163 ; Psykiatrifonden u.å.). I dette tilfælde udviser Anna dog en professionel værdi og bevidsthed om essensen af at afdække mere end blot dobbeltdiagnosepatienternes psykiske og somatiske behov. Hendes bevidsthed herom udfordres imidlertid af, at hun oplever, at mange dobbeltdiagnosepatienter af forskellige årsager aktivt vælger at afbryde deres indlæggelser. Dette afføder en dyb usikkerhed hos Anna, idet hun efterlades med oplevelsen af at have ‘fejlet’ som behandler og dermed ikke formår at efterleve hendes professionelle værdier eller opfylde sit faglige ansvar over for patienterne på tilfredsstillende vis.

I informanternes fortællinger forekommer ydermere tilfælde, hvor de føler sig presset eller ubehageligt til mode på grund af deres tilknytning til en moralsk problematisk situation, som strider imod deres moralske principper, også selvom de ikke er direkte involveret i situationen. Eksempelvis giver misbrugsbehandleren Sisse indblik i nogle af de bekymringer og personlige overvejelser, hun har i forbindelse med sit forestående jobskifte. Det er gennemgående for hendes fortælling, at hun føler sig isoleret og oplever en manglende støtte fra sine omgivelser, samt at dette er medvirkende til, at hun til tider må gå på kompromis med sine personlige og professionelle værdier. Endvidere udtrykker Sisse stor bekymring for patienternes velbefindende, samt en frygt for ikke at kunne leve op til sine egne eller patienternes forventninger inden hun fratræder sin nuværende stilling:

*“Jeg har jo kun de her fem dage tilbage, og jeg kan godt mærke, at jeg kan godt være sådan lidt grænsende til det grådlabile. Men det er altså mest fordi, at jeg oplever, at der ikke er nogen, der griber. Hvis jeg nu vidste, at jeg kunne slippe i tryghed, at der var nogen, der greb, så ville jeg have det*

*meget bedre. Men jeg kan bare ikke se, at der er nogen, der kommer til at gribe. Altså nogen af dem [borgerne], er jeg jo bange for at tabe. Og det er også derfor, jeg siger til dig, at jeg er i et tidspres.*

*Fordi, at jeg har jo lovet for meget” (Bilag 6: 4).*

Sisse taler, som flere af de andre medarbejdere, ind i en indre konflikt og en følelse af magtesløshed i forhold til, at hun snart står over for at skulle fralægge sig behandlingsansvaret. I denne sammenhæng udtrykker Sisse en bekymring for de mulige konsekvenser dette kan komme til at have for patienterne, idet hun på nuværende tidspunkt ikke oplever, at hendes kollegaer er der til at gribe dem: “Hvis jeg nu vidste, at jeg kunne slippe i tryghed (...) Men jeg kan bare ikke se, at der er nogen, der kommer til at gribe” (Bilag 6: 4). Sisse oplever i denne sammenhæng et tilfælde af moralsk stress, idet hun føler sig alene om ansvaret og bekymrer sig over, at hun ikke kan opfylde sine professionelle forpligtelser over for patienterne. Hun ønsker dybest set at kunne stole på, at hendes kollegaer vil gribe og støtte patienterne, når hun slipper dem, men føler sig alligevel alene og usikker på, om dette vil ske.

Flere af medarbejderne taler ydermere ind i, hvordan patienterne generelt har oplevet nok nederlag og svigt i deres liv, og at de af denne årsag ikke ønsker, at være endnu et bump på vejen (Bilag 6: 5 ; Bilag 1: 7, 9 ; Bilag 4: 17 ; Bilag 7: 3, 12 ; Bilag 9: 13). Ifølge misbrugsbehandleren Mona kan mødet med og behandlingen af dobbeltdiagnosepatienterne ofte blive påvirket af patienternes tidligere erfaringer med forskellige svigt og nederlag:

*“(...) mange af vores borgere har jo masser af nederlag, når de kommer ind ad døren. Og når vi så på forhånd nærmest kan forudse, at det her kommer til at give et nederlag, så er det rigtig hårdt at arbejde med, ikke? (...) Fordi man ved, at det her, det kommer ikke til at fungere. Nu sender jeg dig ud til akut, men de sender dig hjem efter to timer, ved jeg. Men du gør det alligevel, fordi det er det rigtige, ikke?”*

*(Bilag 1: 9-10).*

Monas fortælling centrerer sig om det følelsesmæssige pres, hun oplever, når hun konfronteres med udsigten til gentagne nederlag i sit arbejde med patienterne, samt hendes manglende evne til at ændre situationen til det bedre for patienterne. Dette tilfælde af moralsk stress er knyttet til måden, hvorpå Mona udfordres på sine moralske principper i en situation, hvor hun ved at udsigten til endnu et nederlag for patienten er stor, og at hun ikke kan hjælpe i den udstrækning, som hun ønsker.



Samlet set illustrerer medarbejdernes oplevelser en kompleks blanding af følelser og udfordringer, som trækker tråde til flere dimensioner af indadvendt moralsk stress i deres arbejde med dobbeltdiagnosepatienter. Medarbejdernes står over for konstante dilemmaer og et vedvarende pres for at balancere deres professionelle værdier og faglige ansvar med hensyn til dobbeltdiagnosepatienternes rettigheder og autonomi, hvilket i sidste ende kan have betydelige konsekvenser for medarbejdernes eget velbefindende og arbejdsglæde. En måde hvorpå medarbejderne imidlertid kan væbne sig imod moralsk stress kan være via *job crafting*.

## 7.4 JOB CRAFTING I ARBEJDET MED DOBBELTDIAGNOSE-PATIENTER

I arbejdet med empirien blev vi bevidste om, at informanterne benytter job crafting til at forhindre meningstab og dermed også til at imødekomme moralsk stress i deres arbejde med dobbeltdiagnosepatienter. Job crafting bliver hermed en måde, hvorpå informanterne gennem aktive handlinger redefinerer deres arbejde ved at inddrage egne motiver, styrker og interesser for at opnå en større grad af mening i deres arbejde. I denne sammenhæng fortæller misbrugsbehandleren Sisse, at hun i sit arbejde ofte påtager sig et ansvar for patientens sikkerhed og ekstra arbejdsopgaver, som strækker sig ud over hendes formelle arbejdsfunktion. Systemets begrænsninger for Sisses funktion medfører, at hun tager sagen i egen hånd, og laver en personlig klage på vegne af en patient:

*“(...) jeg har skrevet til Styrelsen for Patientsikkerhed med en bekymring. Den bliver afvist... faktisk skriver jeg en klage på vegne af en borger. Den bliver afvist, fordi de så melder ud, at de ikke er vant til, at en behandler sådan klager på vegne af en borger. Så jeg skal have fuldmagt, og faktisk klage med mit eget CPR-nummer, for at synliggøre, at der er en problematik her. (...) nu bliver jeg nødt til at prioritere mine borgeres ve og vel. Men det går mig på, at jeg oplever så mange andre fagpersoner, der bare sidder og smider hænderne i vejret og siger, at 'det ikke er mit bord, og det kan vi ikke gøre, og det vil vi ikke være med til'” (Bilag 6: 5).*

I citatet udtrykker Sisse en klar frustration over systemets begrænsninger og en samtidig interesse for, at være medvirkende til, at der bliver skabt et talerør, således at patienternes "ve og vel" kan blive taget op på den politiske dagsorden. Der kan i denne sammenhæng argumenteres for, at Sisse går fra at være systemrepræsentant til at være imod systemets retningslinjer, idet hun flytter grænserne for hendes formelle arbejdsfunktion ved at udføre personlige klager med eget CPR-nummer over patienternes behandling. På denne måde forsøger Sisse at imødekomme og støtte op om dobbeltdiagnosepatienternes behov for yderligere hjælp, samtidig med at hun følger sine egne motiver for, hvad hun mener er patienternes ret. Dette skifte fra at være en systemrepræsentant til et personligt selv illustrerer misbrugsbehandleren Carl ligeledes, idet han aktivt påtager sig rollen som patienternes bisidder ved afgørende møder i psykiatrien, selvom dette ikke er et formelt arbejdskrav:

*"Og ellers plejer jeg faktisk at praktisere det, at jeg tager med dem til deres første samtale ude i psykiatrien, for på den måde at tydeliggøre, at de faktisk ikke må afvise nogen på grund af at de er i et misbrug, fordi det må de jo faktisk ikke. Men det sker bare relativt ofte i praksis (...) og det burde ikke være nødvendigt, at en fagperson sidder med for at minde dem om, at man faktisk ikke må afvise borgerne, fordi de er i et aktivt misbrug (...) ofte ender det med en længere diskussion - men de ender trods alt med at tage dem til sidst"* (Bilag 7: 9).

Det bliver tydeligt, hvordan Carl påtager sig en grad af personlig kontrol over patienternes videre overgang til den psykiatriske behandling ved at tage med som patientens bisidder, hvilket kan forstås som en aktiv handling, hvorigennem Carl får inkorporeret egne motiver i arbejdet. Årsagen til dette kan findes i, at Carls tilstedeværelse på sin vis kan være med til at styrke argumentet for væsentligheden af, at patienten kommer i behandling, samt at de fra psykiatriens side ikke må afvise patienten, trods vedkommendes misbrugsrelaterede udfordringer. Carls handling peger således i retning af, at der sker en form for forskydning i forhold til, hvad der ligger inden for hans faglige rolle som misbrugsbehandler, og det ansvar han personligt vælger at påtage sig ved at involvere sig i patientens ret til behandling uden for misbrugscentret.

Informanterne benytter ligeledes job crafting til at opretholde og styrke et mere positivt selvbillede. Gennem job crafting kan medarbejdere blandt andet forme deres arbejdsopgaver på en måde, som tillader

dem at anvende og udvikle deres styrker. Ved at fokusere på de aspekter af arbejdet, hvor de føler sig mest kompetente og værdifulde, kan medarbejderne hermed fortsat opbygge og vedligeholde en positiv professionel selvidentitet (Wrzesniewski & Dutton 2001: 181-183). Dette kommer eksempelvis til udtryk hos socialsygeplejersken Frode, som beskriver sig selv som en, der *“siger tingene uden filter”* (Bilag 8: 15) og *“taler misbrugssproget”* (Bilag 8: 15). Denne selvopfattelse indikerer en autentisk kommunikationsstil, samt at Frode er sig bevidst om, hvordan han gerne vil fremstå i sit arbejde med dobbeltdiagnosepatienterne. Ved at anerkende og værdsætte denne del af hans personlighed, kan der argumenteres for, at Frodes selvbillede styrkes, idet han herved føler sig kompetent og autentisk i sit arbejde og tilgang til patienterne. Frode italesætter ligeledes, hvordan han på baggrund af sin erfaring har tillært sig, at møde patienterne i øjenhøjde:

*“Det der med misbrugere til misbrugere kan sgu noget. Altså en der er kommet ud og sidder overfor en, der er aktiv brugende. De kan noget over for hinanden. Og den synes jeg er påkrævet at man fanger, hvis man skal kunne arbejde inden for det her felt. Fordi ellers så rammer du dem ikke i hjertet, med de ting du siger. Så har de ikke noget respekt for dig. Sådan er det. De her mennesker, de har oplevet så meget, som vi ikke engang har fantasi til. Jeg har ikke engang fantasi til at forestille mig, hvordan deres liv er. Så man skal have rimelig meget respekt for det”* (Bilag 8: 15)

I citatet påpeger Frode, at det er essentielt at fange den respekt og troværdighed, som kommer fra at have stor professionel erfaring med misbrug. Frode føler således, at han qua sin erfaring kan relatere til patienterne på en måde, som andre potentielt ikke kan, og at denne evne er værdsat af de patienter, han arbejder med, hvilket samlet set er med til at styrke hans professionelle selvbillede. Ydermere kan der argumenteres for, at Frode udviser en grad af stolthed over hans personlige styrke til at være autentisk og stærk i sin tilgang til arbejdet med dobbeltdiagnosepatienter ved at sige: *“(…) den person tør jeg godt at være. Jeg er bare mig”* (Bilag 8: 15). Denne stolthed over evnen til at stå fast i sin professionelle identitet, er desuden med til at styrke Frodes positive selvbillede, som en, der kan håndtere diverse udfordringer i arbejdet med dobbeltdiagnosepatienterne, hvilket ligeledes kan siges at bidrage til en følelse af kompetence og værdighed.

I empirien blev det endvidere tydeligt, hvordan informanterne lægger stor værdi i at etablere og vedligeholde positive og meningsfulde relationer med patienterne. I denne sammenhæng giver job crafting medarbejderne mulighed for at prioritere det relationelle element i arbejdet med dobbeltdiagnosepatienter over andre arbejdsopgaver. Ved at prioritere interaktion og social kontakt med patienterne højt, kan medarbejderne således med større sandsynlighed opbygge stærkere og mere tilfredsstillende relationer i deres arbejde med patienterne. Det bliver i empirien tydeligt, at informanterne oplever, at muligheden for at prioritere det relationelle element er stor. Eksempelvis påpeger flere af informanterne, at de stort set altid har frie hænder til at træffe deres egne fagligt begrundede valg i arbejdet med patienterne. På baggrund heraf kan der argumenteres for, at informanterne ligeledes har en større motivation for at benytte sig af job crafting i forbindelse med de relationelle aspekter af deres arbejde, fordi de oplever, at de har en grad af autonomi i arbejdet til at prioritere dette.

#### 7.4.1 RELATIONSARBEJDE SOM UDVIDELSE AF ARBEJDETS FORMELLE RAMMER

Den menneskelige kontakt til patienterne synes således central for informanternes tilgang til job crafting. I afsnittet om mening i arbejdet beskrev vi, hvordan en væsentlig del af den mening, som medarbejderne tilskriver deres arbejde, udspringer fra omsorgsrelationen med patienterne. I dette afsnit vil vi derfor argumentere for, at dette relationsarbejde ligeledes kan forstås som et led i deres job crafting, hvorved medarbejderne aktivt opsøger relationsarbejdet, blandt andet som en måde at undgå meningstab på. Relationsarbejde er en nødvendig og vigtig del af ethvert omsorgsarbejde, men i empirien finder vi, at omsorgsrelationen er helt afgørende for medarbejdernes meningsskabelse og det ses dermed, at flere af informanter italesætter, at de tilrettelægger deres arbejdsopgaver således, at det relationelle element bliver prioriteret. Informanter søger aktivt at indgå i det relationelle arbejde, og de værdsætter interaktionerne med patienterne højt. En af de informanter, som fremhæver dette element, er sygeplejersken Sanne. Sanne fortæller, at hendes daglige arbejdsopgaver blandt andet består i at udlevere medicin, give patienterne mad og tage på ture med dem. Hun fremhæver i denne forbindelse en episode, hvor hun spiste nachos med to patienter "*sådan for hyggenes skyld*" (Bilag 2: 3). Episoden var noget særligt, fordi Sanne her oplevede en hel særlig forbundethed med sine patienter. Dét, at kunne fokusere på noget andet end patienternes udfordringer er vigtigt, både for patienterne, men også for

medarbejderne. At spise nachos med sine patienter står næppe i Sannes formelle jobbeskrivelse, men hun prioriterer oplevelser som disse med patienterne, fordi det relationelle forhold til patienterne er afgørende for hendes arbejdsglæde. Denne prioritering af det relationelle arbejde italesætter misbrugsbehandleren Carl ligeledes. Carl er i sin fortælling meget tydelig omkring, at hans kernefunktion er misbrugsbehandling, men at det er det, som reelt fylder mindst i hans arbejde. Hermed indeholder hans arbejde som misbrugsbehandler implicit et stort og nødvendigt fokus på opbygningen af tillidsfulde relationer til patienterne, men Carl italesætter imidlertid ligeledes, at dette også er noget han selv opsøger, fordi han synes denne del af arbejdet er særligt spændende. Det er her tydeligt, at Carl finder meget stor mening og glæde i disse relationer, og adspurgt til, hvad en god arbejdsdag er for ham, betoner han særligt det relationelle aspekt i sit arbejde med dobbeltdiagnosepatienterne:

*“En god arbejdsdag for mig er også... at når borgeren går herfra, at de så føler, at deres dag er blevet lidt bedre. Ikke nødvendigvis i forhold til rusmidler, men bare sådan generelt. Fordi de kan have mange udfordringer, så hvis man kan hjælpe, ikke nødvendigvis... jo, det er fedt, hvis jeg selvfølgelig kan hjælpe i forhold til rusmidler, men hvis jeg kan hjælpe på nogle andre måder, så kan det også godt løfte min dag. Og hvis jeg kan se, at man så gradvis rykker en person i den rigtige retning, det synes jeg også er fedt. Men helt grundlæggende, så er det vigtigste for mig faktisk, at når jeg har en borger til samtalen, at de så føler, at jeg ser, hører og forstår dem. Det er faktisk det allervigtigste for mig i min dag, som gør, at jeg har en god dag. Det er egentlig, at det kan godt være, at de er blevet dårligt behandlet andre steder, men det skal de i hvert fald ikke føle, at de bliver nede ved mig. Så det er vigtigt for mig, at de føler sig forstået og forstået i deres virkelighed, forstået i deres problemstillinger, forstået i de udfordringer, de har. Så kan det godt være, at jeg ikke kan gøre noget for at løse dem, men jeg anerkender og forstår det i hvert fald.” (Bilag 7: 16).*

Carl betoner gentagende gange, at han i høj grad opsøger dette relationelle arbejde, og det er tydeligt, at han gennem job crafting får opfyldt et professionelt behov for kontakt og forbindelser til andre mennesker. Han finder netop stor mening i denne kontakt, og den har stor betydning for hans egen oplevelse af sig selv og sin faglige identitet. Det er blandt andet også derfor, at han ligeledes finder stor værdi i at hjælpe patienterne med de ting, som ligger udenfor den traditionelle misbrugsbehandling. Ved

at indføre en meget helhedsorienteret tilgang til sine patienter får Carl udvidet de formelle rammer om sit arbejde, og han får mulighed for at skabe og vedligeholde et meningsfuldt arbejdsliv.

#### 7.4.2 SKADESREDUCERENDE ARBEJDE: SMÅ SEJRE OG STOR BETYDNING

En væsentlig del af informanternes tilgang til job crafting omhandler, hvad der indenfor det sundhedsfaglige felt betegnes som et såkaldt skadesreducerende perspektiv (Andersen & Järvinen 2006: 305). Heri italesætter informanterne, at de ikke altid nødvendigvis kan behandle deres patienter for deres misbrug eller deres psykiske udfordringer, men at de kan hjælpe dem på anden vis. Dette kan blandt andet forstås som en form for coping, eftersom informanterne italesætter en frustration over, at dobbeltdiagnosepatienterne som udgangspunkt er en svær patientgruppe at hjælpe. Eksempelvis er mange af patienterne enten ikke interesseret i at blive rusfrie eller også oplever de hyppige tilbagefald. Desuden møder medarbejderne ofte psykotiske patienter, som kan være svære at samarbejde med om behandlingen. Informanterne benytter sig således af en tilgang til patienterne, hvor de kan italesætte overfor dem selv og omverdenen, at de har hjulpet på anden vis, og at de derfor stadig lever op til deres professionelle ansvar som sundhedsfaglige medarbejdere. Ud fra et teoretisk afsæt kan dette forstås som, at informanterne gennem job crafting forsøger at skabe og vedligeholde et positivt selvbillede, som også kan bekræftes af andre. I dette tilfælde er det særligt patienterne, som qua den store og ekstra hjælp de får, ofte udviser en stor taknemlighed over for informanterne. Dette italesætter sygeplejersken Anna blandt andet, og hun fortæller, at det i høj grad handler om at finde og fejre de små sejre for at forhindre, at man som medarbejder brænder ud og bliver opgivende:

*“Men så har jeg også fundet ro i det her med, at der også skal en eller anden form for skadesreduktion til i det her, så hvis vi kan hjælpe en af vores patienter én gang i ugen til at reducere sit alkoholindtag, så er dét også en kæmpe sejr for mig.(...) Det synes jeg er så fedt at se på en eller anden måde, selvom man også bliver lidt opgivende: ‘Nå, nu er hun her igen’, eller: ‘Han er lige blevet meldt, så vi kan godt forvente at vedkommende kommer inden for den næste time’, eller sådan noget. (...) Bare lige at blive holdt lidt ud og få den dér lille pause i brugen af deres rusmiddel, og dét synes jeg er lige så vigtigt, at vi kan imødekomme” (Bilag 3: 5).*

Anna beskriver i citatet, at det ikke altid er muligt at lave psykiatrisk behandling på dobbeltdiagnosepatienterne, og at hun derfor ofte føler et behov for at finde en anden måde at hjælpe dem på. Hun fremhæver yderligere, at dette perspektiv ofte diskuteres blandt kollegerne på hendes afdeling, og at de her er nået frem til en fælles anerkendelse af og forståelse for, at det også har en stor værdi blot at kunne tilbyde patienterne en 'pause', også selvom de ikke kan sætte noget reel behandling igennem. Dette taler ind i en idé om, at job crafting også kan være en kollektiv proces, hvor kollegerne i fællesskab gør noget andet end dét, der er deres egentlige opgave. Dette modsiger Wrzesniewski og Dutton's teoretiske forståelse af job crafting, som foreskriver, at job crafting som udgangspunkt er en individuel proces, hvor individet aktivt beslutter at udvide rammerne om deres arbejdsopgaver. Med denne empiriske iagttagelse udvider vi således Wrzesniewski og Dutton's forståelse ved at vise, at job crafting også kan foregå på et mere kollektivt niveau. Det interpersonelle perspektiv er imidlertid ikke fuldstændigt uden betydning i Wrzesniewski og Dutton's teoriapparat, og de betoner blandt andet også, at individet i en vis grad søger at blive bekræftet af de sociale omgivelser, og de derfor også kan justere deres arbejdsopgaver eller arbejdsroller for at opnå dette (Wrzesniewski et al. 2003: 101 ; 113-114). Denne forståelse af job crafting omhandler således i høj grad individets behov for social accept og anerkendelse. Med vores empiriske fund finder vi dog, at job crafting også handler om andet end blot social validering, eksempelvis at informanterne oplever behandlingen af patienterne som uretfærdig, hvorfor de justerer deres arbejdsopgaver for at imødekomme og forbedre dette. Dette handler i ligeså høj grad om informanternes behov for at inddrage egne motiver og interesser i arbejdet.

At dobbeltdiagnosepatienter kan være en vanskelig målgruppe at samarbejde med, italesætter misbrugsbehandleren Carl også. I denne sammenhæng italesætter Carl, at han ofte må påtage sig arbejdsopgaver, der ligger uden for hans egentlig jobbeskrivelse. Dette indebærer blandt andet samtaler om alt fra familie til sociale forhold, og det bliver samtidig en måde at få skabt tillid til patienterne, således at han senere i forløbet bedre kan udføre misbrugsbehandling med dem. Carl betoner ydermere, at selvom han egentlig er misbrugsbehandler, ansat til at yde misbrugsbehandling, så er det reelt dét, som fylder mindst i hans arbejdsdag med patienterne:

*“Jamen, min kernefunktion er egentlig at jeg laver misbrugsbehandling, men når man har med denne her målgruppe at gøre, så bliver ens arbejdsopgaver jo meget brede, fordi tit og ofte så er misbrugsbehandlingen faktisk det, som fylder mindst, fordi hvis de er meget psykisk syge eller psykotiske eller er meget udfordret socialt eller familiært, så er det jo faktisk dét, der fylder mest for dem. Så det vil sige, at i princippet varetager jeg faktisk mange funktioner her lige fra, at så har de behov for psykolog eller også har de behov for at snakke om deres trivsel, eller i forhold til familie eller i forhold til, hvordan de kan være i deres diagnoser. Eller diagnose. Så selvom min kerneopgave egentlig er misbrugsbehandling, så er det faktisk oftest dét, der fylder mindst” (Bilag 7: 2).*

Denne form for job crafting genkender socialsygeplejersken Frode ligeledes, og han betoner en meget stor interesse herfor. Frode fremhæver blandt andet, at dette skadesreducerende perspektiv for ham indeholder alt fra at give patienterne en pause fra gaden til at tilbyde dem noget mad og drikke. Det er tydeligt i interviewet med Frode, at han ligesom sygeplejersken Anna har fundet en stor ro i denne tilgang, og det tillader ham at acceptere, at man ikke nødvendigvis kan hjælpe alle patienter til et velfungerende og velbehandlet rusfrit liv, men at man som udgangspunkt kan gøre lidt for alle:

*“(…) Det handler jo om, at du ikke nødvendigvis... altså at alting ikke skal forandres, men at du måske også... altså borgerne kommer også ind her og får en pause fra gaden, de kommer også ind og får en pause for det hårde liv, de får mad og drikke, vi giver dem noget sygepleje, vi kan samle op på nogle af deres blodprøver, vi kan give dem noget medicin med til udskrivelse, vi kan give dem noget mad med, vi kan sørge for, at de får noget kontakt til kommunen igen. Altså alt det skadesreducerende arbejde som gør, at folk får det bedre. Så det er jo også om at tænke tingene lidt ned... det kan godt være, at vi ikke løser, at patienten har kræft, fordi de har røget for meget og levet som de har gjort, men vi kan sørge for, at de har det lidt bedre lige nu er her, og det har også en ret stor værdi, ikke?” (Bilag 8: 17).*

Denne form for skadesreducerende arbejde bliver imidlertid også en form for kompensatorisk job crafting, hvor medarbejderne må se sig nødsaget til at lappe hullerne i systemet. Teorien om job crafting foreskriver, at det er en aktiv proces, hvorved medarbejderne gennem deres handlinger redefinerer deres arbejde ved blandt andet at inddrage egne motiver, styrker og interesser. Det er dog ikke altid en selvvalgt form for job crafting, og flere af informanterne italesætter således også, at de ser sig nødsaget til at gøre



noget andet for patienten end dét der er deres formelle ansvar, selvom de i virkeligheden ville ønske, at de kunne “nøjes” med at gøre deres reelle arbejde. I denne forbindelse ses en klar oplevelse af overvældelse. En af de informanter er misbrugsbehandleren Sisse, som fortæller, at hun arbejder meget bredt med målgruppen, og at hun hjælper dér, hvor patienterne har behov for det - uagtet om det er misbrugsorienteret eller ej:

*“Jeg har jo lovet mine borgere at lave udtalelser til jobcentret, jeg har lovet at hjælpe dem med at søge førtidspension inden jeg går. Altså alle de her ting, der skal på plads, fordi jeg har en masse viden. Og fordi, at jeg jo egentlig også oplever, at jeg er ude og kæmpe en kamp, som måske man ikke normalt vil betegne som at være en misbrugsbehandlers opgave. Men det er noget af det, som jeg synes er vigtigt. Og jeg tænker jo, når jeg arbejder helhedsorienteret, ja det kan du jo høre fra mine beskrivelser, at vi er jo... jeg er i hvert fald i alle de steder, hvor der er behov for hjælp. Altså man kan jo sige, jeg går jo ind og kigger også på boligsituationer, familierelationerne, hvis der er noget der. Jeg har også parsamtaler, det har jeg også glemt at sige, hvis det er nødvendigt. Jeg har også tilbudt de unge at tage deres mor med, fordi det kan være, at mor hun faktisk er en del af udfordringerne. Fordi hun presser på, og nogen kan ikke imødekomme de her krav. Så jeg er virkelig inde i alle mulige områder” (Bilag 6: 4).*

Sisse fremhæver, at hun blandt andet hjælper sine patienter med at søge førtidspension, ligesom hun også hjælper dem med deres boligsituation, hvilket er opgaver som ligger udenfor en misbrugsbehandlers formelle kerneopgaver. Det bliver undervejs i interviewet med Sisse samtidig tydeligt at mærke, at hun i denne forbindelse oplever et højt arbejdspress, hvilket ligeledes kan opleves som et højt moralsk pres. Hun beskriver flere gange, hvordan hun føler en pligt over for sine patienter, og at dette blandt andet gør, at hun ikke sover om natten (Bilag 6: 10). Dette taler blandt andet ind i de inddragede teoretiske refleksioner om ‘skyggearbejde’ og konsekvenserne heraf, som vi belyste i problemfeltet, som foreskriver, at medarbejdere, der praktiserer skyggearbejde blandt andet kan risikere en forhøjet mental arbejdsbelastning, hvilket tydeligt indikeres i Sisses fortælling. Den pligtfølelse som Sisse beskriver er blandt andet opstået, fordi hun har set sig nødsaget til at lappe de huller i systemet, som med stor sandsynlighed er årsag til, at dobbeltdiagnosepatienter er blandt de patientgrupper, som oftest bliver tabt på gulvet. I interviewet bliver det ligeledes tydeligt, at Sisse ville ønske, at hun kunne nøjes med at beskæftige sig med de arbejdsopgaver, som reelt er relateret til misbrugsbehandling, men fordi dette ikke

er muligt, har hun en oplevelse af, at hun i stedet må træde i karakter. Dette resulterer således i en ufrivillig arbejdsintensivering, men det hjælper imidlertid også Sisse til at generobre en vis indflydelse over sit arbejde, hvormed hun undgår at gå på kompromis med sin egen faglighed.

## 7.5 OPSAMLING - KALD, FÆLLESSKAB OG MORALSKE

### DILEMMAER

I analysen er det blevet tydeligt, at flere af informanterne oplever deres arbejde som et 'kald'. De fremhæver, at det er i omsorgsarbejdet, at de får mulighed for at udnytte deres unikke kompetencer og styrker, og de italesætter en stor form for meningsfuldhed knyttet hertil. Derfor er arbejdet som et kald også tæt knyttet til oplevelsen af mening og det ses, at det særligt er de informanter, som italesætter arbejdet som et kald, der oplever en særlig stor mening i deres arbejde. Mening i arbejdet er dog ikke udelukkende knyttet til oplevelsen af arbejdet som et kald. I analysen har vi belyst, at det særligt er igennem potentialerealisering, bidrag, værdiskabelse og produktivt fællesskab, at informanterne oplever deres arbejdsliv som meningsfuldt. Ved hjælp af disse faktorer oplever informanterne, at de i arbejdet får mulighed for at udnytte og udvikle deres styrker og bidrage til noget, der er større end dem selv, og de gør det hele i fællesskab med deres kollegaer. Vi finder imidlertid også, at det ikke kun er fællesskabet og relationerne med kollegaerne, som har betydning for informanternes mening. Omsorgsrelationerne med patienterne kan ligeledes forstås som et vigtigt redskab i informanternes oplevelse af mening og det ses, at den alliance som ofte bliver skabt mellem patient og behandler har meget stor betydning for informanterne. Dette betyder imidlertid ikke, at deres oplevelse af mening er en konstant og uforanderlig ressource. Oplevelsen af mening i arbejdet er løbende under udvikling, og den skabes og vedligeholdes af sociale aktører, hvorfor andre mennesker får stor betydning. Undervejs i arbejdet med empirien er det således blevet tydeligt, at der eksisterer faktorer, som kan true den mening, som medarbejderne tillægger deres arbejde. I analysen har vi diskuteret, at disse trusler både kan findes i ressourcemangel, som blandt andet kan ses i tidspres og personalemangel, og i interne gnidninger i arbejdsfællesskabet. Særligt finder vi her, at den teoretiske forståelse af produktivt fællesskab fra samblomstringsteorien overser muligheden for, at et kollegialt fællesskab ikke altid er hverken produktivt eller positivt, ligesom den undervurderer betydningen af andre sociale relationer på arbejdspladsen.

Disse fund leder videre til en analyse af den særlige form for meningstab, som kan opleves, når medarbejdere oplever, at rammerne om arbejdet forhindrer dem i at gøre det, de finder moralsk rigtigt. Her ses det, at organisatoriske og interaktionelle barrierer såsom rigide retningslinjer og kriterier, divergerende sundhedsfaglige vurderinger og nødvendigheden af tværgående behandling kan lede til følelser som frustration, utilstrækkelighed og magtesløshed blandt informanterne. Samtidig oplever informanterne at må gå på kompromis med egne professionelle værdier og moralske overbevisninger, eksempelvis i situationer hvor det er uklart, hvad den mest hensigtsmæssige handling er i forhold til behandlingen af en patient. Dette kan føre til følelser såsom selvbeprejelse, tvivl, bekymring og usikkerhed, ligesom det kan give informanterne en følelse af at have fejlet. Dette er ikke nødvendigvis enestående for medarbejdere, der arbejder med dobbeltdiagnosepatienter. Vi ved dog, at dobbeltdiagnosepatienter er en særlig sårbar patientgruppe med meget komplekse behandlingsforløb, ligesom det er en patientgruppe, som har oplevet mange svigt i deres liv. Dette lægger et ekstra stort pres på medarbejdernes faglige tilgang, hvorfor man må antage, at disse oplevelser og følelser er særligt udtalt for de specifikke medarbejdergrupper, som har med dobbeltdiagnosepatienter at gøre.

I analysen har vi yderligere belyst, at informanterne i høj grad benytter sig af job crafting til at modarbejde eller forhindre moralsk stress. Vi finder særligt, at informanterne benytter sig af job crafting til at udvide deres arbejdsopgaver, således at disse også indeholder opgaver relateret specifikt til omsorgsrelationen og det skadesreducerende arbejde. Relationsarbejde er en vigtig og naturligt indlejret del af ethvert omsorgsarbejde, men i mødet med empirien er det blevet tydeligt, at informanterne i meget høj grad opsøger relationer med patienterne, hvorigennem de imødekommer et eventuelt meningstab. Informanterne italesætter, at de gerne går en ekstra mil for deres patienter, og det er tydeligt, at det i høj grad også handler om informanternes eget behov for kontakt og forbindelse til deres patienter. Ligeledes er det skadesreducerende fokus en måde for medarbejderne at håndtere arbejdet med dobbeltdiagnosepatienter, som til tider kan være en hård og tung patientgruppe at beskæftige sig med. Denne form for job crafting har særligt til formål at skabe en positiv selvfortælling, hvorigennem informanterne kan italesætte over for dem selv, at de i det mindste har gjort noget. Denne form for job crafting er i høj grad interpersonel. Dette kommer til udtryk i informanternes fortællinger, idet informanterne generelt er kollektivt enige om værdien af de små sejre i arbejdet med dobbeltdiagnosepatienterne. Job crafting er således centralt for informanternes meningskabelse. Det ses

imidlertid også, at denne type job crafting til tider præges af en kompensatorisk tilgang til arbejdet, idet oplever informanterne, at de er nødsaget til at påtage sig andre eller flere arbejdsopgaver som et værn mod de huller, der er i systemet.

## 8. KONKLUSION

Formålet med dette speciale har været at undersøge, hvordan sygeplejersker og misbrugsbehandlere oplever deres arbejde med dobbeltdiagnosepatienter, samt hvilken betydning dette har for deres oplevelse af mening og moralsk stress i arbejdet med denne patientgruppe. Specialets videnskabsteoretiske tilgang tager afsæt i den filosofiske hermeneutik, mens den teoretiske ramme består af en række teoretiske begreber. Der bliver således ikke inddraget hele teoriapparater, men tre teoretiske nøglebegreber: Mening i arbejde, moralsk stress og job crafting. Ydermere har vi foretaget ni kvalitative semistrukturerede interviews med udgangspunkt i den abduktive forskningstilgang. Som følge heraf har vi undersøgt nærværende problemformulering:

*Hvordan oplever sygeplejerskere og misbrugsbehandlere deres arbejde med dobbeltdiagnosepatienter, og hvilken betydning oplever de, at dette har for mening og moralsk stress i arbejdet?*

Overordnet set italesætter alle informanterne, at de grundlæggende oplever en stor glæde i arbejdet med dobbeltdiagnosepatienter. De finder arbejdet spændende og fagligt udviklende, men til tider også frustrerende og udfordrende. Ydermere italesætter alle informanterne, at de oplever en grad af mening i arbejdet med dobbeltdiagnosepatienter. Informanterne oplever blandt andet, at det særligt er i omsorgsrelationen med patienterne, at meget af deres mening skabes. Det opleves som meningsfuldt at gøre en forskel for mennesker, som er socialt udsatte og særligt sårbare. Denne sårbare patientgruppe skærper yderligere behovet for oplevelsen af et kollektivt patientansvar, og informanterne italesætter, at det i høj grad er det kollegiale fællesskab, som er med at gøre arbejdet meningsfuldt. Dette betyder imidlertid ikke, at arbejdsfællesskabet med kollegaerne udelukkende er et positivt og udviklende fællesskab. Informanterne italesætter, at de oplever interne gnidninger, mistillid, manglende kollegial anerkendelse og professionel forskellighed i deres tilgang til behandling af dobbeltdiagnosepatienter, hvilket presser fællesskabet og derigennem også den mening, som informanterne tillægger arbejdet. Andre faktorer som kan udfordre den mening, som informanterne forbinder med deres arbejde, kan særligt findes i ressourcemangel. Denne ressourcemangel kommer blandt andet til udtryk gennem tidspres og personalemangel, hvilket, set i lyset af dobbeltdiagnosepatienternes komplekse behandlingsforløb, lægger et særligt stort pres på informanternes meningstilskrivelse.

I analysen er det yderligere blevet tydeligt, at informanterne på forskellige måder italesætter oplevelser af moralsk stress. I den forbindelse finder vi, at moralsk stress både kan være indadvendt og udadvendt. Moralsk stress kan opleves udadvendt i forbindelse med organisatoriske kriterier og retningslinjer, eller i interaktion med andet sundhedsfagligt personale, som forhindrer informanterne i at handle i overensstemmelse med deres professionelle overbevisninger. Ligeledes kan moralsk stress opleves indadvendt i situationer, hvor informanterne udfordres på deres professionelle værdier eller føler usikkerhed i forbindelse med deres handlinger, hvilket resulterer i en række indadvendte negative følelser.

Vi finder ligeledes, at informanterne i forskellige grader og på forskellige vis benytter sig af job crafting som en måde at sikre sig imod meningstab og moralsk stress. Overordnet set handler denne form for job crafting om at udvide rammerne om de formelle arbejdsopgaver, og herigennem påtage sig flere og andre arbejdsopgaver end dét, den formelle jobbeskrivelse foreskriver. Informanterne påtager sig flere opgaver i forbindelse med relationsarbejdet, og vi finder her, at informanterne aktivt opsøger relationsarbejdet ved at tilrettelægge deres arbejdsopgaver således, at det relationelle element prioriteres. Dette gøres, fordi omsorgsrelationen får en central plads i informanternes meningsskabelse. Ligeledes påtager informanterne sig andre arbejdsopgaver igennem det skadesreducerende arbejde og det ses, at informanterne blandt andet benytter job crafting som en måde at skabe og vedligeholde et positivt selvbillede. Herigennem kan de hjælpe dobbeltdiagnosepatienterne med andre behov, også selvom de ikke nødvendigvis kan behandle patienterne for deres misbrug eller psykiske lidelse.

Analysen har tillige påvist, at det kollegiale arbejdsfællesskab synes at have en central placering i specialets genstandsfelt. Det er i fællesskabet, at mening skabes og nedbrydes, og det er i fællesskabet, at job crafting ligeledes aftales og udføres. På baggrund heraf kan specialets resultater potentielt agere som springbræt for anden forskning med formål om at undersøge, hvilken betydning arbejdsfællesskabet har i arbejdet med en særligt sårbar og til tider udfordrende patientgruppe. I denne sammenhæng kunne det være interessant at foretage yderligere forskning på området, men med fokus på, hvilken betydning arbejdsfællesskabet har for medarbejdernes arbejde med dobbeltdiagnosepatienter.

## 9. LITTERATURLISTE

- Ahlmark, Nanna Gram, Biering, Ida Ege & Tjørnhøj-Thomsen, Trine (2021): *“Udsatte kvindeliv og forandring gennem kroppen - Unge kvinders fortællinger om opvækst, kriminalitet, kæresterelationer og Breathe SMART rehabiliteringsforløb”*. Statens Institut for Folkesundhed, SDU. København K.
- Andersen, Lotte Bøgh (2010): *“Forskningskriterier”* i Lotte Bøgh Andersen, Kasper Møller & Robert Klemmensen (red.): ‘Metoder i Statskundskab’. 1. udgave, kapitel 4.
- Andersen, Ditte & Margaretha Järvinen (2006): *“Skadesreduktion - idealer og paradokser”*. Nordisk Alkohol- & Narkotikaskrift, Vol. 23.
- Antoft, Rasmus Holmby & Heidi Salomonsen (2007): *“Det kvalitative casestudium: Introduktion til en forskningsstrategi”* i Rasmus Antoft (red.): ‘Håndværk og horisonter: Tradition og nytænkning i kvalitativ metode’. Odense: Syddansk Universitetsforlag. Kapitel 1.
- Bailey, Catherine, Yeoman, Ruth, Madden, Adrian, Thompson, Marc & Kerridge, Gary (2019): *“A Review of the Empirical Literature on Meaningful Work: Progress and Research Agenda”*. Human Resource Development Review. Volume 18, Issue 1. SAGE journals.
- Bengtsson, S. (2011): *“Danmark venter stadig på psykiatireform: et rids af udviklingen de seneste årtier”*. SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, København.
- Brinkmann, Svend & Lene Tanggaard (2020): *“Kvalitative metoder - en grundbog”*. 3. udgave, 1. oplag. Hans Reitzels Forlag.
- Bro Ludvigsen, Kathrine & Nina Brünés (2013): *“Socialsygepleje i somatik og psykiatri. En antologi over erfaringerne fra Projekt Socialsygepleje - det gode patientforløb”*. KABS

Viden, Glostrup.

- Busch, Sidsel (2020): "*Recovery er vigtigt, men det kan være svært i arbejdet med mennesker med dobbeltdiagnose*". STOF nr. 35.
- Campbell, Stephen M., Ulrich, Connie M. & Grady, Christine (2016): "*A Broader Understanding of Moral Distress*". The American Journal of Bioethics.
- Fink-Jensen, Anders (2016): "*Der er behov for en styrket og samlet behandling af dobbeltdiagnosepatienter*". Ugeskrift for læger.
- Friis Andersen, Malene, Jeppe Ajslev, Lene Tanggaard & Peter Aske Svendsen (2020): "*Skakmat – kan prisen for indflydelse blive for stor? Skyggearbejde og workarounds blandt ansatte i psykiatrien*". Tidsskrift for Arbejdsliv, 22 årg. Nr. 3.
- Gilje, Nils (2017): "*Hermeneutik - teori og metode*" i Kvalitativ analyse - syv traditioner, (red.) Af Margaretha Jävinen og Ninna Mik-Meyer. Kapitel 6.
- Gregg, L., C Barrowclough, & G Haddock. (2007): "*Reasons for Increased Substance Use in Psychosis*". Clinical Psychology Review, 27.
- Grøn, Lone, Laura Andersen Skifter, Didde Boisen & Maya Christiane Jensen Flensborg (2023): "*Uden relationer kommer vi ingen vegne - Relationsarbejde som grundvilkår og faglighed i ældreplejen*". VIVE. København.
- Kallio, Hanna, Mari Kangasniemi & Marja Hult (2022): "*Registered nurses' perceptions of having a calling to nursing: A mixed-method study*". Journal of Advanced Nursing, Volume 78, Issue 5.
- Hackman, R (2005): "*Job Characteristics Theory*", i J. B. Miner (red.): "*Essential Theories of Motivation and Leadership*", M. E. Sharpe, 75-93.



- Hansen, Dion Rüsselbæk Hansen, Jakob Bøje, Bjørn Ribers & Michael Paulsen (2021): *“Meningsstab og meningsdannelse i lærer- og pædagogprofessionerne – proletarisering, indskrænkning af mening og ‘ond’ optimisme”*. Det pædagogiske tidsskrift, Tema 3.
- Hansen, S.S., Munk-Jørgensen, P., Guldbæk, B., Solgård, T., Lauszus, K.S., Albrechtsen, N., Borg, L., Egander, A., Faurholdt, K., Gilberg, A., Gosden, N.P., Lorenzen, J., Richelsen, B., Weischer, K. & Bertelsen, A. (2000): *“Psychoactive substance use diagnoses among psychiatric in-patients”*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 102.
- Hildebrandt, Steen (2009): *“Arbejdet adler”*, i Cecilie L. Eriksen (red.): *“Det meningsfulde arbejdsliv”*, Aarhus Universitetsforlag, 7-11.
- Holst, H. & Severinsson, E. (2003): *“A study of collaboration inpatient treatment between the community psychiatric health services and a psychiatric hospital in Norway”*. Journal of psychiatric and mental health nursing, vol. 10, no. 6.
- Højberg, Henriette (2021): *“Hermeneutik - Forståelse og fortolkning i samfundsvidenskaberne”* i Lars Fuglsang, Poul Bitsch Olsen & Klaus Rasborg (red.): Videnskabsteori i samfundsvidenskaberne - på tværs af fagkulturer og paradigmer. 3. udgave. København: Samfundslitteratur.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2022): *“Samlet tilbud til mennesker med dobbeltdiagnose fra 2024”*. Indenrigs- og Sundhedsministeriet, København.
- Jameton, Andrew (2013): *“A Reflection on Moral Distress in Nursing Together With a Current Application of the Concept”*. Springer Science+Business Media Dordrecht.
- A: Johansen, Katrine Schepelern, Sidsel Busch, Pernille Pinderup Jeppesen, Solvej Mårtensson & Jonathan Led Larsen (2018): *“Dobeltdiagnosepatienters møde med det psykiatriske behandlingssystem”* i Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund, nr. 28. Kompetencecenter for Dobeltdiagnoser. Region Hovedstadens Psykiatri.

- B: Johansen, Katrine Schepelern (2018): "*Samarbejde mellem psykiatri og misbrugsbehandling - og bud på hvorfor det er svært*" i KABS Årsmagasin 2018. Kapitel 12.
- Johansen, Katrine Schepelern, Larsen, Jessica & Nielsen, Ann (2012): "*Tværasektorielt samarbejde i psykiatrien – Videns- og erfaringsopsamling*". KORA. Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning. København.
- Jones, Sheila & Jensen, Peter (2019): "*Efterværn - Opfølgning og støtte efter afsluttet behandling*" i Alliancen - Unge med dobbeltdiagnose. Artikelsamling om unge under 25 år med psykiske vanskeligheder og samtidigt problematisk brug af rusmidler - viden, erfaringer og perspektiver, indsamlet af og drøftet i Alliancens Ungepanel, Forældrepanel og Fagekspertpanel 2018-2019. Kapitel 13. SPUK, PHIL INKLUSIVE og helsefonden.
- Kamp, Annette (2011): "*Mening i arbejdet – for lidt, for meget, til forhandling?*". Tidsskrift for arbejdsliv. 13. årg., nr. 2.
- Kristiansen, Søren (2020): "*Kvalitative analyseredskaber*" i Svend Brinkmann & Lene Tanggaard: 'Kvalitative metoder - En grundbog'. Hans Reitzels Forlag. 3. udgave, 1. oplag. Kapitel 24.
- Kvale, Steinar & Brinkmann, Svend (2015): "*Interview: Det kvalitative forskningsinterview som håndværk*". (red.) 3. udgave. København: Hans Reitzels Forlag.
- Lindquist, R., Bengtsson, S., Larsen, F., Rosenberg, D., Ruud, T. & Wahlbeck, K. (2011): "*Från reformintention till praxis. Hur reformer inom psykiatri och socialtjänst översätts till konkret stöd i Norden*". (NHV's Rapportserie 2011:4 R). Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap, Göteborg.
- Magnusson, Annabella & Lützén, Kim (2009): "*Factors that influence collaboration between psychiatric care and CSSs: experiences of working together in the interest of persons with long-term mental illness living in the community*". Scandinavian Journal of

Caring Sciences, vol. 23, no. 1.

- Pratt, Michael G. & Blake E. Ashforth (2003): "*Fostering Meaningfulness in Working and at Work*", i K. Cameron, J. Dutton & R. Quinn (red.): "*Positive organizational scholarship: Foundations of new discipline*", San Francisco, Berrett-Kohler, 309-327.
- Ravn, Ib (2008): "*Mening i arbejdslivet — definition og konceptualisering*". Tidsskrift for Arbejdsliv, december 2008.
- Rosso, Brent D., Kathryn H. Dekas & Amy Wrzesniewski (2010): "*On the meaning of work: A theoretical integration and review*". Research in Organizational Behavior, Vol. 30.
- Socialstyrelsen (2015): "*Model for en integreret indsats for borgere med sindslidelse og misbrug. Håndbog*". Socialstyrelsen, København.
- Sundhedsstyrelsen (2022): "*Fagligt oplæg til en 10-årsplan – Bedre mental sundhed og en styrket indsats til mennesker med psykiske lidelser*". Sundhedsstyrelsen, København.
- Tavory, Iddo & Stefan Timmermans (2014): "*Abductive Analysis - Theorizing Qualitative Research*". Chicago University Press, Chicago.
- Timmermans, Stefan & Tavory, Iddo (2022): "*Data Analysis in Qualitative Research - Theorizing with Abductive Analysis*". The University of Chicago.
- Thylstrup, Birgitte & Johansen, Katrine Schepelern (2019): "*Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde om unge med dobbeltdiagnoser*" i Alliancen - Unge med dobbeltdiagnose. Artikelsamling om unge under 25 år med psykiske vanskeligheder og samtidigt problematisk brug af rusmidler - viden, erfaringer og perspektiver, indsamlet af og drøftet i Alliancens Ungepanel, Forældrepanel og Fagekspertpanel 2018-2019. Kapitel 7. SPUK, PHIL INKLUSIVE og helsefonden.

- Tufte, Pernille (2011): “*Hvad er meningen? – arbejdspraksis og mening i arbejdet i den danske ældrepleje*”. Tidsskrift for Arbejdsliv, 13. årg. Nr. 2.
- A: Vaaben, Nana., Elvi Weinreich, Lisa Dahlager, Sofie Skovdal Mouritzen & Simon Manstrup (2023): “*Hvorfor stopper sygeplejersker i det offentlige sundhedsvæsen - og hvad skal der til, for at de bliver?*”. Københavns Professionshøjskole.
- B: Vaaben, Nana, Olsen, Kristian Gylling & Martin Gylling (2023): “*Should I stay or should I go? - Moralsk stress som push-faktor i politi, folkeskole og ældrepleje*”. Tidsskrift for Arbejdsliv, 25 årg. nr. 1.
- Ward, Sara J. & King, Laura A. (2017): “*Work and the good life: How work contributes to meaning in life*”. Research in Organizational Behavior 37. University of Missouri, Columbia, US. Elsevier Ltd.
- Wrzesniewski, Amy & Jane E. Dutton (2001): “*Crafting a Job: Revisioning Employees as Active Crafters of Their Work*”. The Academy of Management Review, April 2001, Vol. 26, No. 2.
- Wrzesniewski, Amy, Jane E. Dutton & Gelaye Debebe (2003): “*Interpersonal sense making and the meaning of work*”. Organizational Behavior, Volume 25, 93–135

## Websider:

- Bedre Psykiatri (u.å): “*Psykisk sygdom og misbrug*”. Tilgået d. 20/1-2024:  
<https://bedrepsykiatri.dk/psykisk-syge-med-misbrug/>
- Danske Regioner (2023): “*Aftale på plads om samlet dobbeltdiagnosetilbud og omlægning af særlige pladser i psykiatrien*”. Tilgået d. 20/1-2024:  
<https://www.regioner.dk/services/nyheder/2023/maj/aftale-paa-plads-om-samlet-dobeltdiagnosetilbud-og-omlaegning-af-saerlige-pladser-i-psykiatrien/>

- Larsen, Jonathan Led (2019): “*Tre ting vi tog med fra dobbeltdiagnosekonferencen Meeting the Dragon*”. Region Hovedstaden Psykiatri. Tilgået d. 19/2-2024:  
[https://www.psykiatri-regionh.dk/centre-og-social-tilbud/kompetencecentre/dobeltdiagnoser/nyheder/Sider/juli\\_2019.aspx](https://www.psykiatri-regionh.dk/centre-og-social-tilbud/kompetencecentre/dobeltdiagnoser/nyheder/Sider/juli_2019.aspx)
- Psykiatrifonden (u.å): “*Dobeltdiagnose*”. Tilgået d. 29/1-2024:  
<https://psykiatrifonden.dk/diagnoser/dobeltdiagnose>