



KANDIDATAFHANDLING I SOCIALT ARBEJDE
AALBORG UNIVERSITET

STIGMATISERING AF PATIENTER MED PSYKISKE LIDELSER I EN AKUTMODTAGELSE

Ronja Duedahl Lang Andersen 20232102

Line Normann Lysdahl 20230766

Vejleder: Helle Sofie Wentzer

Afleveringsdato: 28/5-2025

Antal anslag: 189.520

Abstract

Purpose:

This master's thesis examines how frontline workers in an emergency department experience and manage stigma in their interaction with psychiatric patients and identifies mechanisms contributing to stigmatization. By uncovering this phenomenon, the thesis seeks to provide insights that can inform strategies for future improvements.

Method:

The thesis uses a hermeneutic approach based on a qualitative, case study based on the emergency department at Aalborg University Hospital. Empirical material was collected through 12 semi-structured interviews with nine nurses and three doctors. The data analysis involved thematic categorization, resulting in three overarching analytical themes.

Results:

Findings indicate that frontline staff experience stigmatizing tendencies in their interactions with patients in the emergency department - especially when the patients' problems are complex, and the staff feel insufficiently equipped for the task. This experience creates frustration and powerlessness, which can lead to distance and caregiver fatigue, and thus affect the quality of treatment. Organizational frameworks and conditions often worsen the situation and can unintentionally contribute to stigmatization, even though the staff express a clear willingness to help. Especially the division between somatic and psychiatry is highlighted as a barrier to holistic treatment. Furthermore, the findings indicate that the complexity of emergency care environments can hinder patients' understanding of staff limitations, potentially affecting interactions. Overall, the analysis shows that both workplace culture and structural conditions within the healthcare system contribute to stigmatization and inequality in health.

Conclusion:

Based on the findings, it can be concluded that there is a need for enhanced training and formal competency requirements on the frontline in order to manage complex psychiatric patients in emergency departments. Closer collaboration between somatic and psychiatric care is crucial for a more

holistic approach. At the same time, it requires a systemic adjustment that can accommodate patient diversity and an awareness in the frontline of their implicit bias in order to promote a more nuanced approach to the patient group.

Implications:

The thesis' analytical findings contribute new knowledge about the practical challenges in meeting psychiatric and vulnerable patients in emergency departments. This knowledge can qualify the political and professional understanding of the complexity of the field and point to the need for systematic initiatives that supports a more holistic and non-stigmatizing approach to care, aligned with contemporary healthcare practices and societal expectations.

Indholdsfortegnelse

1. Indledning.....	1
2. Litteratursøgning.....	2
3. Begrebsafklaring.....	3
4. Problemfelt	4
4.1 Social ulighed globalt.....	4
4.2 Social ulighed nationalt	4
4.3 Social ulighed og psykiske lidelser	6
4.4 Stigmatisering og fordomme.....	9
5. Problemformulering	12
6. Præsentation af case	12
7. Videnskabsteoretiske overvejelser	13
8. Design og metode	15
8.1 Forskningsdesign	15
8.1.1 Caseudvælgelse.....	17
8.2 Udvælgelsen af informanter	18
8.2.1 Præsentation af informanter	19
8.3 Ethiske overvejelser.....	20
8.4 Kvalitetskriterier	22
8.5 Analysestrategi	23
8.5.1 Interviewguide	24
8.5.2 Databearbejdelse	25
8.5.3 Interviewanalyse	26
9. Teori.....	28
9.1 Erving Goffman	28
9.2 Michael Lipsky	31
9.3 Opsamling	34
10. Analyse.....	35
10.1 Frontlinjens oplevelser	35
10.1.1 Delkonklusion.....	47
10.2 Frontlinjens håndtering.....	48
10.2.1 Delkonklusion.....	58

10.3 Arbejdskulturen internt og eksternt.....	59
10.3.1 Delkonklusion.....	63
11. Diskussion af metode	65
12. Diskussion af analytiske fund.....	70
13. Konklusion.....	74
14. Perspektivering.....	77
15. Referenceliste	80

1. Indledning

Følgende indledning fungerer som en introduktion til denne kandidatafhandling. Specialet undersøger hvordan frontlinjemedarbejderne i en akutmodtagelse oplever og håndterer stigmatisering i deres interaktioner med patienter med psykiske lidelser, og hvilke mekanismer i det akutte arbejde kan have en indvirkning på stigmatisering. Teoretisk funderes analysen af Goffmans sociologiske teorier om *stigma* og det *dramaturgiske perspektiv* og Michael Lipskys teori og begrebsliggørelse af *street-level bureaucracy*. Teorierne anvendes både rammegivende for udarbejdelsen af interviewguiden og analytisk til at identificere og forstå mønstre i det empiriske materiale.

I specialet indgår interviews af frontlinjemedarbejdere, og fundene heraf bruges som empirisk materiale til en dybdegående analyse inden for feltet. I denne forbindelse deltager ni sygeplejersker og tre læger fra akutmodtagelsen på Aalborg Universitetshospital, Region Nordjylland. Specialets case foregår dermed på Danmarks største akutmodtagelse, som er en politisk styret organisation med en ledelsesstruktur bestående af hospitalsledelse, vicedirektører og ledere af tværgående funktioner (Region Nordjylland, u.å-a; Region Nordjylland, 2024-a). Det afspejler en top-down styret, hierarkisk organisering, hvor centrale beslutninger og prioriteringer om de rammer, frontlinjen arbejder indenfor, træffes oppefra.

Stigmatisering er et velkendt og undersøgt fænomen i det danske sundhedsvæsen. Der foreligger dermed megen viden om patienters oplevelser og perspektiver af dette fænomen i mødet med systemets rammer, og hvilke konsekvenser dette kan medføre på individniveau. Forskning og statistikker viser at systemets rammer ikke formår at omfavne den menneskelige diversitet, hvilket kan føre til ulighed i sundhed. Dette påvirker typisk de mest udsatte borgere i samfundet, da de ikke har samme forudsætninger for at navigere i de gældende rammer. Ulighedsproblematikken er særdeles omfattende blandt somatisk behandling for patienter med psykiske lidelser, da de ofte modtager ringere behandling for deres somatiske sygdomme i og med deres symptomer i mange tilfælde overses eller ikke tages alvorligt i sundhedsvæsenet. Ifølge Annika Frida Petersen (2021) er en af dominerende årsager hertil stigmatisering (Petersen, 2021). Stigmatisering kan derfor anses som både en sundhedsmæssig og socialfaglig problemstilling, hvormed det har en særlig tidsmæssig

relevans i det sociale arbejdes felt. Trods stigmatisering i sundhedsvæsenet er veldokumenteret fra patientperspektivet, er der begrænset forskning, der belyser fænomenet fra et frontlinjeperspektiv. Specialegruppen anser det som en nødvendighed at opnå en forståelse af, hvordan stigmatisering udfolder sig i praksis og hvilke mekanismer der kan være med til at forårsage dette. Denne viden kan bidrage til, at problemstillingen belyses fra nye perspektiver, hvilket anses som særlig essentielt for at kunne skabe den nødvendige forandring på området.

2. Litteratursøgning

Indledningsvist har specialegruppen gjort brug af en "state of the art" litteraturundersøgelse for at opnå et indblik i den allerede eksisterende evidens på området. På denne baggrund har specialegruppen udvekslet refleksioner, spørgsmål til og undren om feltet, og ledt til præcisering af den endelige problemformulering (Olesen & Monrad, 2018). Problemformuleringen har været styrende for den efterfølgende litteratursøgning. Google Scholar, PubMed og Primo har været de primært anvendte databaser i litteratursøgningen.

I Google Scholar og Primo har de benyttede søgeord med relevans for specialets problemformulering været: ulighed i sundhed, fordomme, stigmatisering, psykisk sårbarhed, akutsygepleje og somatisk akutmodtagelse. Disse søgeord førte til brugbar litteratur og forskning som: *"Nøgletal for psykiatrien 2024"* af Danske Regioner (2024), *"Hvad er stigmatisering"* af EN AF OS (2023), *"Tabu om psykisk sygdom"* af Psykiatrifonden (u.å.), *"Hverdagslivets rollespil"* af Erving Goffman (2014), *"Ulighedens drejebog: sådan virker social ulighed i sundhed"* af Kristian Larsen og Morten Sodemann Petersen (2024) og *"Stigmatisering af psykisk sygdom"* af Annika Frida Petersen (2021).

I Pubmed har de benyttede søgeord været: emergency department, acute, mental illness, psychiatry og nurses. For at lave en systematisk og kombineret søgning, har de boolske operatorer AND og OR været anvendt i søgningen. Derudover er der tilføjet inklusions- og eksklusionskriterier, som publikationsdato inden for fem år, sprog og at forskningen skal være baseret på mennesker. Dette har været med til at sikre en indsnævret søgning med relevans for problemformuleringen. Efter en proces med frasortering ud fra titel og gennemlæsning af abstracts førte det til følgende artikel: *"Emergency department nurses' perceptions of caring behaviors toward individuals with mental illness: A secondary analysis"*. For yderligere præcisering af søgningen henvises til bilag 1. Den

relevante forskning fra databaserne har tilmed dannet udgangspunkt for en kædesøgning, hvor referencelisterne er anvendt som inspiration til lignende litteratur.

Derudover er der anvendt primærlitteratur fra pensum: *"Ableisme"* af Emil Søjbjerg Falster (2024), *"Street Level Bureaucracy"* af Michael Lipsky (2010), *"Stigma: om afvigerens sociale identitet"* af Erving Goffman (2010), *"Ulighed i sundhed"* af Bagge Bjerger, Uffe Juul Jensen og Jørn Olsen (2021) og *"Magtens former"* af Nanna Mik-Meyer og Kaspar Villadsen (2007). Ydermere er der anvendt forskningslitteratur fra Sundhedsstyrelsen, VIVE og Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Litteratursøgningen tydeliggøre, at der er tilgængelig og nutidig forskning og statistikker omkring social ulighed i sundhedsvæsenet og stigmatisering af patienter med psykiske lidelser. Som nævnt i *indledningen* er der begrænset forskning i frontlinjemedarbejdernes oplevelser og håndtering af stigmatisering af patienter med psykiske lidelser - det er ofte ud fra patientens/borgerens, organisationens eller forskerens perspektiv. Litteratursøgningen har været en gennemgående proces i sammensmeltning med specialets hermeneutiske tilgang og har dermed haft indflydelse på specialegruppens for forståelse, som har bidraget til at udvikle og forme hypoteser.

3. Begrebsafklaring

Dette afsnit har til formål at konkretisere specialegruppens brug af særlige begreber for at opnå en forståelse herom.

Frontlinjemedarbejder/frontlinjen

I specialet anvendes begrebet frontlinjemedarbejdere/frontlinjen synonymt med sygeplejersker og læger i sundhedsvæsenet.

Somatikken

Somatik defineres i specialet som udelukkende kropslig behandling, herunder fysiske sygdomme.

Psykisk lidelse

En psykisk lidelse defineres i specialet som en forstyrrelse i følelses-, tanke- eller adfærdsmønstre, som kan forringe en persons funktionsevne, trivsel og livskvalitet.

Specialegruppen

I specialet anvendes specialegruppen, når der refereres til specialets to forskere.

4. Problemfelt

I følgende problemfelt vil der redegøres for hvordan social ulighed i sundhed anses globalt og nationalt og hvilke socialpolitiske mål som er aktuelt på området. Derudover beskrives hvordan de samfundsmæssige og institutionelle rammer spiller en central rolle i, hvordan social ulighed i sundhed opstår og udvikler sig. Slutteligt redegøres for hvordan stigmatisering og fordomme udspiller sig og forstås i en social kontekst i sundhedsvæsenet.

4.1 Social ulighed globalt

I 2015 blev der ved FN's topmøde vedtaget 17 verdensmål for at opnå global retfærdighed og bæredygtighed. Medlemslandenes ambition var, at målene skulle være opfyldt inden 2030. Særligt det tredje og tiende verdensmål er relevante for dette projekt. Det tredje verdensmål fokuserer på at sikre et sundt liv og fremme trivsel for alle aldersgrupper. Det tiende verdensmål har blandt andet fokus på at reducere ulighed i alle samfundsgrupper med hensyn til alder, køn, race, etnicitet, økonomi og handicap, både fysisk og psykisk (UNDP's nordiske kontor, Globale Gymnasier, & Mellemfolkeligt Samvirke/Verdensklasse, u.å.).

4.2 Social ulighed nationalt

I Danmark forstås lighed ofte som lige adgang til velfærdssamfundets ydelser, herunder sundhed, uddannelse og sociale støttefunktioner (Larsen & Sodemann, 2024). Dette betyder dog ikke nødvendigvis, at alle borgere får samme udbytte af disse tilbud. Det forventes, at den enkelte borger selv tager initiativ til at opsøge og navigere i systemet for at få adgang til den nødvendige støtte. Dermed pålægges ansvaret for at sikre optimal udnyttelse af samfundets ressourcer i høj grad den enkelte borger, mens faktorer som økonomisk, social og kulturel kapital ikke anses som myndighedernes ansvar, men snarere forudsætningsskabende for, at individet faktisk får del i ressourcerne (Larsen & Sodemann, 2024). Dette rejser spørgsmålet om, hvorvidt social ulighed udelukkende er et resultat af individuelle valg, eller om den også formes af de strukturer og beslutninger, der præger samfundet. Ifølge Kristian Larsen, sygeplejerske, ph.d. og professor, og Morten Sodemann, speciallæge, professor i global sundhed og indvandrermedicin, (2024), er social ulighed ikke en nødvendighed, og den er ikke givet (Larsen & Sodemann, 2024). Det er snarere et resultat af valg, der træffes gennem hele livet på forskellige niveauer – fra individets relationer til

samfundets strukturer og politiske beslutninger. Ulighed i sundhed kan opfattes som resultatet af en socialpolitisk konstruktion, der opretholdes og forstærkes i mødet mellem borgeren og velfærdssystemet. Det er en proces, hvor nogle aktører aktivt eller ubevidst bidrager til forskelsbehandling af bestemte grupper (Larsen & Sodemann, 2024). Sundhedsprofessionelle, der arbejder i frontlinjen tæt på borgerne og udøver en stor grad af skøn, spiller en central rolle i denne proces. De arbejder ofte under komplekse forhold med begrænsede ressourcer og uklare retningslinjer. For at håndtere arbejdspresset udvikler de rutiner og tilgange, der kan hjælpe dem i det daglige arbejde, hvilket kan føre til negativ forskelsbehandling. Resultatet af disse beslutninger kan føre til, at visse grupper kan opleve ulighed i adgangen til sundhedstilbud eller i kvaliteten af den behandling, som de modtager (Lipsky, 2010).

De samfundsmæssige og institutionelle rammer spiller en central rolle i, hvordan social ulighed opstår og udvikler sig. Organisering af sundhedssektoren, lovgivning, institutionelle normer og uddannelsessystemer påvirker, hvem der har let adgang til ressourcer og støtte. Ulighed formes gennem et komplekst sammenspil mellem faktorer som økonomi, politiske beslutninger, infrastruktur, kulturelle normer, sociale relationer, opvækstvilkår og psykologiske mekanismer (Larsen & Sodemann, 2024). Mens økonomisk velstillede borgere ofte har ressourcer og netværk, der gør dem mere modstandsdygtige over for disse faktorer, risikerer mindre ressourcestærke grupper at blive fanget i en negativ spiral (Larsen & Sodemann, 2024). Når flere ulighedsskabende faktorer overlapper, kan det resultere i en fastlåst situation, hvor den enkelte ikke selv kan bryde mønsteret. Sundhedsprofessionelle kan overse og således komme til utilsigtet at forstærke denne dynamik, hvilket bidrager til en selvforstærkende ulighed, hvor de mest udsatte patienter ender i en tiltagende vanskelig og uoverskuelig situation (Larsen & Sodemann, 2024).

Nationalt ses et stigende fokus på at mindske social ulighed i sundhed. Den seneste sundhedsreform fra november 2024 afspejler dette fokus gennem en række initiativer, der skal sikre bedre adgang til sundhedsydelser og skabe mere sammenhængende patientforløb (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2024). En væsentlig del af reformen handler om en mere retfærdig fordeling af sundhedsressourcer på tværs af landet, hvor indsatsen målrettes økonomisk, fagligt og geografisk for at sikre, at de borgere og områder med størst behov får den nødvendige støtte. Dette er særligt

vigtigt for de mere udsatte borgere, der ofte oplever barrierer i adgangen til rettidig og koordineret behandling (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2024).

Reformen styrker almen praksis ved at øge antallet af praktiserende læger til mindst 5000 inden 2035, hvilket skal sikre bedre sundhedsydelser og i højere grad prioritere indsatsen for de mest sårbare og syge borgere (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2024). Samtidig udbygges de nære sundhedstilbud, så flere behandlinger kan foregå uden for sygehusene og tættere på borgerens hjem, hvilket reducerer uligheden i adgangen til behandling. Der oprettes 17 nye sundhedsråd for at sikre bedre samarbejde mellem regioner og kommuner, hvilket skal skabe mere sammenhængende patientforløb (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2024). Dette kan især hjælpe de mere komplekse og udsatte patienter, der ofte falder mellem sektorerne. Kronikerpakkerne, inspireret af kræftpakkerne, sikrer en fast og koordineret behandlingsplan for patienter med kroniske sygdomme. Implementeringen af kronikerpakkerne vil være følgende: KOL i 2027, diabetes i 2028, hjerte-kar-sygdomme i 2029 og kompleks multisygdom 2031 (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2024). Sammenlignet med ikke-udsatte, lever en større andel af socialt udsatte med kroniske sygdomme. I alt har 24 % mindst én kronisk sygdom mod 20 % blandt ikke-udsatte (Jespersen, 2024). Der er således potentiale for, at kronikerpakkerne kan være med til at fremme mere lighed i sundhed.

4.3 Social ulighed og psykiske lidelser

Udover det øgede fokus på at mindske social ulighed i sundhed gennem den seneste sundhedsreform, blev der allerede i 2022 indgået en bred politisk aftale om en 10-årsplan for psykiatrien og mental sundhed (Sundhedsministeriet, 2022). Denne aftale blev til som en erkendelse af, at mennesker med psykiske lidelser ofte oplever særlige udfordringer i mødet med sundhedssystemet, og har en markant højere risiko for både social marginalisering og somatisk sygdom (Sundhedsministeriet, 2022). Mennesker med psykiske lidelser er ikke kun en udfordring for folkesundheden i Danmark, hvor det anslås at én ud af fem danskere rammes af en psykisk sygdom i løbet af et år (Sundhedsstyrelsen, 2023). Ifølge verdenssundhedsorganisationen WHO er det også en global udfordring, hvor ét ud af otte mennesker på verdensplan lever med en psykisk lidelse (World Health Organization, 2022). En psykisk lidelse er kendetegnet ved en klinisk betydningsfuld forstyrrelse i en persons kognition, følelsesmæssige regulering eller adfærd, som

ofte er forbundet med belastning eller nedsat funktionsevne i vigtige livsarenaer. Trods eksisterende effektive forebyggelses- og behandlingsmuligheder, har de fleste mennesker med psykiske lidelser ikke adgang til effektiv behandling, hvilket skaber ulighed i sundhed (World Health Organization, 2022).

Psykiatriaftalen er derfor særlig aktuel, og indeholder 19 overordnede mål, som blandt andet fokuserer på forebyggelse, tidlig indsats og styrkelse af behandlingskapaciteten for borgere med psykiske lidelser. Heri lægges der vægt på lettilgængelige kommunale tilbud for børn og unge i psykisk mistrivsel, øgede indsatser for borgere med svære psykiske lidelser samt større fokus på tværsektorielt samarbejde. Planen fremhæver desuden behovet for at mindske stigmatisering af psykisk syge, blandt andet gennem informationskampagner og opkvalificering af sundhedspersonale (Sundhedsministeriet, 2022).

Den sociale ulighed i sundhed er således et komplekst problem, der kræver målrettede og helhedsorienterede indsatser. Både sundhedsreformen og den 10-årige psykiatriplan er forsøg herpå. Begge initiativer arbejder mod at skabe bedre rammer og muligheder for de borgere, der har størst behov for støtte. Sundhedsreformen sigter blandt andet efter at prioritere lighed i adgangen til sundhed og forstærkning af almen praksis, hvormed flere kan få hjælp tættere på deres hjem (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2024). Psykiatriplanen sigter mod at forbedre forholdene for mennesker med psykiske lidelser gennem tidlig indsats, øget behandlingskapacitet og bedre tværsektorielt samarbejde (Sundhedsministeriet, 2022). Med disse initiativer er målet at skabe en omstilling, der ikke alene styrker behandlingskapaciteten i sundhedsvæsenet, men også tager højde for de udfordringer, som både børn, unge og voksne med psykiske lidelser oplever i mødet med systemet. Behovet for disse tiltag fremgår af de seneste tal fra Danske Regioner, der viser et markant øget pres på psykiatrien. Nationalt oplever både børn, unge og voksne længere ventetider, hvilket bidrager til dette pres.

Danske Regioner fremlagde tilbage i december 2024 en rapport med nøgletal for psykiatrien fra 2019-2023. Her har de opgjort antal patienter tilknyttet henholdsvis børne- og ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien. Definitivt er patienter i børne- og ungdomspsykiatrien i alderen 0-18 år, hvilket betyder at voksenpsykiatrien rummer alle over 18 år (Danske Regioner, 2024). Antallet af patienter i børne- og ungdomspsykiatrien steg i perioden fra 35.209 patienter i 2019 til 46.316 i

2023 på nationalt plan. En mindre stigning observeredes ligeledes i voksenpsykiatrien fra 115.153 patienter i 2019 til 120.606 patienter i 2023. Der er tale om stigninger på henholdsvis 31,5% og 4,7%. Når det gælder udredningsretten, fremgår det af rapporten, at andelen af børn og unge, der blev udredt inden for de lovpligtige 30 dage, faldt fra 96% i 3. kvartal af 2019 til 40% i 4. kvartal af 2023. For voksne sås ligeledes en reduktion, nemlig fra 92% til 83% - et fald på henholdsvis 58,3% og 9,8%. Der er altså en betydelig udfordring i at overholde udredningsretten, specielt for børn og unge. Ventetiderne til behandling er samtidig steget markant i perioden. For børn og unge er ventetiden til behandling i gennemsnit steget fra 15 dage i 2019 til 24 dage i 2023. For voksne steg den gennemsnitlige ventetid fra 20 dage til 27 dage i samme periode. Der er altså tale om en stigning i ventetiderne på 60% for børn og unge og 35% for voksne (Danske Regioner, 2024). Disse tal understreger det stigende pres på psykiatrien og nødvendigheden af yderligere ressourcer og strukturelle ændringer for at imødekomme lige adgang til sundhed.

Emil Søbjerg Falster, ph.d., post.doc ved Bevida Fondens Universal Design Hub og Aalborg Universitet, (2024), beretter at samfundet ikke er indrettet efter den menneskelige diversitet, og at individer med fysiske eller psykiske variationer ofte diskrimineres gennem samfundets strukturer, såsom sundhedssystemet (Falster, 2024). Han kalder denne diskrimination for *ableisme*, som kommer til udtryk i juridiske, politiske og økonomiske strukturer, der ikke tager hensyn til mangfoldigheden af menneskelige kroppe og sind. Han påpeger at sundhedssektoren er organiseret til at tilgodese individer med "normale" kroppe og sindstilstande, hvilket forårsager ulighed i adgangen til og kvaliteten af sundhed for personer med et fysisk eller psykisk handicap. Han argumenterer for, at ulighed i sundhed opstår grundet de overordnede samfundsstrukturer, som er med til at forme vores forståelse af sygdom og sundhed. Derved er det essentielt at opnå en forståelse af ableisme, så vi kan skabe en mere inkluderende og retfærdig sundhedssektor, der anerkender alle individers behov (Falster, 2024).

En rapport udgivet af Behandlingsrådet i 2023 om ulighed i sundhedsvæsenet, angiver stor ulighed i somatisk behandling for patienter med psykiske lidelser. Tilmed viser rapporten at ulighedsproblematikken på området er særdeles omfattende (Indenrigs- og sundhedsministeriet, u.å.). Sundhedsminister Sophie Løhde udtaler til rapporten:

”Analysen fra Behandlingsrådet bekræfter desværre, at der er stor ulighed i sundhed for mennesker med psykiske lidelser. Hvis man oveni psykisk sygdom rammes af eksempelvis kræft- eller hjertesygdom, er der større sandsynlighed for, at det ikke opdages i tide eller behandles optimalt. Det er selvfølgelig slet ikke i orden. For regeringen er det helt afgørende, at vi får sidestillet psykisk og fysisk sygdom i Danmark” (Indenrigs- og sundhedsministeriet, u.å.).

Resultaterne i rapporten indikerer, at det er nødvendigt nærmere at undersøge årsagen til den utilstrækkelighed, der er i kvaliteten af den somatiske behandling af patienter med en psykisk lidelse (Indenrigs- og sundhedsministeriet, u.å.). En af dominerende årsager hertil er stigmatisering. Patienter med psykiske lidelser modtager ofte ringere behandling for deres somatiske sygdomme, da deres symptomer i mange tilfælde overses eller ikke tages alvorligt i sundhedsvæsenet (Petersen, 2021). Data viser, at denne patientgruppe ofte bliver underdiagnosticeret samt får en utilstrækkelig eller forkert behandling for deres somatiske lidelser. Når patienter med psykiske lidelser indlægges på somatiske afdelinger, gennemgår de desuden færre undersøgelser og modtager en mindre optimal behandling for de sygdomme, der identificeres. Dette understreger en ulighed i undersøgelses- såvel som behandlingspraksis på tværs af forskellige patientgrupper (Petersen, 2021).

4.4 Stigmatisering og fordomme

Stigmatisering kan forstås som en proces, hvor et individs bestemte egenskaber, træk eller adfærd, som bliver opfattet som afvigende i en social kontekst, kan føre til eksklusion, diskrimination og tab af status (Goffman, 2010). Dette kan resultere i en ulige magtfordeling, hvor individer, der oplever stigma, kan føle skam og føle sig presset til at skjule deres egenskaber for at opnå accept i sociale situationer. I praksis kan stigma føre til barrierer for deltagelse i samfundet, herunder i sundhedssektoren, hvor individer kan undlade at søge hjælp af frygt for at blive stigmatiseret yderligere. Stigma er således ikke kun en individuel oplevelse, men også en social konstruktion, hvor stereotype forestillinger og fordomme skaber et skel mellem "normale" og "afvigende". Denne proces kan både være synlig, når stigma er åbenlyst for omverdenen, eller skjult, når individet forsøger at kontrollere information om sine egenskaber for at undgå fordømmelse. Dette bidrager

til en konstant spænding mellem individets selvopfattelse og samfundets forventninger (Goffman, 2010).

Forskning viser, at stigma er et centralt problem inden for sociale og sundhedsfaglige områder, da det kan skabe ulighed i adgang til ressourcer og muligheder (Bjerger et al., 2021). Stigmatisering af psykisk sygdom kan eksempelvis føre til, at mennesker undlader at søge nødvendig behandling, eller at de møder fordømmelse og manglende forståelse fra sundhedsprofessionelle (Psykiatrifonden, u.å.). For at reducere stigma kræves en indsats, der ikke kun retter sig mod de stigmatiserede individer, men også mod de sociale strukturer og normer, der opretholder stigma som en barriere for lighed og inklusion (Psykiatrifonden, u.å.). Stigmatisering i sundhedsvæsenet kan have alvorlige konsekvenser for patienter med psykiske lidelser. Det kan påvirke deres mulighed for at få behandling, føle sig hørt og deltage i samfundslivet. Ifølge afstigmatiseringsindsatsen EN AF OS opstår stigma ofte på grund af tre faktorer: manglende viden, fordomme og diskrimination. De mener, at manglende viden kan føre til generaliseringer og stereotype opfattelser, som skaber afstand mellem patienter og sundhedsprofessionelle. Fordomme kan resultere i, at patienter ikke tages alvorligt, og diskrimination kan medføre forskelsbehandling, hvor patienter ikke får samme kvalitet i deres behandling som andre (En af os, 2023). I en rapport fra VIVE understreges det yderligere, at stigmatisering af personer med psykiske lidelser, kan resultere i oplevelser af diskrimination, nedvurdering af egne evner og muligheder samt social udstødelse. Dette kan i sidste ende føre til krænkelse af menneskerettighederne for denne patientgruppe, da det kan besværliggøre reel adgang til basale sundhedsydelser (Jacobsen et al., 2010). Som en konsekvens af stigmatisering kan patienter udvikle selvstigmatisering, hvor de påtager sig omverdenens negative opfattelser af dem, og dermed mister troen på egen værdi og muligheder, hvilket kan føre til isolation. Sundhedsprofessionelle har derfor en vigtig rolle i at modvirke stigma ved at øge viden, reflektere over egne holdninger og skabe en inkluderende praksis (En af os, 2023).

Et amerikansk tværsnitstudie fra 2023 havde til formål at undersøge, hvilken betydning stigmatisering havde for akutsygeplejerskers omsorg og sygepleje over for personer med en psykisk lidelse (McIntosh, 2023). Undersøgelsen viste, at akutsygeplejersker med lavere stigmatiseringsadfærd udviste bedre kvalitet af omsorg og sygepleje. Derudover fandt undersøgelsen en signifikant negativ sammenhæng mellem alder og uddannelsesniveau på den ene side og plejeadfærd på den anden, hvilket vil sige, at mere erfarne og højere uddannede akutsygeplejersker

i større grad udviste tegn på omsorgstræthed og reduceret kvalitet i plejepraksis. Studiet peger desuden på, at sundhedsprofessionelle - i denne kontekst - generelt udviser mere stigmatiserende holdninger til psykiske lidelser end den generelle befolkning. Undersøgelsens resultater understreger, at akutsygeplejersker har behov for løbende uddannelse, støtte og ressourcer for at fremme behandlingen af personer med psykiske lidelser samt at der er behov for yderligere forskning på området (McIntosh, 2023). Selvom undersøgelsen tilbyder relevante indsigter, må resultaterne forstås i konteksten af det amerikanske sundhedsvæsen, som adskiller sig væsentligt fra det danske. Den amerikanske kontekst er præget af et mere individualiseret sundhedssystem og større socioøkonomiske uligheder (Ugeskrift for læger, 2005). Specialegruppen formoder at dette kan påvirke både holdninger og praksisser blandt sundhedspersonale. Derfor kan resultaterne ikke ukritisk overføres til dansk kontekst, men de kan fungere som et vigtigt komparativt perspektiv og give anledning til refleksion over mulige paralleller og forskelle i det danske felt.

Som den hermeneutiske tænkende filosof Hans-Georg Gadamer skildrer, møder mennesker naturligt verden med fordomme, og har allerede etableret sig en forforståelse ud fra den samfundsmæssige og historiske kontekst, de lever i, ud fra forhenværende erfaringer med lignende fænomener (Monrad, 2018). Ifølge Gadamer er det dermed uundgåeligt, at mennesker er fordomsfulde i mødet med den sociale verden. Tilmed er fordomme uundværlige, da de kan være yderst produktive for erkendelsen af mulige mønstre og sammenhænge (Monrad, 2018). For at kunne skelne mellem produktive og kontraproduktive fordomme, er det nødvendigt at sætte fordommene på spil med noget som enten frister nysgerrigheden eller noget der udfordrer fordommene. Fordomme anses som værende afgørende og et grundvilkår for at opbygge en ny forståelse. Det giver mulighed for at arbejde med den eksisterende forforståelse, nuancere den og revidere den. Det forudsætter dog åbenhed, villighed og en selvkritisk refleksion i fortolkningen (Monrad, 2018). Det vil sige, at hvis sundhedspersonalet ikke arbejder aktivt og nysgerrigt med deres fordomme, kan det have en negativ konsekvens i forståelsen af patienten. Det kan resultere i, at sundhedspersonalet ender med at bryde med den etiske forudsætning, som er fundamentet for en professionel tilgang til patienten, som at se det andet menneske som ligeværdigt (Østerskov, 2006).

Summarisk for de forudgående afsnit kan det konstateres, at social ulighed i sundhed ikke alene skabes af strukturelle barrierer, men også af sundhedsprofessionelles forforståelser og skøn, som kan påvirke mødet med patienterne. Især stigmatisering i sundhedsvæsenet udgør en væsentlig barriere, der rammer patienter med psykiske lidelser hårdt. Sundhedsprofessionelles holdninger og handlinger spiller en afgørende rolle i, hvordan stigma enten kan opretholdes eller nedbrydes. Dette understreger behovet for, at sundhedspersonalet reflekterer over egne holdninger og fordomme for at sikre en mere ligeværdig behandling. Med udgangspunkt i ovenstående samt praksiserfaring i feltet ønsker specialegruppen at undersøge frontlinjepersonalets oplevelser og håndtering af stigmatisering af patienter med psykiske lidelser i en akutmodtagelsen, og hvilke mekanismer som kan have en indvirkning på stigmatisering i det akutte arbejde. Dette leder frem til følgende problemformulering i næste afsnit.

5. Problemformulering

Hvordan oplever og håndterer frontlinjemedarbejderne i en akutmodtagelse stigmatisering i deres interaktioner med patienter med psykiske lidelser, og hvilke mekanismer i det akutte arbejde kan have en indvirkning på stigmatisering?

6. Præsentation af case

I dette afsnit præsenteres specialets case, som bidrager til en mere nuanceret forståelse af, hvad en akutmodtagelse er som afdeling og hvad der foregår indenfor murene. Ydermere skildres forskellen på en somatisk akutmodtagelse og en psykiatrisk akutmodtagelse.

Specialets case foregår som nævnt i akutmodtagelsen på Aalborg Universitetshospital, som er Danmarks største akutmodtagelse, hvor der i gennemsnit modtages 250 patienter i døgnnet (Region Nordjylland, u.å.-a). Her modtages der både patienter med medicinske såvel som kirurgiske problemstillinger. Akutmodtagelsen i Aalborg er specialister i at modtage og behandle svært kvæstede (traumer) og lettere tilskadekomne patienter (sår, forvridninger og knoglebrud). Patienter bliver visiteret til akutmodtagelsen, det vil sige, at alle henvendelser som udgangspunkt skal gå gennem egen læge, lægevagten eller 1-1-2 kald. Patienter kan således i princippet ikke møde op i

afdelingen uden en aftale. Ydermere har akutmodtagelsen særlige funktioner som at tage imod pårørende til en afdød eller behandle og undersøge voldtægts ofre (Region Nordjylland, u.å.-a).

Ifølge Sundhedsstyrelsen rammes én ud af fem danskere af en psykisk sygdom i løbet af et år (Sundhedsstyrelsen, 2023). I grove tal kan det altså forventes, at 20% af patienterne, der kommer på akutmodtagelsen, også er patienter med psykiske lidelser. Derfor er det selvsagt en nødvendighed, at personalet på afdelingen kan imødekomme denne patientgruppe.

Hvis en psykiatrisk patient har brug for akut behandling i forhold til deres psykiske lidelse, er der en specifik modtagelse til dette i psykiatrien, kaldet psykiatrisk skadestue (Region Nordjylland, u.å.-c). Det vil sige, at den akutte behandling i det somatiske og psykiatriske felt er adskilt, og foregår på to forskellige adresser og afdelinger.

7. Videnskabsteoretiske overvejelser

I dette afsnit redegøres for en filosofisk hermeneutisk tilgang, som er specialets videnskabsteoretiske retning og fundament. Dernæst vil specialegruppens for forståelse til praksisfeltet og betydningen heraf blive beskrevet.

Hermeneutik

Formålet som følge af problemformuleringen, er at opnå en indsigt i frontlinjepersonalets oplevelse og håndtering af stigmatisering i interaktionen med patienter med psykiske lidelser. Yderligere ønskes der en indsigt i hvilke mekanismer der kan have en indvirkning på stigmatisering i det akutte arbejde. Her er den hermeneutiske tilgang gunstig, da den fokuserer på forståelse og fortolkning af komplekse fænomener og menneskelige erfaringer (Juul, 2018). Specialet tager udgangspunkt i Hans-Georg Gadamer's filosofiske beretning om hermeneutikken. Den hermeneutiske spiral afviser, at erkendelsen har et fast fundament. Erkendelsen er derimod opfattet som en uendelig og aldrig afsluttet proces. Gadamer påpeger, at mennesket møder det ukendte og uforståelige, med bestemte fordomme, som stammer fra menneskets "væren i verden" (Juul, 2018). Det vil sige at mennesket opfattes som et historisk væsen, da det er historisk til stede i verden og inkluderer denne verden i bevidstheden. Derved er fordomme et resultat af menneskets historicitet, som er med til at sætte grænsen for, hvad der er muligt at tænke og forstå (Juul, 2018).

Ifølge Gadamer er fordomme produktive for erkendelsen og gør mennesket i stand til at forstå sig selv og omverden, samt at reflektere og stille relevante spørgsmål (Juul, 2018). Trods at menneskets fordomme er et afsæt for erkendelsen, er det ikke ensbetydende med, at fordommene skal godtages, som de er. En fordom er en dom, som besluttet på forhånd, før sagen er undersøgt nærmere. Derfor er det en nødvendighed at eksplicitere og undersøge fordommene nærmere, med det formål at nuancere og justere eller forkaste fordommene. Herved betragter Gadamer erkendelsen som en horisontsammensmeltning, som udfolder sig gennem interaktionen mellem specialegruppens horisont og fremmede horisonter (Juul, 2018). Det vil sige, at specialgruppen har en forforståelse med sig i mødet med akutmodtagelsens frontlinje. Her vil specialegruppens egne forforståelser i evidensparadigmet opfattes som fejlkilder, som skal kontrolleres og skabe gennemsigtighed gennem specialets metode, da disse er en vigtig faktor i erkendelsen (Juul, 2018). Den hermeneutiske tilgang har derfor været et styrende element gennem hele specialets undersøgelse, hvilket indebærer, at interviewprocessen og analysen blev gennemført med fokus på fortolkning og meningsdannelse. Specialegruppen har aktivt inddraget forforståelser og været bevidste om, hvor disse kunne påvirke forståelsen af informanternes udsagn. I overensstemmelse med den hermeneutiske spiral har specialegruppen forsøgt at bevæge sig frem og tilbage mellem dele og helhed, eksempelvis mellem konkrete citater, overordnede temaer samt teori for løbende at nuancere og uddybe forståelsen. Under interviewene blev spørgsmål og opfølgninger løbende tilpasset i forbindelse med, at forståelsen af informanternes perspektiv blev nuanceret. I analysen blev der arbejdet iterativt, hvor de indledende fortolkninger gradvist blev justeret på baggrund af en dybere indsigt i datamaterialet samt forståelse af den anvendte teori.

Forforståelse

Hermeneutikken, som nævnt ovenfor, sigter mod at forstå, hvad fordomme og forforståelser har af betydning for menneskets vidensproduktion. Derfor er det væsentligt at forholde sig til specialegruppens forforståelse, som helt specifikt omfatter erfaringsfelter fra to forskellige professioner, nemlig fysioterapeut og sygeplejerske. Den fysioterapeutiske praksiserfaring udspiller sig ud fra tre års klinisk erfaring med blandt andet borgere med lavt socialt status, hvor behovet nærmere var nærvær og en at tale med, end selve den fysioterapeutiske behandling. Den sygeplejefaglige praksiserfaring grunder i tre års erfaring på akutmodtagelsen, hvor særligt modtagelsen af sårbare patienter med psykiske lidelser har resulteret i en nysgerrighed og

bekymring for fænomenet. Ydermere har specialegruppen en teoretisk viden med sig fra kandidatuddannelsen i Socialt Arbejde. Med denne fagforståelse, praksiserfaring og sociologiske perspektiv ser specialegruppen sig kvalificeret til at undersøge stigmatisering på en akutmodtagelsen gennem kvalitativ forskning og dermed opnå en indsigt i et fænomen, der ofte betragtes som tabubelagt.

8. Design og metode

I dette afsnit beskrives specialets forskningsdesign, hvor de metodiske valg beskrives og begrundes i forhold til hvordan dataindsamlingen og bearbejdningen heraf bedst muligt besvarer problemformuleringen. Dernæst redegøres for specialets udvælgelse og præsentation af informanter samt etiske overvejelser hertil. Kvalitetskriterierne vil efterfølgende blive beskrevet, for at styrke og reflektere over specialets kvalitet. Til sidst redegøres for analysestrategien, herunder udarbejdelse af interviewguide, databearbejdelse og interviewanalyse.

8.1 Forskningsdesign

Forskningsdesign handler om, hvordan dataindsamlingen konstrueres for at sikre, at undersøgelsen bedst muligt kan besvare problemformuleringen. Det danner rammen for specialet og indebærer en række metodiske valg, der har afgørende betydning for, hvordan undersøgelsens resultater kan fortolkes og anvendes efterfølgende (Frederiksen, 2018).

I dette speciale undersøges, hvordan frontlinjemedarbejdere i en akutmodtagelse oplever og håndterer stigmatisering af patienter med psykiske lidelser, samt hvilke mekanismer der kan have en indvirkning på stigmatisering i det akutte arbejde. Indledningsvist har specialegruppen indhentet nyttig viden fra personalet på akutmodtagelsen vedrørende socialt udsatte patienter. Her blev en stemmekasse sat op i kaffestuen, hvor personalet havde mulighed for at dele deres refleksioner omkring de udfordringer, de oplever med denne patientgruppe på afdelingen og tværsektorielt. Dertil kom nogle interessante og nyttige besvarelser: "Jeg synes nogle gange det kan være en udfordring, når man sender socialt udsatte hjem, sådan i forhold til at sikre at de bibeholder det vi har planlagt i akutmodtagelsen og det vi har aftalt med borgeren", "Bindeled mellem region og kommune", "Samarbejdet mellem somatikken og psykiatrien" og "Behandlingen af sårbare

patienter med psykiske lidelser”. Ydermere har specialegruppen indgået i dagvagtsteamet, for at sikre en fælles forståelse for akutmodtagelsen og refleksioner heraf. Dette forarbejde på akutmodtagelsen har betydning for specialets forforståelse, som har været fordelagtigt for specialets videre arbejde.

For at opnå en dybere indsigt i disse erfaringer anvendes et kvalitativt forskningsdesign, hvor empirien indsamles gennem interviews. Metoden er valgt med henblik på at forstå, beskrive og fortolke, hvordan virkeligheden fremtræder, opleves og udtrykkes ud fra informanternes perspektiv. De menneskelige erfaringer samt måden hvorpå informanterne fortolker og forstår oplevelsesverdenen på betragtes som særlig centralt (Ingemann et al., 2018). I specialet vælges casestudiet som designform, hvilket muliggør en detaljeret undersøgelse af specialets forskningsspørgsmål i en specifik kontekst og giver mulighed for at analysere både individuelle oplevelser og organisatoriske rammer (Frederiksen, 2018). Ifølge Bent Flyvbjerg (2020) er en af de mest udbredte misforståelser om casestudiet, at man ikke kan generalisere ud fra et enkelt tilfælde, og at casestudier derfor har begrænset videnskabelig værdi. Han argumenterer derimod for, at en enkelt case ofte kan danne grundlag for generalisering, og casestudiet kan bidrage til videnskabelig udvikling gennem denne form for generalisering, enten som et supplement eller et alternativ til andre metoder (Flyvbjerg, 2020). I dette speciale anvendes casestudiet som en ramme for at forstå individuelle oplevelser, der påvirker beslutningspraksis i akutmodtagelsen. Som Flyvbjerg påpeger, er casestudiet særligt velegnet til at afdække detaljerede mekanismer og sammenhænge, som kvantitative metoder ofte overser. Desuden understreger han, at casestudier ikke nødvendigvis har en tendens til verifikation, men snarere til falsifikation, idet forskeren ofte bliver konfronteret med uventede resultater, der udfordrer eksisterende antagelser og som er i tråd med den hermeneutiske spiral. Dette aspekt er centralt i denne undersøgelse, da formålet ikke kun er at bekræfte kendte mønstre, men at få en dybere indsigt i de faktorer, der påvirker medarbejdernes oplevelser og handlinger (Flyvbjerg, 2020).

For at sikre en systematisk dataindsamling og en valid analyse anvendes semistruktureret eliteinterviews af sygeplejersker og læger i akutmodtagelsen som primær metode. Disse informanter er udvalgt på grund af deres ekspertise, som kan bidrage til en bredere og mere nuanceret forståelse af frontlinjens individuelle oplevelser af stigmatisering i relation til patienter

med psykiske lidelser (Kvale & Brinkmann, 2015). Dette stemmer overens med casestudiets fokus på kontekstafhængig viden (Flyvbjerg, 2020). De semistrukturerede interviews udarbejdes som konkrete spørgsmål, som løbende kan tilpasses informantens svar jævnfør afsnittet *Hermeneutik*. Denne struktur sikrer, at der bliver spurgt ind til de temaer, der er nødvendige for at besvare problemformuleringen. Tilmed sikrer tilgangen, at dataindsamlingen er åben og modtagelig for ny viden, som kunne have relevans for problemformuleringen (Ingemann et al., 2018). Dette hænger sammen med den valgte hermeneutiske tilgang, hvor specialegruppens for forståelse kan nuanceres og justeres eller forkastes, hvorved der kan opnås en udvidet horisont forståelse gennem interaktionen mellem specialegruppens horisont og fremmede horisonter (Juul, 2018).

I specialet anvendes en overvejende deduktiv tilgang til analysen. Der tages afsæt i eksisterende teorier og begreber fra henholdsvis Erving Goffman og Michael Lipsky. De valgte teorier fungerer både som analyseredskab og som grundlag for opbygningen af interviewguiden og vil blive præsenteret nærmere i specialets teoriafsnit (Olesen & Monrad, 2018). Deduktion indebærer at udlede testbare hypoteser fra generelle teorier og derefter undersøge deres gyldighed gennem empiriske data (Kvale & Brinkmann, 2015). I denne sammenhæng anvendes de semistrukturerede interviews med frontlinjemedarbejderne til at be- eller afkræfte hypoteser.

8.1.1 Caseudvælgelse

Når en case vælges til et forskningsprojekt, kan udvælgelsen ske på baggrund af strategiske, emotionelle eller praktiske årsager (Flyvbjerg, 2020). I dette speciale er casen primært valgt ud fra strategiske årsager, da formålet er at undersøge, frontlinjemedarbejdernes oplevelser og håndtering af stigmatisering af patienter med psykiske lidelser, hvormed det ønskes at skabe ny viden, grundet et eksisterende videnshul, så casestudiets konklusioner kan generaliseres (Flyvbjerg, 2020). Casen er desuden valgt ud fra praktiske årsager, da en af forskerne har adgang til feltet gennem sit arbejde på akutmodtagelsen. Dette kendskab giver en fordel, da der på forhånd er skabt en tillidsfuld relation til specialets informanter, hvilket udgør en væsentlig fordel i arbejdet med et emne, der er både tabubelagt og emotionelt komplekst.

Specialegruppen har valgt en informationsorienteret udvælgelse, da formålet er at opnå en dybere forståelse af, hvordan organisatoriske og arbejdsmæssige forhold påvirker stigmatisering af

patienter med psykiske lidelser. Dette valg er truffet i lyset af, at akutmodtagelsen på Aalborg Universitets hospital er en atypisk case, som adskiller sig fra andre akutmodtagelser, da det er den største akutmodtagelse i Danmark, og i højere grad er præget af komplekse beslutningsprocesser, højt tidspres og en patientgruppe med svære somatiske og psykiatriske problemstillinger, hvilket kan forstærke risikoen for skønsmæssige fejlvurderinger og stigmatisering (Flyvbjerg, 2020). Denne case er derfor ikke repræsentativ for alle akutmodtagelser i Danmark, men udspiller sig i en afdeling med særlige vilkår, hvilket betyder, at den kan give en dybere indsigt i de mekanismer, der udspiller sig i denne specifikke case.

Udvælgelsen af akutmodtagelsen som ramme for casen kan desuden betragtes gennem Flyvbjergs skelnen mellem "mest sandsynlige" og "mindst sandsynlige" cases - altså cases der enten vil kunne be- eller afkræfte udsagn og hypoteser (Flyvbjerg, 2020). En *mest sandsynlig* case er en case, hvor det forventes, at det undersøgte fænomen vil være til stede, mens en *mindst sandsynlig* case er en case, hvor fænomenet ikke umiddelbart forventes (Flyvbjerg, 2020). I dette speciale er akutmodtagelsen valgt som en *mest sandsynlig* case, fordi sundhedsprofessionelle i denne kontekst tidligere har udvist tendenser til at stigmatisere patienter med psykiske lidelser. Hvis undersøgelsen bekræfter dette, styrker det argumentet om, at stigmatisering ikke kun er et individuelt problem, men mere en strukturel udfordring, som sandsynligvis også findes i lignende kontekster. Hvis resultaterne derimod viser mindre eller ingen stigmatisering, vil det udfordre eksisterende antagelser og bidrage til en revurdering af, hvilke faktorer der spiller en rolle i forekomsten af stigmatisering.

8.2 Udvælgelsen af informanter

I udvælgelsen af informanter har specialegruppen gjort brug af en strategisk og målrettet udvælgelse, da denne er særlig relevant til kvalitative undersøgelser. Kvalitative undersøgelser har ofte færre enheder end kvantitative undersøgelser. Derfor vil en simpel tilfældig udvælgelse af informanter ikke være brugbar, da den ikke sikrer tilstrækkelig variation blandt informanterne. Det vil sige, at en målrettet udvælgelse af informanter har højere grundlag for generaliserbarhed. I udvælgelsen af informanter er det centralt at tage udgangspunkt i specialets problemstilling, teori, litteratursøgning og egne erfaringer. Det er fordelagtigt at udvælge enheder, som besidder forskellige karakteristika, idet det giver mulighed for at undersøge, hvad disse forskelle kan have af

betydning for problemstillingen. Derfor er der i specialet udvalgt informanter med variation af alder, anciennitet og uddannelse (Monrad, 2018).

8.2.1 Præsentation af informanter

I nedenstående figur vil specialets 12 informanter præsenteres, som er bestående af ni sygeplejersker og tre læger. Her fremvises køn, erfaring og efteruddannelse med samtykke fra informanterne.

Figur 1

Præsentation af informanter

Sygeplejerske A	Køn: Kvinde Erfaring: 6 år Efteruddannelse: Akutsygeplejerske
Sygeplejerske B	Køn: Kvinde Erfaring: 4 år Efteruddannelse: Akutsygeplejerske
Sygeplejerske C	Køn: Kvinde Erfaring: 7 år Efteruddannelse: Ingen
Sygeplejerske D	Køn: Kvinde Erfaring: 1,5 år Efteruddannelse: Ingen
Sygeplejerske E	Køn: Kvinde Erfaring: 40 år Efteruddannelse: Intensivsygeplejerske, diplom uddannet, klinisk vejleder
Sygeplejerske F	Køn: Kvinde Erfaring: 5 år Efteruddannelse: Ingen
Sygeplejerske G	Køn: Mand Erfaring: 4 år Efteruddannelse: Akutsygeplejerske, klinisk vejleder

Sygeplejerske H	Køn: Mand Erfaring: 15 år Efteruddannelse: Anæstesisygeplejerske og akutsygeplejerske
Sygeplejerske I	Køn: Kvinde Erfaring: 8 år Efteruddannelse: Ingen
Læge A	Køn: Kvinde Erfaring: 7 år Efteruddannelse: Ingen
Læge B	Køn: Kvinde Erfaring: 2 år Efteruddannelse: Ingen
Læge C	Køn: Kvinde Erfaring: 3 år Efteruddannelse: Ingen

8.3 Etiske overvejelser

I forskningssammenhæng er interviews forbundet med en række etiske og moralske overvejelser (Kvale & Brinkmann, 2015). Dette afsnit belyser de centrale etiske hensyn, som specialegruppen har taget i betragtning forud for gennemførelsen af interviews.

Informeret samtykke

Forud for hvert interview sikrede specialegruppen indhentelse af informeret samtykke. Dette indebar, at deltagerne modtog fyldestgørende information om undersøgelsens formål, overordnede design samt potentielle risici og fordele ved deltagelse. Det blev understreget, at deltagelsen var frivillig, og at informanterne til enhver tid kunne trække sig fra undersøgelsen. Derudover blev en briefing og debriefing gennemført, hvor deltagerne blev informeret om interviewets formål og procedurer, herunder spørgsmål om fortrolighed, datatilgængelighed og muligheden for at få indsigt i transskriptionen samt analysen af deres udsagn (Kvale & Brinkmann, 2015).

Fortrolighed og anonymitet

For at sikre, at informanterne følte sig trygge og kunne tale frit om deres oplevelser og håndtering af stigmatisering, var fortrolighed et centralt etisk aspekt. Informanterne var derfor blevet informeret om, at deres udsagn ville blive anonymiseret i analysen ved brug af dæksnavne. Dog blev

det anerkendt, at fuld anonymitet kunne være vanskeligt at garantere, idet interviewene blev gennemført på arbejdspladsen i arbejdstiden. Specialegruppen gjorde derfor informanterne opmærksomme på, at der var en potentiel risiko for indirekte identifikation (Kvale & Brinkmann, 2015).

Forskerens rolle

Forskerens integritet var afgørende for undersøgelsens videnskabelige kvalitet, særligt i forbindelse med kvalitative interviews, hvor forskeren selv udgjorde det primære redskab til dataindsamling. Etiske overvejelser indebar derfor en bevidsthed om forskerens egen position og mulige bias (Kvale & Brinkmann, 2015). I denne undersøgelse havde specialegruppen aktivt forholdt sig til, hvordan forskernes roller kunne påvirke interviewene. Forskeren, som arbejder i akutmodtagelsen, har en indgående forståelse af informanternes arbejdsvilkår, fagsprog og daglige udfordringer. Denne indsigt kunne være en fordel, da den kunne skabe en mere naturlig samtale og gøre det lettere at stille præcise og opfølgende spørgsmål. Samtidig kunne den eksisterende relation med informanterne skabe en tryghed, som gjorde dem mere villige til at dele deres oplevelser åbent. Der var dog også en risiko for, at informanterne ville undlade at dele visse informationer af frygt for genkendelse eller bekymring for, hvordan deres udsagn blev modtaget i en arbejdsmæssig kontekst. Den anden forsker, som ikke har en arbejdsrelation til informanterne, vil kunne bidrage med andre fordele som interviewer. Denne forsker vil kunne tilgå interviewene med et nyt perspektiv, hvor der ikke var en forudgående forståelse af arbejdsrutiner og interne forhold. Dette kunne føre til spørgsmål, der belyste andre perspektiver af problemstillingen, som den anden forsker muligvis tog for givet. Ulempen kunne være, at manglende praksisviden kunne besværliggøre at fange nuancer i informanternes svar eller stille dybdegående opfølgende spørgsmål.

For at sikre, at begge forskeres perspektiver blev udnyttet optimalt, valgte specialegruppen, at forskeren uden arbejdsrelation til informanterne varetog rollen som primær interviewer, mens forskeren med praksiserfaring bidrog med supplerende spørgsmål. Denne tilgang gav mulighed for at kombinere de forskellige styrker, så undersøgelsen både kunne drage fordel af den erfaringsbaserede indsigt og samtidig bevare en objektivitet gennem nye perspektiver. Denne kombination styrkede både dybden og validiteten af den kvalitative dataindsamling.

Rammer

Interviewene blev gennemført i akutmodtagelsen for at sikre, at de forstyrrede arbejdsgangene mindst muligt. De fandt sted i et rum, som informanterne kendte i forvejen, hvilket bidrog til en tryk og genkendelig ramme for samtalen. Rummet var placeret langt væk fra ledelsens kontor, så informanterne ikke behøvede at frygte, at deres samtaler blev overhørt. Ved at interviewene blev afholdt i vante omgivelser, forventede specialegruppen, at informanterne følte sig mere komfortable, hvilket kunne understøtte en mere åben samtale. Specialegruppen var opmærksom på, at de organisatoriske forhold kunne medføre afbrydelser, hvorfor der blev placeret et skilt på døren, der viste, at der var et interview i gang, for at minimere uønskede forstyrrelser.

Samtalerne blev optaget med det formål at muliggøre transskribering og kodning efterfølgende. Optagelserne gjorde det muligt for interviewerens at fokusere fuldt ud på samtalen, uden at skulle tage detaljerede noter eller foretage løbende transskription under selve interviewet (Ingemann et al., 2018). Dog var specialegruppen opmærksom på, at lydoptagelse kunne have indflydelse på informanternes udsagn, da det kunne opfattes som grænseoverskridende og dermed have betydning for gyldigheden og kvaliteten heraf.

8.4 Kvalitetskriterier

Kvalitativ forskning er ofte udarbejdet på baggrund af kontekstuelle, subjektive samt fortolkede data. Denne data samt bearbejdelsen heraf har væsentlige implikationer for kvaliteten af undersøgelsen. Derfor er det fordelagtigt at styrke og reflektere over specialets kvalitet, herunder validitet og reliabilitet (Monrad & Olesen, 2018).

Validitet

Validitet kan betegnes som specialets sandhedsværdi og gyldighed (Monrad & Olesen, 2018). For at styrke validiteten skal der opnås gyldig og relevant viden inden for specialets problemformulering. Det vil sige, at der skal være overensstemmelse mellem datamaterialet og det fænomen, datamaterialet skal beskrive. For at sikre høj validitet har specialegruppen reflekteret grundigt over, hvordan problemformuleringen bedst besvares og hvilket afspejles i valg af forskningsdesign, metodologi og teoretiske valg. Dernæst er der udarbejdet en begrebsafklaring for at vise specialegruppens refleksioner over, hvad kernen er i problemformuleringen og en afgrænsning

heraf. Dette har ligeledes været et fokus i udformningen af interviewguiden. Det er med til at skabe en sammenhæng mellem den indsamlede data og den tilgrundliggende teori. Ydermere er det væsentligt at reflektere over relevant datakilde, ud fra den viden der ønskes produceret samt fordele og ulemper herved. Specialegruppen har valgt interviews af frontlinjemedarbejderne, da problemformuleringen lægger op til at undersøge oplevelser og erfaringer af stigmatisering af patienter med psykiske lidelser i akutmodtagelsen. Yderligere er valget af informanter betydelig for pålideligheden i specialet, hvorfor der er inddraget udtalelser fra forskellige faggrupper i frontlinjen, såsom sygeplejersker og læger (Monrad & Olesen, 2018).

Reliabilitet

Reliabilitet kan betegnes som en undersøgelses nøjagtighed og præcision (Monrad & Olesen, 2018). For at styrke reliabiliteten skal undersøgelsen være systematisk, nøjagtig og grundig når det kommer til dataindsamlingen såvel som databearbejdning. For at garantere, at interviewspørgsmålene blev forstået som intenderet, blev interviewguiden afprøvet på medstuderende. Hvis ikke dette var afprøvet, kunne det have forårsaget eventuelle fejl, som kunne have resulteret i, at interviewspørgsmålene havde været upræcise, og informanterne derved havde svaret ud fra hver deres forestilling om, hvad spørgsmålet egentlig handlede om. I sådanne tilfælde ville informanterne reelt ikke have svaret på samme spørgsmål og derfor ville svarene ikke kunne sammenlignes (Monrad & Olesen, 2018). Derudover har der været opmærksomhed på at stille informanterne spørgsmålene på en ensartet måde ud fra interviewguiden. Dog er specialegruppen indforstået med, at semistrukturerede interviews ikke altid udfolder sig på en ensartet måde. Ydermere har specialegruppen været bevidste om at foretage en systematisk og grundig kodning af datamaterialet. Transskriptions- og kodningsprocessen er derfor udformet med fastsatte retningslinjer, hvilket styrker specialets reliabilitet. Dette anses tilmed som en nødvendighed, da dele heraf er udarbejdet individuelt (Monrad & Olesen, 2018).

8.5 Analysestrategi

Antoft og Salomonson (2007) beskriver fire hovedstrategier inden for casestudier: ateoretiske strategier, teorifortolkende strategier, teorigenererende strategier og teoritestende strategier. Disse strategier repræsenterer forskellige tilgange til videnskabelig fortolkning, hvor fokus enten er at generere ny empirisk viden gennem en deskriptiv eller fortolkende strategi eller at udvikle og

afprøve teoretiske perspektiver for at skabe ny teoretisk viden. Denne proces sker gennem analytisk arbejde, hvor enten data/empiri eller begreber/teori danner grundlaget. Det er væsentligt at understrege, at disse fire strategier er idealtypiske, og at en konkret undersøgelse ofte vil kombinere elementer fra flere af dem i praksis (Olesen, 2018).

I dette speciale arbejdes der primært ud fra en teorifortolkende strategi, da undersøgelsen søger at skabe ny empirisk viden gennem en teoretisk fortolkning af data som er i overensstemmelse med den deduktive tilgang. Undersøgelsen tager afsæt i eksisterende teori om stigmatisering og frontlinjemedarbejdernes skøn, hvilket betyder, at teorien spiller en central rolle både i udformningen af interviewguiden og i analysen af det empiriske materiale. Teorien anvendes således som en analytisk ramme til at strukturere og fortolke de data, der indsamles gennem interviews (Olesen, 2018). Samtidig inddrager specialegruppen også et teoritestende element, da undersøgelsen søger at efterprøve antagelser baseret på eksisterende forskning på området. Dette sker ved at undersøge, hvordan teoretiske begreber om stigmatisering konkret kommer til udtryk i frontlinjemedarbejdernes oplevelser i akutmodtagelsen. Ved at afprøve teorien på empiriske data er formålet både at nuancere og eventuelt udvikle nye teoretiske perspektiver på, hvordan stigmatisering kommer til udtryk i sundhedsvæsenet. Derudover er specialegruppen åben for frontlinjens oplevelser af fænomenet, hvis disse afkræfter eller bekræfter teorien samt den eksisterende forskning (Olesen, 2018). Denne tilgang gør det muligt både at fortolke og strukturere empirien med udgangspunkt i teori samt at anvende empirien til at validere eller udfordre teoretiske forståelser. På den måde kombinerer specialegruppen elementer fra både den teorifortolkende og den teoritestende strategi for at skabe en dybere indsigt i, hvordan stigmatisering opleves og håndteres i praksis.

8.5.1 Interviewguide

Interviewguiden blev udarbejdet med afsæt i en semistruktureret tilgang, hvor konkrete spørgsmål blev formuleret med udgangspunkt i specialets formål og teoretiske rammer. Som tidligere nævnt anvendes der i specialet en deduktiv metode, hvilket betyder, at interviewguiden er teoristyret. Disse valg synliggøres i interviewguidens fire overordnede temaer, der er udviklet ud fra specialgruppen forforståelse og hypoteser, som er dannet gennem praksiserfaring, relevant forskning samt udvalgt teori om stigmatisering og street-level bureaucracy, se bilag 2.

Hvert interview blev indledt med en briefing, hvor interviewerens definerede konteksten for informanterne samt forklarede interviewets formål. Herefter blev informanternes samtykke til at deltage i interviewet og optagelse af samtalen indhentet. Informanterne blev desuden informeret om, hvordan optagelserne skulle anvendes, og fik herefter mulighed for at stille spørgsmål, inden interviewet gik i gang (Kvale & Brinkmann, 2015). Under selve interviewet blev der fokuseret på de fire tematikker: "fordomme og refleksioner inden mødet med patienten", "frontlinjens interaktion med patienten", "vurdering af skøn" og "rammer og krydsfelt". Interviewene blev afsluttet med en debriefing, hvor interviewerens opsummerede nogle af de centrale pointer, som informanterne havde bidraget med. Herefter blev informanterne spurgt, om de havde yderligere kommentarer eller input. Dette spørgsmål gav informanterne mulighed for at tilføje eventuelle tanker eller refleksioner, som var opstået undervejs i interviewet (Kvale & Brinkmann, 2015).

8.5.2 Databearbejdelse

Specialets empiri er som nævnt indsamlet gennem interviews, hvor begge forskere var til stede. Efterfølgende blev interviewene transskriberet, hvormed talesprog blev transformeret til skriftsprog. For at kunne opnå denne transformation, var det en forudsætning at interviewet blev optaget. Lydoptagelserne gjorde det muligt at vende tilbage til informanternes ord og lytte til deres tonefald, pauser og lignende på ny (Kvale & Brinkmann, 2015). Transskriptionen af interviewene var med til at strukturere informanternes udsagn, så de kunne anvendes til en nærmere analyse. Dog indebærer transskription en vis abstraktion fra interviewsituationen, hvor nonverbale elementer som kropssprog, kropsholdning og mimik går tabt. Dette gør det vanskeligt at gengive nuancer som ironi præcist, hvilket kan påvirke fortolkningen af informanternes udsagn (Kvale & Brinkmann, 2015). For at minimere disse ulemper foretog specialets forskere transskriberingen, så væsentlige detaljer kunne bevares, og transskriptionen understøttede analysens formål bedst muligt (Kvale & Brinkmann, 2015).

Transskriptionen fra det mundtlige til det skriftlige er forbundet med en række tekniske og fortolkningsmæssige problemer, da der ikke findes nogen standardregler for dette. Specialegruppen fulgte derfor en såkaldt meningsbevarende transskriptionsprocedure, for at sikre en systematisk og ensartet transskribering. Indholdet blev derfor gengivet præcist, men uden overflødige gentagelser, fyldord og irrelevante angivelser såsom "øh" og "mhm". Pauser, latter og andre nonverbale

elementer blev ikke registreret, da fokuset var på det sproglige indhold frem for samtalens dynamik. Denne tilgang gør det muligt at skabe et sammenhængende datamateriale, der er velegnet til specialets analyse, samtidig med at de fortolkningsmæssige udfordringer ved transskriptionen reduceres (Kvale & Brinkmann, 2015).

8.5.3 Interviewanalyse

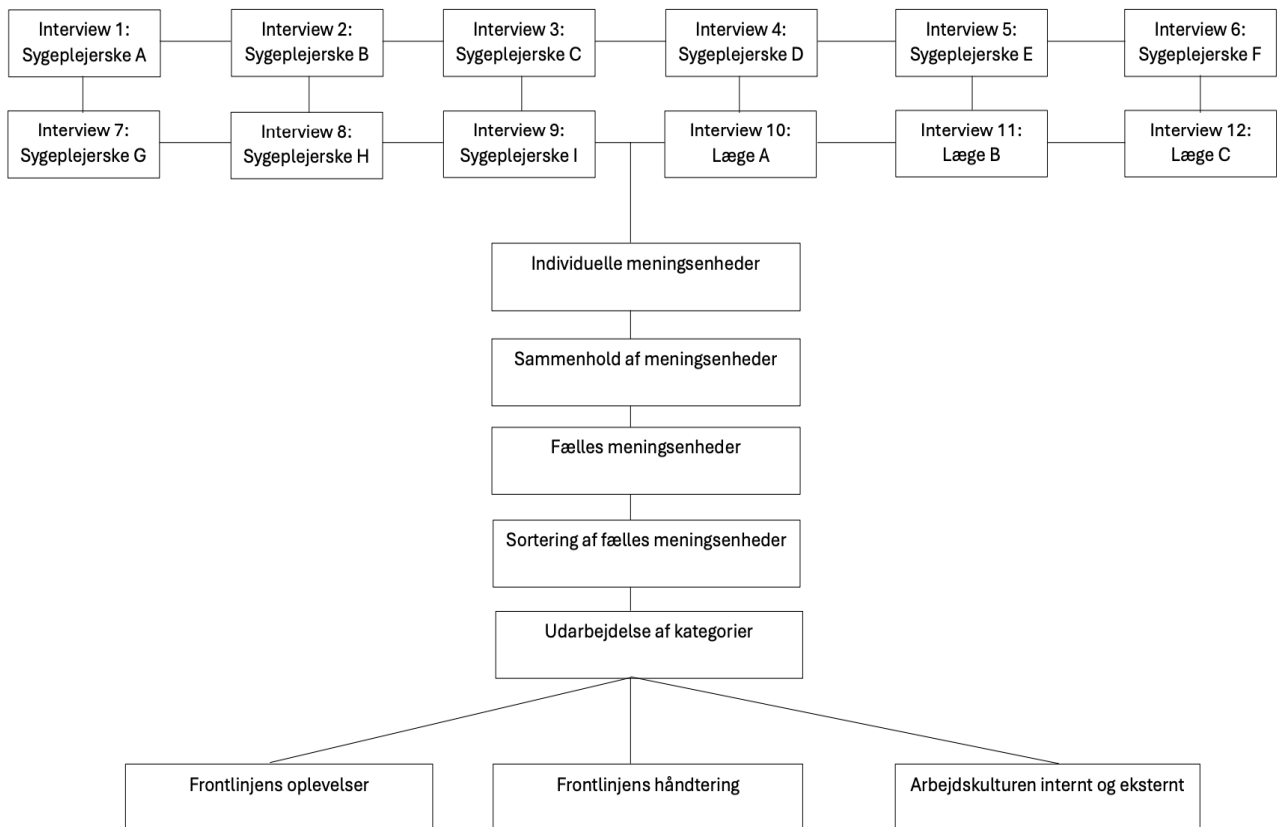
Specialegruppen har anvendt Kvale og Brinkmanns interviewanalyse, herunder meningsanalyse, da den sikrede en struktureret, systematisk og transparent analyse af datamaterialet. Tilgangen består af tre dele: meningskodning, meningskategorisering og meningsfortolkning (Kvale & Brinkmann, 2015).

Analysen blev indledt med en individuel meningskodning, hvor hvert gruppemedlem nøje gennemlæste de transskriberede interviews som en helhed og identificerede relevante passager, som blev omsat til centrale meningsenheder. Efterfølgende blev de individuelle meningsenheder sammenholdt og kombineret i fællesskab, hvorved der blev skabt fælles meningsenheder (Kvale & Brinkmann, 2015). Denne fremgangsmåde bidrog til en bedre forståelse af og overblik over de forskellige interviews, hvilket styrkede analysens pålidelighed og gav et samlet og mere nuanceret overblik over datamaterialet.

Derefter blev de fælles meningsenheder organiseret ved hjælp af lukket kodning i de foruddefinerede fire temaer i interviewguiden, som var baseret på specialets teoretiske rammer (Kvale & Brinkmann, 2015). Herefter udarbejdes en fælles sortering af meningsenhederne, hvor der blev dannet tre kategorier, som gav en struktureret og overskuelig ramme for analysen, se bilag 3. I følgende figur som fremvises på næste side, illustreres specialegruppens meningskodning og meningskategoriserings proces:

Figur 2

Kodningsproces



Endelig foretog specialegruppen meningsfortolkningen, hvor datamaterialet blev analyseret i dybden for at identificere latente betydninger og mønstre, som kan besvare specialets centrale problemstilling. I specialet er den hermeneutiske meningsfortolkning anvendt, som ifølge Kvale og Brinkmann (2015) kan udføres gennem tre niveauer: informanternes selvforståelse, en kritisk common sense-forståelse og en teoretisk forståelse (Kvale & Brinkmann, 2015). Det første niveau opererer som udgangspunkt i informanternes selvforståelse, herunder hvordan deres egen forståelse af udsagnets betydning, hvorefter specialegruppen har fortolket på disse. Det andet niveau er en kritisk common sense-forståelse som rækker ud over informanternes selvforståelse, hvilket har gjort det muligt at gå ud over deres direkte udsagn, være kritiske og identificere de bagvedliggende betydninger og latente meninger. På det tredje og sidste niveau er informanternes udsagn fortolket gennem specialegruppens valgte teori for at afdække underliggende strukturer og

sammenhænge. Formålet med disse tre niveauer var således at rekonstruere informanternes meningsindhold gennem en analytisk og teoretisk ramme, der understøtter specialets undersøgelsesformål (Kvale & Brinkmann, 2015).

9. Teori

I dette afsnit introduceres specialets anvendte teorier, som består af Erving Goffmans teori om stigmatisering og Michael Lipskys teori om street-level bureaucracy og tilhørende begreber dertil. Teorien vil senere blive appliceret i specialets analyse.

9.1 Erving Goffman

Erving Goffman var en canadisk-amerikansk sociolog, der fra begyndelsen af 1950'erne til starten af 1980'erne skrev sig ind i sociologiens historie (Goffman, 2010). Han arbejdede inden for mikrosociologien, og havde evnen til at se bag den trivielle facade og sætte ord på de små, ofte oversete detaljer i hverdagslivet, fordi de enten virker ubetydelige og selvfølgelige, eller fordi vi er så vant til dem, og dermed ikke skænker dem en tanke. Han gjorde det almindelige til genstand for grundig sociologisk analyse og viste, hvordan selv de mest almindelige hverdagssituationer indeholder dybere sociale mønstre og betydninger (Goffman, 2010). Ifølge Robert Erwin (1992) var Goffman ikke særlig optaget af ødelæggende konflikter, konfrontationer mellem mennesker eller uorden, han var mere optaget af de krænkelser, der udspringer af det, han beskrev som *social stigmata*, og som påvirker menneskers selvværd gennem det, han omtalte som *totale institutioner* (Goffman, 2010). Goffman havde en sociologisk interesse for menneskers offentlige facader og sociale skuespil. Han var optaget af at undersøge og forstå det interaktionelle spil mellem mennesker (Goffman, 2010). Dette gjorde han ved brug af etnografiske metoder. Hans sociologi er på mange måder tidløs, da den behandler nogle af de mest grundlæggende og konstante aspekter af både mennesket og samfundet (Goffman, 2010).

Goffmans bidrag til sociologien kan overordnet set deles i to områder: hans *hverdagslivssociologi*, der omhandler de utallige ceremonielle regler, forventninger og ritualer, som strukturerer vores daglige interaktioner, samt hans *afvigelsessociologi*, der fokuserer på den sociale konstruktion af normalitet og afvigelse, både i det private hverdagsliv og i institutionslivet (Goffman, 2010). Begrebet *stigma* udspringer af Goffmans *afvigelsessociologi*, og blev udviklet med særlig fokus på

den *moralske karriere*, som tidligere patienter med psykiske lidelser gennemgår, når de udskrives fra en institutionel ramme og skal finde deres plads i det almindelige hverdagsliv. Hans pointe er, at personer, der har oplevet institutionel indlæggelse og derigennem har mistet en del af deres identitet, ofte har svært ved at genopbygge en ny (Goffman, 2010).

Goffmans intention med stigma-begrebet er at undersøge den sociale interaktion, som forekommer mellem den stigmatiserede og de såkaldte 'normale' mennesker. Mere præcist skildres dette i tre sammenhængende punkter, hvor specialegruppen fokuserer på et enkelt af dem: *"at udvikle en sociologisk forståelse for, hvordan stigmatisering overhovedet opstår, og belyse hvordan de processer ser ud, som producerer en stigmatiseret person"* (Goffman, 2010, s. 19-20).

Begrebet er relevant at anvende, da det kan belyse, hvordan frontlinjemedarbejdere oplever og navigerer i deres interaktioner med patienter, der kan være stigmatiserede på baggrund af deres psykiske lidelse. Som beskrevet i problemfeltet viser forskning, at patienter med psykiske lidelser ofte kan opfattes som mere tidskrævende eller sværere at behandle, hvilket kan have indflydelse på deres adgang til behandling. For frontlinjemedarbejderne kan dette skabe faglige og etiske dilemmaer, hvor de skal balancere mellem organisatoriske krav, akutte behandlingsbehov og deres egen oplevelse af patientens situation. Specialegruppen ønsker derfor at udvikle en sociologisk forståelse for, hvordan stigmatisering opstår i en akutmodtagelse, og belyse hvordan mekanismer, som er med til at producere stigmatisering anskues. Dermed bidrager stigma-begrebet til et analytisk perspektiv på, hvordan frontlinjemedarbejderne forstår og håndterer disse dilemmaer i deres daglige praksis.

Ifølge Goffman (2010) er et stigma *"en egenskab, der er dybt miskrediterende"*, og han beskriver det som en uoverensstemmelse mellem en persons tilsyneladende og faktiske sociale identitet (Goffman, 2010). Det, der er på spil her, er en social proces, hvor visse menneskers normale sociale identitet nedbrydes som følge af omgivelsernes reaktioner, vurdering og kategorisering. Gennem sådanne definitions- og kategoriseringsprocesser placeres personer, der udviser uacceptable kulturelle egenskaber eller adfærd, i nedvurderede sociale stereotyper (Goffman, 2010).

Goffman skelner mellem tre former for stigma (Goffman, 2010, s. 20):

1. *Kropslige vederstyggeligheder*, som dækker over fysiske deformiteter eller misdannelser.
2. *Karaktermæssige fejl*, der omfatter egenskaber som manglende viljestyrke, overdreven lidenskab, uhæderlighed eller lignende.
3. *Tribale eller slægtsbetingede stigma*, der knytter sig til eksempelvis race, religion eller nationalt tilhørsforhold.

Fælles for disse tre typer stigma er, at de udspringer af den samme grundlæggende sociologiske mekanisme. De tiltrækker sig opmærksomhed fra omgivelserne, hvilket fører til social afvisning og en manglende erkendelse af individets øvrige potentielt positive egenskaber. Ifølge Goffman (2010) betegnes de personer, der ikke bærer et stigma, som de 'normale', og dem som bærer stigmaet som 'afvigende' (Goffman, 2010).

I dette speciale er det relevant at kigge på stigmaet *karaktermæssige fejl*, da denne form for stigma er mest relevant i forhold til personer med psykiske lidelser (Goffman, 2010). De kan opleve at blive opfattet som svage, ustabile eller ude af stand til at tage ansvar for deres egen livssituation, hvilket kan føre til social marginalisering og påvirke deres interaktioner med frontlinjemedarbejderne i en akutmodtagelse, da der kan udøves utilsigtet diskrimination (Goffman, 2010).

Goffmans særlige interesse for hverdagssituationer kan også ses i sammenhæng med rollebegrebet, hvor han har et dramaturgisk perspektiv. I denne teori beskriver han, at i enhver ansigt-til-ansigt interaktion vil mennesket skifte mellem rollerne som performer og publikum (O'Boyle, 2022). Han er her nysgerrig på den sociale interaktion, hvor han sammenligner hverdagslivet med en teaterforestilling. Performerrollen kalder han *frontstage* som er det sted eller den situation, hvor individet optræder foran et publikum (Goffman, 2014). Dette er stedet hvor individet præsenterer sig selv i overensstemmelse med de sociale normer og forventninger, der er gældende i den givne situation. I *frontstage* opretholder individet sig altså i en kontrolleret fremstilling af sin identitet, hvor det bestræber sig på at fremvise de bedste aspekter af sin personlighed og den nuværende rolle. Publikumrollen kalder han for *backstage*, som refererer til de mere private områder af livet. Her forbereder det enkelte individ sin optræden og publikum er på afstand. Det er her, individet kan slappe af fra sin performerrolles anstrengelser, slippe masken og opføre sig på måder, der ikke

nødvendigt er acceptable eller forventede på "scenen". Det er her, de personlige reaktioner, frustrationer og følelser, som måske ikke er forenelige med den offentlige facade, kommer til udtryk (Goffman, 2014).

Dette er direkte overførbart til frontlinjemedarbejdere i sundhedsvæsenet, som optræder under forventede professionelle standarder i frontstage, mens de i backstage kan udtrykke personlige reaktioner og følelser, der ikke passer ind i det professionelle billede. Dette er særlig relevant i dette speciale fordi det kan hjælpe med at forstå, hvordan frontlinjemedarbejdere i akutmodtagelsen navigerer mellem at opretholde en professionel facade samtidig med at håndtere personlige og ofte emotionelle reaktioner på de udfordringer og stigmaer, som de står over for i deres somatiske arbejde med patienter med psykiske lidelser. Ved at anvende Goffmans dramaturgiske ramme kan specialegruppen komme dybere ned i de komplekse interaktioner, der præger akutmodtagelser, og undersøge, hvordan disse dynamikker påvirker både patientpleje, frontlinjens trivsel og de fysiske rammer.

Goffmans stigma-begreb og rollespilsteori giver dermed specialet en analytisk ramme til at forstå, hvordan mekanismer skaber og opretholder bestemte forestillinger om patienter med psykiske lidelser. Ved at anvende denne teori kan specialegruppen undersøge, hvordan frontlinjemedarbejdere oplever mødet med disse patienter, hvilke faktorer der påvirker deres vurderinger, og hvordan deres håndtering enten kan forstærke eller reducere stigma. Specialegruppen ønsker dermed at belyse de strukturelle og sociale forhold, der er med til at forme frontlinjemedarbejdernes praksis, og hvilken betydning dette har for patienternes møde med sundhedssystemet.

9.2 Michael Lipsky

Michael Lipsky er en amerikansk politolog og samfundsteoretiker, som har beskæftiget sig med offentlig administration, forvaltningspolitik og socialpolitik (Bøggild Christensen, 2021). Socialpolitik handler ikke udelukkende om lovgivning og demokratiske processer, men derimod forvaltes og defineres dele af socialpolitikken i mødet mellem socialarbejderen og borgeren (Bøggild Christensen, 2021). Tilmed udvikles mere specialiserede og raffinerede politikker, som er rettet mod at styre borgernes og socialarbejderes valg og handlinger, med det formål at de politiske ambitioner

indfries (Bøggild Christensen, 2021). Lipsky har med teorien om *street-level bureaucracy* udarbejdet et brugbart udgangspunkt for at forstå vilkårene for frontlinjemedarbejderen og de komplikationer og dilemmaer, som dette medfører. Dette er særlig væsentlig i dette speciale, da Lipsky fokuserer på, hvordan offentlige politikker implementeres på mikroniveau og dermed har betydning for frontlinjemedarbejdernes møde med patienter med psykiske lidelser under de givne organisatoriske betingelser, der rammesætter arbejdet (Lipsky, 2010).

Skøn og handlerum

Som nævnt har frontlinjemedarbejderen en væsentlig rolle når politikken udmøntes i patientbehandlingen. Politikken påvirker blandt andet frontlinjemedarbejderens *skøn* og handlinger (Bøggild Christensen, 2021). Skønnet handler om de beslutninger, der skal træffes, som har betydning i interaktionen mellem frontlinjemedarbejdere og patienter. De organisatoriske procedurer, regler, standarder, rutiner og retningslinjer er en rammesætning, som kan påvirke muligheden for skøn konkret (Lipsky, 2010). Dette kan blive særlig paradoksalt for frontlinjemedarbejdere, da de selvsagt skal følge retningslinjer og regler, der gælder alle, men samtidig være faglig sensitiv i det enkelte tilfælde. Det anses som en nødvendighed, da den mest optimale behandling grunder i en afstemt vurdering i den enkelte situation. Derved vil der altid være behov for, at frontlinjemedarbejdere tager stilling til situationen, trods rammesatte opgaver. Ligeledes kan tværprofessionelt samarbejde have en påvirkning på frontlinjemedarbejderes skøn. Ofte overtager frontlinjemedarbejdere andre fagprofessionelles skøn, som grundelement i den konkrete situation. Skønnet udarbejdes altså ikke altid individuelt og situationelt, men kan sammensættes og styres af forskellige mønstre i frontlinjearbejdet (Bøggild Christensen, 2021).

Krydspres og afværgemekanismer

Lipsky beretter, at frontlinjemedarbejdere ofte har begrænsede ressourcer til at udføre deres arbejde, samtidig med at patientens behov er omfattende (Lipsky, 2010). Resultaterne bliver, at efterspørgslen overstiger udbuddet. Derfor opstår der et *krydspres* mellem de rammer, systemet tilbyder og de behov, patienten har. Frontlinjemedarbejdernes opgave er at håndtere og mestre arbejdssituationen og få modsætningsforholdet til at fungere. Her opstår selvsagt forskellige reaktionsmønstre og afværgemekanismer i forhold til hvordan frontlinjemedarbejdere kan håndtere krydspreset (Bøggild Christensen, 2021). En måde at håndtere krydspreset på, omtaler

Lipsky som *rationering*. Hvis efterspørgslen rationeres, bliver det nemmere at håndtere arbejdet for frontlinjen. Rationering opstår, når det bliver omkostningsrigt og besværligt for patienten (Lipsky, 2010). Et eksempel herpå kan være at tilbageholde - for patienten relevant - information, hvilket påvirker patientens viden om egne rettigheder og dermed muligheden for at søge hjælp. Et andet eksempel er patientens tidsforbrug som ventetid på behandling (Bøggild Christensen, 2021).

Lipsky fremhæver *prioritering* som en anden afværgemekanisme. Her er begrebet *creaming* centralt for, hvordan prioritering foregår. Creaming henviser til opprioritering af patienter, som er lette at hjælpe og hvor succesraten formodes at være høj. Dette valg kan baseres på regler og bureaukratiske procedurer. Herved bliver Lipskys begreb *worker bias* anvendeligt, som anvendes til at undersøge, hvordan den enkelte medarbejders subjektive synspunkt påvirker prioriteringen (Lipsky, 2010). I praksis modtager de fleste patienter den standardiserede behandling, men der kan være særtilfælde, hvor frontlinjemedarbejdere opprioriterer omsorgen eller behandlingen ud fra personlige identifikationer. Det kan være ud fra køn, kultur og/eller klasseforskelle. Det kan også være på grund af god opførsel, så patienterne findes værdige til en særlig opmærksomhed. Det kan dog også have den modsatte effekt, hvor *bias* kan opstå. Frontlinjemedarbejdere kan også nedprioritere en patient, hvis denne opfattes som usympatisk eller mindre værdig. Frontlinjemedarbejdernes subjektivitet kan altså medføre kompromittering af ligebehandlingsprincippet. Ydermere understreger Lipsky, at bias ofte opstår af de organisatoriske betingelser og arbejdsrutiner, som er med til at danne frontlinjemedarbejdernes holdninger og synspunkter. Derved kan patienter blive diskrimineret og nedprioriteret ubevidst i arbejdet (Bøggild Christensen, 2021).

En tredje afværgemekanisme benævnes *kontrol af klienter* (Bøggild Christensen, 2021). Det kan for eksempel være den måde bureaukratier er indrettet på, som får patienter til at opføre sig på en forudsigelig og bestemt måde, så procedurer og rutiner overholdes. Lipsky hævder, at kontrol opretholdes hvis samtaler struktureres ud fra rutiner og procedurer (Lipsky, 2010). På denne måde bliver patienten kun adspurgt i forhold til hvilken information der er nødvendig for behandlingen og ikke nødvendigvis hvad patienten har brug for at få italesat. Trods positive intentioner, kan det have negativ betydning for kvaliteten. Afværgemekanismer i frontlinjen er fordelagtigt at undersøge, for at forstå hvordan skønnen udspiller sig i den givne situation (Bøggild Christensen, 2021).

Copingstrategier

Lipsky anvender begrebet *coping* til at beskrive de strategier, som frontlinjemedarbejdere anvender for at håndtere de udfordringer, som begrænsede ressourcer og stramme retningslinjer medfører i deres opgaveløsning (Bøggild Christensen, 2021). Coping kan være en bevidst eller ubevidst handling, og klassificeres i tre forskellige typer. *Borgerorienteret coping* fokuserer på borgerens behov og et forsøg på at opfylde disse. Her er ønsket at udføre et meningsfuldt arbejde selv under vanskelige vilkår. *Arbejdsorienteret coping* handler om at udføre arbejdsopgaverne og tilrettelæggelsen heraf bedst mulig, samt at undgå seriøs interaktion med patienten. *Disciplinerende coping* fokuserer på konfrontation med patienten med henblik på at afrette patientens adfærd (Lipsky, 2010; Bøggild Christensen, 2021).

9.3 Opsamling

De to ovenstående teoretikere bidrager tilsammen med en nuanceret forståelse af, hvordan frontlinjemedarbejdere i en akutmodtagelse oplever og håndterer mødet med patienter med psykiske lidelser, og hvilke mekanismer i det akutte arbejde der kan opstå. Goffman bidrager med en sociologisk indsigt i de sociale dynamikker, der udspiller sig i selve interaktionen, hvor Lipskys teori supplerer med et blik på de organisatoriske og arbejdsmæssige vilkår, der former frontlinjemedarbejdernes handlerum og beslutningsmønstre. Ved at anvende disse to teoretikere er det muligt at opnå en indsigt i både individets og systemets perspektiv, hvilket bidrager til forståelse af virkelighedens møde mellem mennesker og institutioner. Disse to teoretikere gør det muligt at anskue problemstillingen fra et mikro- og makroniveau, og dermed bidrage til et bredere perspektiv og forståelse af fænomenet.

10. Analyse

Formålet med analysen er at kunne identificere, hvordan frontlinjemedarbejderne i en akutmodtagelse oplever og håndterer stigmatisering i deres interaktioner med patienter med psykiske lidelser, og hvilke mekanismer der kan have en indvirkning på stigmatisering i det akutte arbejde. Følgende kategorier er med til at forme analysen: frontlinjens oplevelser, frontlinjens håndtering og arbejdskulturen internt og eksternt. Som nævnt under afsnittet *analysestrategi* anvendes Kvale og Brinkmanns tre analyseniveauer, hvor specialegruppen fortolker og analyserer de manifesterede meninger og latente passager gennem eksisterende forskning fra problemfeltet, egne forforståelser samt Goffmans sociologiske teorier om *stigma* og det *dramaturgiske* perspektiv og Lipskys teori og begrebsliggørelse af *street-level bureaucracy*. Under hver kategori udarbejdes en delkonklusion, hvor de væsentligste fund fremhæves.

10.1 Frontlinjens oplevelser

I følgende afsnit undersøges, hvordan frontlinjemedarbejderne i en akutmodtagelse oplever stigmatisering i deres interaktioner med patienter med psykiske lidelser.

Som tidligere nævnt i afsnittet *interviewguide* og fremgående af specialets interviewguide, bilag 2, afsluttes alle interviews med en debriefing, hvor informanterne spørges ind til, om de har yderligere kommentarer eller input, som de finder relevant i forhold til det undersøgte fænomen. Hertil tilføjer Sygeplejerske D følgende:

“Jeg synes, det er en skam, at der er så meget stigmatisering. Altså jeg kan godt også gøre det selv. Det er jo nogle patienter, jeg synes, der er allersværest at have, men jeg føler, at man bare generelt set burde blive uddannet meget mere i psykiatriske lidelser, fordi det er jo nærmest halvdelen af patienterne. Og sådan eskalerer det. Det er jo nok der, at det tit lidt går galt ved dem, synes jeg” (lydfil 4, 11:32).

I dette citat præsenterer Sygeplejerske D sin egen oplevelse og erkendelse af de stigmatiserende tendenser, som hun både observerer og selv bidrager til på akutmodtagelsen. Hun beskriver patientgruppen som den allersværeste at håndtere, hvilket hun blandt andet begrundes med manglende uddannelse og dermed kompetencer til at håndtere disse udfordringer. I citatet antydes

en frustration, som både kan forstærke hendes egen oplevelse af, at patientgruppen er vanskelig, og være med til at vedligeholde stigmatiseringen på afdelingen.

Set i et bredere perspektiv, kan Sygeplejerske D's oplevelser forstås som en del af en større problematik. Som nævnt i præsentationen af problemfeltet, opstår stigma blandt andet på grund af manglende viden blandt sundhedspersonalet (En af os, 2023). Når Sygeplejerske D oplever, at hun ikke har de kompetencer, som hun mener er nødvendige for at håndtere denne patientgruppe, kan det derfor ses som en større udfordring. Hun nævner selv, at denne patientgruppe udgør en stor del af de patienter, der modtages i akutmodtagelsen. Forskning viser tilmed, at 20% af danskerne rammes af en psykisk lidelse i løbet af et år og globalt lever cirka 12,5% af befolkningen med en psykisk lidelse (Sundhedsstyrelsen, 2023; World Health Organization, 2022). Sygeplejerske D's oplevelse af, at disse patienter fylder meget i akutmodtagelsen, understøttes dermed af de nationale og globale tal. Denne patientgruppe er altså indiskutabelt en væsentlig del af arbejdet i akutmodtagelsen, og at oplevelsen af manglende viden og kompetencer kan have betydning for kvaliteten af mødet med patienterne. I denne sammenhæng kan manglende viden medføre stereotype opfattelser og generaliseringer, som kan skabe afstand mellem patienter og sundhedsprofessionelle, hvilket kan føre til, at patienter ikke tages alvorligt og i værste fald oplever diskrimination og forskelsbehandling i sundhedssystemet (En af os, 2023).

Sygeplejerske D's udsagn understøttes yderligere af et udsagn fra Læge A: *"Jeg sender heller ikke de nyeste KBU¹ læger ind, fordi det ja kan godt være lidt en stor mundfuld hvis der er nogen der råber en eller anden slår ud efter en eller spytter på en"* (lydfil 10, 5:13). I citat beretter Læge A en bekymring for de nyuddannede læger, når de skal håndtere patienter med psykiske lidelser. Hun beskriver, hvordan udadreagerende adfærd som råben, slag og spyt kan gøre mødet med patienterne til en stor udfordring. Det kan tolkes som en bekymring for, at de nyeste læger kan komme til at føle sig utrygge eller udfordrede i sådanne situationer, hvorfor hun forsøger at skærme dem fra disse patienter. Det kan også tolkes som en oplevelse af, at håndteringen af denne patientgruppe kræver særlige kompetencer og erfaringer. Ligesom Sygeplejerske D's udsagn viser dette, hvordan usikkerhed og manglende tryghed i mødet med patienter med psykiske lidelser kan

¹ Den kliniske basisuddannelse er første led i den lægelige videreuddannelse, hvor formålet er at "lære at være læge" for at få ret til selvstændigt virke.

være en mulig barriere for et ligeværdigt møde og i værste fald bidrage til yderligere stigmatisering i akutmodtagelsen.

Begge udtalelser kan ses i relation til at akutsygeplejersker har behov for løbende uddannelse, støtte og ressourcer for at fremme behandlingen af patienter med psykiske lidelser (McIntosh, 2023). Dette understøtter Sygeplejerske D's oplevelse af manglende kompetencer i mødet med patienter med psykiske lidelser, samt Læge A's bekymring for nyuddannede lægers håndtering af udadreagerende patienter. Forskning viser tilmed, at sundhedspersonalet generelt udviser flere fordomme og stærkere negative holdninger til psykisk sygdom end den øvrige befolkning (McIntosh, 2023). Disse fordomme og stærke negative holdninger kan øge risikoen for stigmatisering i mødet mellem sundhedsprofessionelle og patienter med psykiske lidelser (En af os, 2023).

Sygeplejerske D's og Læge A's udtalelser kan sættes i sammenhæng med Lipskys teori om afværgemekanismer blandt frontlinjemedarbejdere. Ifølge Lipsky (2010) opstår et krydspres, når efterspørgslen på ydelser overstiger de ressourcer, som medarbejderne har til rådighed (Lipsky, 2010). Dette eksemplificeres, når sygeplejersker og læger i akutmodtagelsen oplever, at de ikke har de rette kompetencer i mødet med patienter med psykiske lidelser. For at håndtere dette pres udvikler frontlinjemedarbejdere forskellige strategier, også kaldet afværgemekanismer, der hjælper dem med at få arbejdssituationen til at hænge sammen på trods af et modsætningsforhold. Begge citater er eksempler på det præsenterede begreb *creaming*, som refererer til prioriteringen af patienter, hvor der vurderes at være størst sandsynlighed for at opnå højest succesrate (Lipsky 2010). I denne sammenhæng kan det tolkes sådan, at Sygeplejerske D er bevidst om, at hun har større mulighed for succes i mødet med patienter med udelukkende somatiske problemstillinger end med patienter som tilmed har en psykisk lidelse, og derfor ubevidst prioriterer disse patienter højere. Dette kommer også til udtryk i Læge A's udtalelse, hvor hun bevidst fravælger at sende nyuddannede læger ind til de udadreagerende patienter. Dette kan forstås som en strategi for at beskytte de nyuddannede læger fra situationer, hvor succesraten forventes at være lavere, og hvor oplevelsen af kontrol og kompetence kan være begrænset. Denne form for *creaming* kan muligvis være med til at forstærke stigmatisering på afdelingen, da nogle patienter potentielt kan blive prioriteret højere end andre. Det kan samtidig føre til en ubevidst ulighed i behandlingen, hvor patienter med psykiske lidelser får en anden og måske ringere tilgang end andre patienter.

Set i et andet perspektiv kan denne afværgemekanisme også forstås som en prioritering af patienter med psykiske lidelser. Læge A's afværgemekanisme, kan ses som en prioritering af, at patienter med psykiske lidelser skal håndteres af de læger, som har de bedste forudsætninger for at hjælpe dem og dermed give den bedst mulige behandling for dem. Dermed opnår både frontlinjen og den pågældende patient størst succesrate. Det kan dermed tolkes som en erkendelse af, at disse patienter kræver mere erfaring og kompetencer, hvorfor ressourcerne også bliver prioriteret derefter, når det er muligt. Denne prioritering kan muligvis være medvirkende til, at denne patientgruppe oplever længere ventetider, da det ikke er alle i frontlinjen, som har disse kompetencer. Det er i situationer som denne, hvor skønnet møder sin kompleksitet, da der altid vil være en konsekvens af de valg som tages (Lipsky, 2010).

I det følgende citat spørger interviewereren ind til, hvordan Læge A oplever den interne omtale omkring denne patientgruppe. Her udtrykker hun frustration over, at patienter med psykiske lidelser kan være svære at hjælpe:

“Der er altså også nogle af dem, der er virkelig svære at hjælpe. Altså man føler man gjorde en hel masse for en uge siden, og nu er det bare fuldstændig ligegyldigt, fordi vi står det samme sted eller værre. Ja så det er meget svært at føle at man overhovedet hjælper. Det er heller ikke sikkert de selv føler, man egentlig har hjulpet. Det er selvom man har gjort en hel masse altså lagt krudt og energi i det. Ja” (lydfil 10, 11:13).

Læge A beskriver i dette citat sin subjektive oplevelse af frustration og utilstrækkelighed i mødet med patienter med psykiske lidelser. Hun fortæller, at hun nogle gange kan opleve, at den behandling hun giver til den pågældende patient kan føles ligegyldig, da patienten ofte vender tilbage med jævne mellemrum i samme tilstand som ugen før. Hun nævner, at det kan være svært at føle, at hun overhovedet hjælper en patient som denne, og at patienten måske heller ikke selv oplever at være blevet hjulpet. Dette kan tolkes som et udtryk for, at Læge A føler sig magtesløs i sådanne situationer, hvilket også kan være en medvirkende faktor til udviklingen af omsorgstræthed.

Dét at Læge A nævner, at den behandling hun gav for en uge siden, kan føles som ligegyldig, når patienten kommer ind ugen efter og enten er samme sted eller et værre sted, kan ubevidst bidrage til stigmatisering, da det kan formodes at tilgangen til patienten er en anden, hvilket kan resultere i

en mangelfuld behandling og nedprioritering af patientens behov. Set på et samfundsmæssigt niveau peger dette på, hvordan individuelle oplevelser kan ses som en del af et bredere mønster i sundhedssystemet, hvor arbejdet med komplekse patienter udfordrer mulighederne for succesfuld behandling.

Ifølge Goffman (2010) kan patienter med *karaktermæssige fejl* opfattes som svage, ustabile eller ude af stand til at tage ansvar for deres egen livssituation (Goffman, 2010). I citatet indikeres, at Læge A netop har denne opfattelse: Hun hjælper den omtalte patient så godt som hun kan, når vedkommende kommer ind på akutmodtagelsen, men efter behandlingen er pågældende patient ude af stand til at tage ansvar for sig selv, hvilket resulterer i, at patienten ender på akutmodtagelsen igen ugen efter. Dette kan ubevidst føre til social marginalisering og påvirke interaktionen mellem patienten og frontlinjemedarbejderne, da der kan forekomme utilsigtet diskrimination og dermed stigmatisering (Goffman, 2010). Dette kan samtidig kobles til Lipskys teori om frontlinjens skøn. Der kan argumenteres for at frontlinjemedarbejdere som Læge A, ifølge Lipsky (2010), er nødt til at anvende deres skøn i mødet med patienter, men dette skøn udøves inden for organisatoriske rammer præget af begrænsede ressourcer, regler og standarder (Lipsky, 2010). Når en patient gentagne gange vender tilbage uden bedring, kan frontlinjemedarbejderens skøn blive udfordret, da deres handlerum til denne type patient muligvis ikke er tilstrækkeligt, hvilket kan føre til en oplevelse af afmagt. For at håndtere denne afmagt kan frontlinjemedarbejderen ubevidst udvikle sociale stereotyper om patientgruppen, hvilket kan bidrage til yderligere stigmatisering og social marginalisering (Goffman 2010). Læge A's oplevelse kan dermed være et eksempel på, hvordan organisatoriske vilkår kan påvirke interaktionen mellem patient og frontlinjen, og skabe utilsigtede konsekvenser i form af stigmatisering.

I følgende citat spørges Sygeplejerske B ind til, om hun oplever, at denne patientgruppe bliver omtalt negativt, når frontlinjen taler om dem internt. Hertil svarer hun, at hun ikke oplever, at der tales negativt eller nedladende om patienterne, men at det i højere grad er frustrationerne over de organisatoriske rammer, som kommer til udtryk:

“Det er mere vores frustrationer over, at det er ligesom at slå ned i en pude. For vi kommer sgu ikke rigtig videre. Vi vil rigtig gerne hjælpe, de vil rigtig gerne have hjælp, for det meste. Men det er 28 instanser der skal prøve at snakke sammen om det samme

individ ikke, puha. [...] Det er ikke fordi, at vi ikke vil og velviljen ikke er der, men rammerne er der altså ikke. Det er fandme ikke nemt” (lydfil 2, 15:33).

Sygeplejerske B beskriver i dette citat sin oplevelse af de frustrationer, som kan opstå, når der ikke sker fremskridt i behandlingen af patienter med psykiske lidelser. Sygeplejerske B's selvforståelse kommer her til udtryk ved, at hun oplever, at både frontlinjemedarbejderne og patienterne selv gerne vil samarbejde og skabe en forandring, men at de organisatoriske rammer gør det vanskeligt for dem. I citatet fremhæver hun, hvordan de mange instanser, der skal samarbejde om den samme patient, skaber oplevelsen af at "slå ned i en pude", - altså underforstået at intet rykker sig. Hun udtrykker magtesløshed og frustration i mødet med systemets kompleksitet, på trods af en tydelig vilje til at hjælpe denne patientgruppe.

Set i et bredere perspektiv kan Sygeplejerske B's oplevelse tolkes som en større problematik i både sundhedsvæsenet og den tværsektorielle organisering. Hendes frustration over de mange instanser, der skal koordinere patientbehandlingen, kan pege på en organisatorisk udfordring i det tværsektorielle samarbejde. Hendes udsagn kan ses som et konkret eksempel på, hvordan manglende sammenhæng i systemet kan skabe barrierer for et effektivt og sammenhængende behandlingsforløb. De præsenterede sundhedspolitiske tiltag kan ses som en erkendelse heraf (Sundhedsministeriet, 2022).

Sygeplejerske B's citat kan ses i relation til Lipskys teori om frontlinjemedarbejdernes vilkår samt de komplikationer og dilemmaer, som disse medfører. Dét at Sygeplejerske B oplever, at det kan være vanskeligt at arbejde tværsektorielt, kan kobles til de offentlige politikker, som ønskes implementeret gennem psykiatriaftalen. Psykiatriaftalen er en offentlig politik, der skal implementeres i sundhedsvæsenet og dermed også ned på et mikroniveau, hvor frontlinjemedarbejderne opererer. Dette påvirker frontlinjens møde med patienter med psykiske lidelser, da medarbejderne skal navigere inden for givne organisatoriske betingelser, som rammesætter deres arbejde (Lipsky, 2010). Ved at implementere en politik med øget fokus på tværsektorielt samarbejde kan der skabes bedre forudsætninger for arbejdet i praksis, hvilket potentielt kan mindske Sygeplejerske B's oplevede frustrationer og lette hendes arbejdsvilkår. Dette har betydning for frontlinjemedarbejdernes handlerum og deres muligheder for at yde sammenhængende og effektiv behandling til patienterne.

Ovenstående kan kobles sammen med Læge B's udtalelser, som omhandler miljøet i afdelingen:

“En hård tone bunder i, at man jo et eller andet sted gerne vil gøre sit bedste og hjælpe. Det kan bare være rigtig, rigtig svært, hvis de for eksempel er gengangere². [...] Hvordan hjælper man dem bedst? Ja, psyk vil ikke tage imod dem, hvis de er beruset eller har taget stoffer. Så er det lidt nogle gange, at de så havner mellem to stole. Både er det medicinsk svært at behandle dem og psyk vil ikke tage imod dem, og hvad er det så egentlig tilbage? [...] Så jeg tror lidt det er et udtryk for, at vi er jo egentlig frustrerede over, at vi ikke kan tilbyde et bedre forløb eller bedre behandling, end det der gavner dem her i modtagelsen, vel at mærke” (lydfil 11, 15:51).

Læge B beskriver i dette citat sin oplevelse af de frustrationer, der opstår, når de som medarbejdere ikke kan tilbyde den behandling, de egentlig ønsker at give. Læge B's selvforståelse kommer her til udtryk ved, at hun ser den hårde tone som et udtryk for en grundlæggende vilje til at hjælpe patienterne bedst muligt, men også som en reaktion på oplevelsen af, at systemets rammer spænder ben for dette. Hun nævner, hvordan nogle patienter havner ”mellem to stole”, når de på grund af misbrugsproblematikker hverken kan modtages i psykiatrien eller behandles optimalt medicinsk. Af citatet fremgår, hvordan lægen oplever sig selv og sine kollegaer som frustrerede over ikke at kunne tilbyde et bedre forløb, på trods af en klar intention om at gøre en positiv forskel for patienterne i akutmodtagelsen.

Ligeledes afsløres en oplevelse af, at systemet ikke formår at rumme de patienter, som ikke passer ind i de fastlagte kategoriseringer. Selvom frontlinjemedarbejderne ønsker at hjælpe patienterne, forhindres dette ofte af systemets rammer og krav. Når patienter for eksempel afvises på grund af en misbrugsproblematik, peger frontlinjens frustrationer på et grundlæggende misforhold mellem den nødvendige hjælp og de faktiske muligheder for at levere den.

Denne oplevelse af systemets begrænsninger kan også ses som en bredere samfundsmæssig problematik. I Danmark forstås lighed ofte som lige adgang til velfærdssamfundets ydelser, såsom sundhed, uddannelse og sociale støttefunktioner (Larsen & Sodemann, 2024). Dét betyder

² Patienter som kommer gentagende gange på akutmodtagelsen med samme problematik, såsom selvskade, selvmordsforsøg, overdosis, misbrug ect.

nødvendigtvis ikke, at alle borgere får samme udbytte af disse tilbud. Tværtimod forventes det, at den enkelte selv kan opsøge, navigere i og udnytte systemets muligheder, hvilket kan være vanskeligt for borgere, der mangler den nødvendige økonomiske, sociale eller kulturelle kapital (Larsen & Sodemann, 2024). På den måde forskydes ansvaret fra systemet over på individet, også i situationer, hvor borgerne netop har svært ved at leve op til de krav, der stilles. Dette kan sættes i relation til Goffmans afvigelsessociologi, herunder hans særlige fokus på den moralske karriere. De patienter som ikke passer ind i de fastlagte "kasser" og som dermed ofte falder mellem to stole, kan opleve at miste en del af deres identitet gennem den institutionelle indlæggelse. Dette kan være medvirkende til, at nogle har svært ved at genopbygge en ny identitet og dermed pådrager sig det stigma, som de har tilegnet sig (Goffman, 2010). Dette kan være problematisk i forhold til den måde, lighed opnås og forstås i Danmark, da det for disse patienter kan være svært at indgå på lige vilkår i samfundet som de 'normale'. Når de først er blevet stemplet som afvigere, fordi de ikke passer ind i kasserne, og dermed har pådraget sig et stigma, kan det være med til at begrænse deres muligheder for at få adgang til støtte og behandling på lige fod med andre, da de ikke har kompetencerne til at råbe op. På den måde bliver forståelsen om lige adgang i praksis udfordret, fordi de sociale og institutionelle barrierer, som disse patienter møder, ikke blot handler om adgangen til ydelserne, men også om de mekanismer, der fastholder dem i marginaliserede positioner. De institutionelle møder påvirker dermed ikke kun patienternes nuværende situation, men er også med til at bidrage til deres selvforståelse og sociale muligheder på længere sigt.

Ydermere kan det *krydspres*, som frontlinjemedarbejderne befinder sig i, tydeligt anskues (Lipsky, 2010). Som Læge B nævner, kan de ikke tilbyde et bedre forløb eller en bedre behandling end det, der kan igangsættes her og nu i akutmodtagelsen. På grund af et overlap mellem somatiske og psykiatriske problematikker, er det ikke muligt at videresende patienten til psykiatrien, da psykiatrien ikke kan modtage patienter med somatiske tilstande, selvom frontlinjen i akutmodtagelsen skønner, at dette ville være bedst for patienten. Frontlinjemedarbejderne må derfor navigere inden for de organisatoriske rammer, hvilket medfører, at patienten modtager behandling for den somatiske problematik, som kunne være abstinensbehandling, mens den psykiatriske problematik forbliver ubehandlet. Rammerne understøtter således ikke aktuelt mulighed for at levere den helhedsorienteret behandling, frontlinjemedarbejderne skønner som den mest hensigtsmæssige for patientgruppen.

Sygeplejerske B blev ligeledes spurgt ind til rammerne og miljøet i afdelingen. Her responderede hun med, at den negative omtale og frustrationerne omkring patienterne opstår grundet det forringede samarbejde mellem somatikken og psykiatrien. Hertil udtrykte hun følgende eksempel:

”Det er jo bare tit vi tager imod dem og vi fikser den somatiske problemstilling og så sender vi dem videre, for nu er de jo et eller andet sted udredt, vi ved hvad de fejler. Vi ved, de skal på psyk, og de ved, at de kommer, men så i stedet for at have en psykiatrisk stue klar, så sender vi dem jo herfra op til psykisk skadestue, og så kan de starte med at vente forfra. [...] Som psykiatrisk patient ville jeg jo tænke. Hvad fuck foregår der? Nu har jeg brugt 4 timer i akutmodtagelsen og snakket med diverse læger eller hvad 8 sygeplejersker og de ved alle sammen jeg skal på psyk, og psyk ved jeg kommer, og hvor længe skal de sidde oppe i psyk skadestue og vente? Så kan de jo starte forfra. Jeg ville virkelig også føle mig tabt” (lydfil 2, 19:27).

I citatet tydeliggøres det, hvor adskilt det somatiske og psykiatriske felt er og hvilken betydning det kan have for patienter med psykiske lidelser. Det bliver fremhævet i citatet, at frontlinjemedarbejderne er indforstået med, hvad den givne patient skal igennem indenfor systemets rammer, men at patienten er uforstående og uvidende overfor denne proces og kan komme til at føle sig som en kasterbold. Det vil sige at der opstår et *krydspres* mellem de rammer som systemet tilbyder og de behov, patienten har (Lipsky, 2010). Sygeplejerske B anerkender, at patienter med psykiske lidelser kan føle sig fortabte i systemet, og at systemet dermed svigter nogle af de mest sårbare patienter, som vi har i sundhedsvæsenet, da systemet har tydelige organisatoriske begrænsninger. Svigtet af de psykisk sårbare patienter er et resultat af politiske beslutninger, der ikke tager højde for de individuelle behov og den virkelighed, som patienterne lever i. Denne afstand kan føre til en manglende forståelse af de konkrete behov og en systematisk nedprioritering af de mest udsatte grupper i samfundet. Dette kan anses som særlig problematisk, da de politiske beslutningstagere i sundhedsvæsenet, ofte er langt fra de patienter, der lider under systemets mangler, hvor det her bliver frontlinjen, som skal stå til ansvar, når politikken implementeres i praksis (Lipsky, 2010).

Sygeplejerske A fortalte om det problematiske forhold, at de forventninger, patienterne har ikke altid stemmer overens med hvad der er muligt i praksis:

”De har jo en forståelse af at vi kender hele journalen når de kommer. Og det gør vi bare ikke. Vi har et foto af AMK-melding³, hvor der står at patienten har lav kalium og kommer til korrektion. Der står for eksempel ikke at patienten har lav kalium grundet spiseforstyrrelse. De har en forståelse af, at vi har læst hele journalen, når vi ser dem og har en forståelse for deres diagnoser. Jeg har ingen idé hvis ser dig og du kommer med lavt kalium niveau, det kunne være du har haft diarré i en uge. [...] Jeg kunne også godt tænke mig nogle gange, at de også fik et billede af hvad det er, de kommer ind til og at vi ikke har de her oplysninger nødvendigvis” (lydfil 1, 17:44).

I citatet fremhæves det, at frontlinjen ofte ikke kender til patienternes psykiske lidelser når de bliver modtaget i akutmodtagelsen, dermed er informationen fra ambulancemeldingen det eneste sygeplejersken har forholdt sig til inden mødet med patienten. Sygeplejerske A beretter, at den korte melding ikke indikerer, om henvendelsesårsagen er opstået grundet den psykisk lidelse, da der også kan være andre grunde til for eksempel lavt kalium niveau. Derfor efterspørger hun en bredere forståelse af frontlinjens arbejdsforhold og at patienternes forventninger justeres. Det nuværende modsætningsforhold betyder, at frontlinjemedarbejdere kan have svært ved at leve op til patienternes forventninger og krav. Det kan dermed resultere i, at patienterne kan opleve en følelse af en unødvendig - og uberettiget - følelse af manglende anerkendelse og en bekræftelse af rollen som afviger (Goffman, 2010). Det kan sættes i forlængelse af Sygeplejerske H's udtalelse, hvor han eksemplificerer hvordan patienternes forventninger kan komme til udtryk:

”Til en temadag havde vi en psykiatrisk patient der fortalte, at hun kom ind og hun var udadreagerende og hun følte at vi trak os fra hende. Så siger jeg, jamen det kan jeg godt forstå, du synes, for det gør jeg også, fordi jeg vil ikke have et pap på hovedet. Så hvis du bliver udadreagerende eller opfarende. Så står jeg med åben dør og ryggen til, så jeg kan vende mig om at løbe. Og hvis du så føler, at jeg så trækker mig, så er det rigtigt. Så siger hun ‘jamen jeg kunne aldrig finde på at slå’. Så siger jeg ‘det ved jeg ikke, fordi den næste der opfører sig sådan, det er en på kokain og han kan godt finde på at slå’. Der er nogle gange den der forventning, de har til os, og hvad vi kan. Og hvilke risiko jeg i virkeligheden skal tage. Det skal kun gå galt en gang, så er der en eller

³ Ambulancemeldingen til akutmodtagelsen

anden der har en kniv med. Jeg kan godt forstå, at hvis de så tænker, at de føler sig stigmatiseret og de føler, at vi trækker os, og det er nok også måske nogenlunde rigtigt” (lydfil 8, 31:41).

Her er en tydelig diskrepans mellem frontlinjemedarbejdernes og patientens oplevelse af en situation - og trusselsbilledet. Patienten udtrykker manglende forståelse for, at frontlinjen er nødsaget til at passe på sig selv, hvis patienten er opfarende og udadreagerende. Sygeplejerske H sætter sine fordomme i spil, hvilket anses som værende uundgåeligt, da han har etableret sig en forforståelse ud fra de forhenværende erfaringer med lignende fænomener (Østerskov, 2006). Disse fordomme er tilmed en nødvendighed og uundværlige, da frontlinjen er nødsaget til at tænke over egen sikkerhed. Sygeplejerske H efterspørger ligeledes som Sygeplejerske A, at forventningerne justeres, og at patienter også skal have respekt for, hvilken risiko frontlinjemedarbejderne løber for at hjælpe dem. Ydermere anerkender Sygeplejerske H, at udadreagerende patienter med psykiske lidelser føler sig stigmatiseret, fordi personalet konkret trækker sig fysisk. I dette tilfælde håndterer Sygeplejerske H konflikten ved at benytte copingstrategien *disciplinerende coping*, hvor han fokuserer på konfrontation med patienten med henblik på at afrette patientens adfærd (Lipsky, 2010). Denne strategi kan anvendes til at håndtere komplekse udfordringer og følelsesmæssige krævende situationer, ved at anvende disciplin og kontrol i sygeplejen. Det kan sikre en professionel distance, så medarbejderen undgår at blive overvældet i følelsesmæssigt belastende situationer. Derudover kan det resultere i at frontlinjemedarbejderne bliver mindre empatiske i deres tilgang til patienterne, hvilket kan have en indvirkning på den kvalitet og dybde, de formår at opretholde i deres relationer med patienterne.

Sygeplejerske C blev spurgt om, hvilke tanker hun gør sig, når hun skal modtage en patient med en psykisk lidelse. Til dette fortalte hun, at hun tidligere har arbejdet i psykiatrisk skadestue, hvor hun følte at sikkerheden for personalet var højere prioriteret end i den somatiske akutmodtagelse:

”Jeg føler mig mere utryg hernede end oppe i psykiatrien, fordi der havde vi nogle overfaldsalarmer, og der var meget opmærksomhed på det. Der var meget opmærksom på at lytte efter hinanden, og der var flugtveje, så jeg synes faktisk, at man er meget udsat hernede” (lydfil 3, 07:29).

Sygeplejerske C føler sig altså utryk og udsat i akutmodtagelsen, og af Sygeplejerske H's citat fremgår at vold mod og trusler af personalet ikke er et sjældent fænomen. Den emotionelle belastning kan have en betydning for kvaliteten af sygeplejen og arbejdsglæden. For at håndtere dette kan frontlinjen som nævnt anvende en form for professionel distancering fra patienterne, hvor sygeplejersken bevidst skaber en distance for at beskytte sig selv blandt andet mod følelsesmæssig udmattelse. Dette kan indebære, at frontlinjemedarbejdere forenkler og standardiserer behandlingen og plejen, for at minimere risikoen for konflikter og uforudsigelige situationer (Lipsky, 2010). Det kan resultere i, at sygeplejersken undgår interaktion med patienten, hvilket har negativ betydning for opfyldelsen af patientens behov. Denne distancering kan være med til at forstærke stigmatisering af patientgruppen, som hurtigt stemples som farlig og utilregnelig.

Sygeplejerske G nævnte i interviewet, at det kunne være en pædagogisk opgave at behandle patienter med psykiske lidelser. Han blev spurgt ind til hans kompetencer og ressourcer til at løfte og udføre denne opgave. Dertil responderede han:

"Jeg kan også godt nå en grænse. Altså jeg er ikke et eller andet super menneske. [...] Jeg vil sige, jeg kan sagtens miste den og så begynder det at blive svært for mig at holde professionalisme, fordi så begynder jeg at blive sådan lidt, nu gider jeg ikke mere"
(lydfil 7, 05:12).

I citatet udtrykker Sygeplejerske G, at der er grænser for hvad han kan præstere og hvad han vil finde sig i, i mødet med patienter med psykiske lidelser, og at det kan være udfordrende at opretholde professionalismen. I citatet antydes, at det kan blive besværligt for frontlinjemedarbejderne at leve op til de professionelle standarder, som forventes i *frontstage* og på denne måde bibeholde *performerrollen* (Goffman, 2014). Det kan blive problematisk, hvis en sygeplejerske ikke opfylder sin professionelle forpligtelse i *frontstage*, da det er her sygeplejersken er i direkte kontakt med patienten og eventuelle pårørende. Det kan medføre, at patienten føler sig afvist og misforstået, hvilket kan have konsekvenser for behandlingen og relationen. Tilmed kan der opstå en indre konflikt i medarbejderen, som kan føle sig utilfreds og skuffet over ikke at kunne leve op til de professionelle standarder, hvilket med tiden kan føre til udbrændthed, mindsket arbejdsmotivation og en følelse af utilstrækkelighed (Bøggild Christensen, 2021). Det er sandsynligt, at frontlinjen vil anlægge en arbejdsorienteret copingstrategi, hvor de prioriterer at fuldføre

arbejdsopgaverne og tilrettelæggelsen heraf, men undgår seriøs interaktion med patienten (Lipsky, 2010). Ved at anvende denne copingstrategi kan frontlinjemedarbejderne distancere sig fra det omsorgsrelaterede arbejde, hvormed de kun skal fokusere på at behandle den somatiske problemstilling. Herved undgår sygeplejersken at bruge sig selv aktivt i arbejdet, hvilket kan mindske følelsen af udbændthed og utilstrækkelighed i arbejdet med patienter med psykiske lidelser. Dette kan selvsagt gå ud over idealet om en ligeværdig behandling.

10.1.1 Delkonklusion

Ud fra frontlinjemedarbejdernes oplevelser kan det konkluderes, at uhensigtsmæssige organisatoriske rammer i kombination med manglende uddannelse og kompetencer kan være medvirkende til udvikling af afværgemekanismer i arbejdet med patienter med psykiske lidelser. Disse afværgemekanismer har en stor betydning for, hvordan frontlinjen coper i interaktionen med patienten, og hvilken konsekvens det kan få i det videre behandlingsforløb. Ydermere tydeliggøres det, at de organisatoriske rammer har en afgørende rolle for frontlinjens handlerum og skøn, hvorved utilsigtede konsekvenser i form af ubevidst stigmatisering kan forekomme. Dette kan føre til en distancering til patienten, hvor dennes præferencer og behov bliver sværere at klarlægge og gøre centrale for behandlingen.

Derudover oplever frontlinjen, at det manglende samarbejde mellem somatikken og psykiatrien er problematisk og medfører frustrationer og afmagt. Der er en opfattelse af, at disse patienter falder mellem to stole, hvormed systemet svigter de mest sårbare patienter i sundhedssystemet. Frontlinjens udtalelser tydeliggør en vis anerkendelse af de følelser og reaktioner, patienter med psykiske lidelser oplever i systemet og det tværsektorielle arbejde. Omvendt har frontlinjen et ønske om en større forståelse for og indsigt i deres arbejde for at opnå et mere ligeværdigt møde og undgå at patienterne føler sig nedprioriteret, hvilket gør performerrollen i frontstage mere realistisk. Derudover vil dette også kunne medføre, at patienternes forventninger justeres, og at der opnås en anerkendelse af, hvilken risiko frontlinjemedarbejderne tager for at hjælpe dem.

10.2 Frontlinjens håndtering

I dette afsnit undersøges, hvordan frontlinjemedarbejderne i en akutmodtagelse håndterer stigmatisering i deres interaktioner med patienter med psykiske lidelser.

I følgende citat spørges Læge B ind til, om hun kan komme til at sætte patienter med psykiske lidelser mere i bås end de patienter som udelukkende kommer med en somatisk problematik i akutmodtagelsen, hvortil hun svarer:

”Jeg kommer nok til at sætte dem i bås på de travle dage, og nok mere de patienter der er gengangere end dem der kommer mere sporadisk. Jeg kan mærke, at min empati er meget større for dem, som ikke er gengangere” (lydfil 11, 05:16).

Denne udtalelse tydeliggør at Læge B er bevidst om, at hendes måde at møde patienter på påvirkes af arbejdspress og af, hvor ofte patienterne kommer igen. Hun erkender, at hun kan komme til at sætte patienter med psykiske lidelser i bås, specielt dem, der gentagne gange møder op i akutmodtagelsen. Dette har også en påvirkning på hendes empati, hvor hun er mere tilbøjelig til at udøve empati og give omsorg til de mere sporadiske patienter end gengangerne. Hun er derfor bevidst om, at hendes patienthåndtering kan variere afhængigt af situationen og patienternes historik. Læge B's udtalelse kan dermed anses som, at hun godt er klar over, at hendes måde at møde patienter på ikke altid er neutral, ej heller ens fra patient til patient.

Set i et bredere perspektiv og i relation til forståelsen af, at ulighed i sundhed kan ses som en socialpolitisk konstruktion, giver Læge B's udtalelse et konkret eksempel på, hvordan ulighed kan opstå i det enkelte møde mellem borger og velfærdssystemet (Larsen & Sodemann, 2024). Ikke fordi nogen nødvendigvis har en intention om at forskelsbehandle, men fordi systemets arbejdsvilkår og de menneskelige kompetencer, der spiller ind, gør det svært at være neutral. Læge B's måde at prioritere sin empati på, kan være med til at forstærke uligheden i sundhedssystemet, uagtet om det er en bevidst handling eller ej. Så selvom sundhedsprofessionelle måske har en intention om at behandle alle lige, sker det ikke nødvendigvis i praksis.

Denne forskelsbehandling kan også ses i relation til begrebet afværgemekanismen *creaming* (Lipsky, 2010). Læge B's tilgang til gengangerne kan skyldes, at hun allerede inden mødet er bevidst om, at

succesraten for en vellykket behandling af gengangerne ikke er lige så høj, som hos de mere sporadiske patienter. I forlængelse af dette kan det tolkes, at Læge B bevidst eller ubevidst prioriterer sin empati og indsats i situationer, hvor sandsynligheden for succes er større (Lipsky, 2010). Læge B's praksis kan derfor ses som en måde at håndtere de arbejdsvilkår, hun står i, hvor de mere komplekse patienter kan opleves som en belastning, og hvor chancen for en succesfuld behandling ikke er særlig stor. Hun bidrager altså til en prioritering, hvor bestemte patientgrupper får mindre opmærksomhed og omsorg og således forskelsbehandles negativt, som en medvirkende faktor til at forstærke stigmatiseringen i akutmodtagelsen.

I følgende citat spørges Læge C indtil, om hun har en anden tilgang til gengangerne end de patienter, som hun ikke kender til. Hertil svarer hun, at det kommer meget an på travlheden og dermed på det overskud, som hun har. I forlængelse heraf nævner hun, at de dage, hvor der er meget travlt, er overskuddet ikke så stort som de dage, hvor arbejdspresset ikke er så stort. Hertil spørges hun indtil, om hun føler, at hun har overskuddet, når hun så får en af de her gengangere, hvortil hun svarer:

"Min tilgang til patienten i forhold til hvor meget energi jeg vil bruge på at få overtalt patienterne, den margen kan nok godt være mindre, men min behandling vil som udgangspunkt den samme, fordi vi har nogle klare retningslinjer. Men om jeg bruger to timer på at overtale patienten til at samarbejde, eller om jeg bruger en time og så siger det her, jeg vil skære den, nu skal vi videre. Hvis ikke så må vi jo gøre det under tvang⁴, fordi du vil gå fra stedet, og jeg har ikke overskud til at følge dig hele sygehuset rundt. [...] Det er jo bare svært at få tid til de psykisk sårbare patienter" (lydfil 12, 03:07).

I citatet udtrykker Læge C, at hun er bevidst om, at hendes tilgang til patienterne påvirkes af travlhed og personligt overskud. Hun pointerer, at selve behandlingen af patienterne følger faste retningslinjer, og derfor ikke ændrer sig. Samtidig beskriver hun, at hendes personlige engagement og vilje til at bruge tid på at "overtale" patienterne kan blive mindre, når hun er presset. På travle

⁴ Hos nogle af de her patienter, er psykiatrilovens bestemmelser om tvang gældende, fordi de skønnes sindssyge eller i en tilstand, det kan sidestilles hermed, og farlige for enten sig selv eller andre eller tilstanden vurderes bedret ved behandling. I sådanne situationer bruger sundhedspersonale ofte mange ressourcer på at afsøge, om patienterne frivilligt vil lade sig behandle, fordi det grundlæggende er meget grænseoverskridende at behandle under tvang.

dage har hun mindre overskud til længere dialoger med disse patienter, og hun nævner, at hun hurtigere kan blive nødt til at sætte en grænse og vælge en mere kontant tilgang, herunder brug af tvang, hvis samarbejdet ikke lykkes. Dette kan tolkes som at Læge C er opmærksom på, at hendes håndtering af patienter, særligt psykisk sårbare, i praksis kan blive påvirket af de organisatoriske rammer, som gør det svært at give alle patienter den tid og opmærksomhed, som de reelt har brug for.

Udsagnet kan også ses i relation til de kompetencer, som frontlinjemedarbejderne i akutmodtagelsen skal kunne operere med. Udover de sundhedsfaglige kompetencer, kan det her ses, at det også kræver store kommunikative kompetencer, da det bliver en pædagogisk opgave at kunne overtale patienten til at samarbejde. Læge C's beskrivelse viser, at arbejdet med psykisk sårbare patienter ikke kun handler om at følge kliniske retningslinjer, men i høj grad også om at kunne navigere i svære samtaler og skabe tillid. Manglende tid og travlhed kan dermed gøre det svært at opretholde denne pædagogiske tilgang, hvilket kan føre til, at der hurtigere træffes beslutninger om tvang. Dermed tydeliggøres det også, at arbejdet i akutmodtagelsen kræver evnen til både at håndtere medicinske problemstillinger og at tilpasse sin kommunikation efter patientens tilstand og den konkrete situation.

Med andre ord, håndterer Læge C sammenlignelige situationer med forskellige copingstrategier, alt efter hvor stort tids- og arbejdspresset, hun er underlagt. Er tiden ikke knap og arbejdspresset ikke stort, kan det antydes, at hun ville benytte sig af den *borgerorienteret coping*, da hun først prøver at imødekomme patientens behov og et forsøg på at opfylde disse gennem et samarbejde. Er de strukturelle vilkår ikke til, at hun kan bruge den nødvendige tid og ressourcer på patienten, benytter hun sig af en *arbejdsorienteret copingstrategi*, da hendes fokus er at udføre den nødvendige behandling til patienten, og sikre, at arbejdet skrider frem trods begrænsede ressourcer (Lipsky, 2010). Denne skiftende tilgang mellem *borgerorienteret* og *arbejdsorienteret coping* viser, hvordan frontlinjemedarbejdere, som Læge C, må navigere i krydspreset mellem hensynet til den enkelte patients behov og hensynet til de organisatoriske krav, som præger akutmodtagelsens hverdag. Det tydeliggøres atter her, hvordan strukturelle rammer og arbejdspresset kan få direkte betydning for patientmødet og kan være med til at forklare, hvorfor særligt psykisk sårbare patienter kan opleve en mindre individuelt tilpasset behandling under travle forhold. Dette hænger også sammen med

Goffmans forståelse af, at rammen for den sociale interaktion er fastlagt af samfundet og eksisterer forud for, at interaktionen finder sted. Mennesket kan kun definere sig selv ud fra de roller, relationer og statusser, der er anerkendt inden for den eksisterende sociale orden (Mik-Meyer & Villadsen, 2007). Ses dette i sammenhæng med Læge C's udsagn, kan det tolkes som, at den sociale interaktion mellem hende og den pågældende patient allerede er fastlagt af samfundet, herunder de organisatoriske rammer, som akutmodtagelsen rummer. Læge C's muligheder for handling bliver dermed ikke kun styret af hendes skøn, men også af de strukturelle krav og forventninger, som præger akutmodtagelsens daglige praksis. I en kontekst præget af travlhed, arbejdspress og klare retningslinjer bliver der mindre plads til individuelle tilpasninger i mødet med patienterne. Således kan det hævdes, at patientens og frontlinjens roller allerede er defineret gennem de overordnede samfundsmæssige og organisatoriske rammer, før de mødes i den konkrete interaktion.

I følgende citat spørges Sygeplejerske E ind til, om hun synes, at patienter som kommer ind med en somatisk problematik og en psykiatrisk lidelse bliver prioriteret anderledes end de patienter, som udelukkende kommer med en somatisk problematik. Hertil svarer hun:

”Der er nogle af dem der gør, fordi der er jo dem, som kommer den ene gang efter den anden. Altså vi har haft en som konstant sluger batterier. Så skulle hun i røntgen og have set hvor det lå henne, og så skulle abdominalkirurgerne⁵ ind over og fiske det op igen. Til sidst kom hun udenom os, fordi det nogle gange var dagligt. Til sidst ville de bare fiske det op en gang om ugen. [...] Så er det selvfølgelig en anden behandling end andre får. Men til sidst må man være praktisk og pragmatisk” (lydfil 5, 12:33).

Ligesom Læge B's udsagn tydeliggør, viser Sygeplejerske E's eksempel også, at der sker en anden prioritering og en ændret behandling, når det drejer sig om gengangere i forhold til mere sporadiske patienter. Hun eksemplificerer dette med en patient, der gentagne gange møder op i akutmodtagelsen, fordi hun sluger batterier. I starten blev patienten behandlet efter de standardiserede procedurer, der gælder i sådanne situationer, men efter flere gentagelser ses det, at frontlinjemedarbejderne begynder at afvige fra de fastlagte procedurer, hvilket kan tolkes som en form for kapitulation. Sygeplejerske E påpeger selv, at denne patient til sidst modtog en anden behandling end andre patienter, idet fokus i højere grad blev på at handle praktisk og pragmatisk.

⁵ Mave- og tarmkirurg.

Dette kan pege på, at frontlinjemedarbejderne ikke længere havde ressourcerne til at yde den omsorg, som patienten måske reelt havde brug for.

Ses citatet i en samfundsmæssig kontekst, kan prioriteringer som denne være med til at øge uligheden i behandling, hvilket går imod sundhedspolitiske mål om mere lighed i sundhed (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2024). Sygeplejerske E's udsagn antyder, at der tidligere er blevet brugt mange ressourcer på patienten med involvering af flere fagligheder. Ændringen i behandlingen kan derfor tolkes som et forsøg på at spare ressourcer, så de i stedet kan bruges på andre patienter. Dette peger på, at prioriteringer i mødet med patienterne ikke kun handler om den enkelte situation, men også om at få ressourcerne til at række i en hverdag, hvor arbejdspresset kan være stort. Disse prioriteringer kan skabe faglige og etiske dilemmaer, da frontlinjemedarbejderne skal balancere mellem de organisatoriske rammer, behandlingsbehovet og deres skøn over, hvad der er bedst for patienten i den konkrete situation. I tillæg huskes, at patienter med psykiske lidelser ofte modtager en ringere behandling for deres somatiske sygdomme, fordi deres symptomer overses eller ikke tages alvorligt. Summarisk fører dette ofte til underdiagnosticering og utilstrækkelig behandling (Petersen, 2021). Sygeplejerske E's udsagn kan i forlængelse heraf tolkes som et eksempel på, hvordan en somatisk problematik, der er opstået på baggrund af en psykisk lidelse, behandles som en udelukkende somatisk udfordring, mens de bagvedliggende psykiske problemer overses. Patienten får dermed ikke en helhedsorienteret behandling, som imødekommer de nødvendige behov for en vellykket behandling.

Ifølge Goffman (2010) kan dette tolkes som en social proces, hvor denne patientgruppes normale sociale identitet nedbrydes som følge af frontlinjemedarbejdernes og sundhedsvæsenets reaktioner, vurderinger og kategoriseringer. Gennem sådanne definitions- og kategoriseringsprocesser placeres patientgruppen, som ifølge frontlinjemedarbejderne ikke udviser kulturelle acceptable egenskaber eller adfærd, i nedvurderede sociale stereotyper, hvilket i denne situation fører til stigmaet om *karaktermæssige fejl* (Goffman, 2010).

I det følgende citat bliver Sygeplejerske A spurgt, om hun i perioder med stort arbejdspress, hvor hun grundet strukturelle vilkår ikke altid kan handle, som hun vurderer er bedst for patienten, oplever at tage arbejdet med hjem mentalt, fordi hun ikke har kunnet yde den nødvendige behandling efter den pågældende patients behov. Her svarer Sygeplejerske A:

”Jeg har kun to arme og to ben, og jeg kan ikke tage det med hjem fordi jeg har de rammer, som jeg har. Det er ikke fordi jeg nedprioriterer dem, men så længe jeg ikke kan gøre mere end jeg kan, så bliver de bare nødt til at blive nedprioriteret. Man kan godt tænke over, at det er et rigtig dårligt forløb, og lave en UTH⁶ på det. Det er det, jeg kan gøre” (lydfil 1, 12:37).

Sygeplejerske A tydeliggør her, at hun er bevidst om sine egne begrænsninger og de rammer, hun arbejder under. Hun beskriver, hvordan hun på grund af ressourcemangel og strukturelle forhold er nødt til at prioritere blandt patienterne, og at det ikke sker af egen vilje. I udtalelsen kan det tolkes, at Sygeplejerske A modsiger sig selv, da hun først fremhæver, at hun ikke nedprioriterer patienterne, hvorefter hun erkender, at hun i praksis alligevel må gøre det, fordi hun både fysisk og organisatorisk ikke har mulighed for at gøre mere. Hun fremhæver samtidig, at hun forsøger at håndtere de situationer, hvor patientforløbene ikke lever op til hendes egne standarder, ved blandt andet at indberette utilsigtede hændelser. Dette kan anses som et udtryk for hendes faglige ansvarlighed og refleksion over kvaliteten af behandlingen, på trods af at hun er tvunget til at gå på kompromis. Sygeplejerske A er således meget bevidst om de etiske dilemmaer, der opstår i mødet mellem det ideelle og den daglige praksis, og at hun forsøger at håndtere disse vilkår på en måde, der - om ikke tilgodeser, så i hvert fald anerkender - patientens behov.

Implicit i Sygeplejerske A's udsagn ligger, at hun har erfaring med patientgruppen og kompetencer til at navigere i komplekse og pressede arbejdssituationer. Ikke alle sundhedsprofessionelle har nødvendigvis samme forudsætninger for at håndtere tilsvarende situationer. Erfaring, rutine og faglighed kan dermed blive afgørende faktorer for, hvordan den enkelte medarbejder udøver sit skøn og tilpasser sig de organisatoriske rammer. Når det ses i relation til tidligere citater om oplevelsen af manglende uddannelse og usikkerhed hos andre frontlinjemedarbejdere, tydeliggøres det, at frontlinjen har forskellige forudsætninger for at arbejde under de rammer som tidligere er blevet defineret som uhensigtsmæssige. Dette stiller krav til både organisatorisk støtte og efteruddannelse for at sikre, at flere medarbejdere får mulighed for at udvikle tilsvarende kompetencer.

⁶ Utilsigtet hændelse i forbindelse med en behandling, hvor sundhedsprofessionelle laver et notat herom.

Sygeplejerske A's udtalelse kan anses som *arbejdsrelateret coping*, da det for hende handler om at udføre arbejdsopgaverne, herunder behandlingen af patienten, samt tilrettelæggelsen heraf bedst muligt. De strukturelle vilkår sætter i situationer som denne en begrænsning for en seriøs interaktion med patienten, hvilket hun tilpasser sig under. Ved at anvende denne copingstrategi, håndterer hun de udfordringer, som de organisatoriske rammer skaber. Dermed justeres hendes faglige skøn, og den ideelle behandling ændres i praksis (Lipsky, 2010).

Læge C bliver i interviewet spurgt ind til, hvordan patienter med psykiske lidelser bliver modtaget i akutmodtagelsen, og om der kan være tendenser til, at disse patienter kan blive nedprioriteret. Hertil responderer hun:

"Jeg tror, de bliver nedprioriteret fordi de kan have nogle mønstre, som de har vist tidligere, og så kan man komme til at overse, hvis der ligger noget nyt i det. Så hvis en patient kommer ind fordi de har drukket to flasker vodka og oftest bare skal ligge og vente til det brænder af. Jamen, så kunne jeg godt forestille mig, at man nedprioriterer at få kigget om der rent faktisk har været noget nyt officielt, har de for eksempel slået hovedet, kan der være en blødning i hjernen" (lydfil 12, 06:37).

I citatet beskriver Læge C, at patienter med psykiske lidelser, som kommer jævnligt, kan blive nedprioriteret, da deres sygdomsbillede formodes at være sammenligneligt med de andre gange, de har været i akutmodtagelsen. Dermed kan der være risiko for, at frontlinjen kan komme til at overse nye symptomer eller tilstødte komplikationer, hos den aktuelle patient. Citatet kan tolkes som en erkendelse hos Læge C af, at de patienter med psykiske lidelser, som kommer hyppigt i akutmodtagelsen, ikke bliver behandlet og undersøgt lige så grundigt som andre patienter. Nyere data bekræfter at symptomer hos en psykiatrisk patient i mange tilfælde overses og ikke tages alvorligt, og at denne patientgruppe dermed ofte bliver underdiagnosticeret og får utilstrækkelig eller forkert behandling for deres somatiske lidelser (Petersen, 2021). Dette bekræfter, at der er en omfattende ulighedssproblematik i somatisk behandling af patienter med psykiske lidelser, hvorfor det politiske mål er at få sidestillet psykisk og fysisk sygdom i Danmark (Indenrigs- og sundhedsministeriet, u.å.). Citatet er et eksempel på Lipskys begreb *worker bias*, som indebærer at frontlinjemedarbejdere ubevidst kan drage hurtige konklusioner baseret på tidligere erfaringer, arbejdsmiljøet eller stereotype forestillinger. Derved kan frontlinjen danne sig et billede af visse

patienter og komme til at handle ud fra det billede, snarere end ud fra patientens konkrete situation. Ud fra Goffmans optik bærer patienter med psykiske lidelser et socialt *stigma*, som resulterer i, at de ikke anses som 'normale' individer med somatiske behov. De kan derfor blive placeret i en afvigerrolle, der har betydning for interaktionen med frontlinjen og den videre behandling i sundhedsvæsenet (Goffman, 2010). Dette *stigma* kan fastholde patienter med psykiske lidelser i afvigerrollen, som kan fratage dem retten til en neutral og ligeværdig behandling indenfor sundhedssystemets rammer.

Læge C blev i forlængelse heraf spurgt ind til, om hun har oplevet en dilemmafyldt situation, hvor hendes faglige skøn kommer i karambolage med de givne retningslinjer. Her udtalte hun dette eksempel:

"Vi har jo en genganger som skal have kul⁷ og vedkommende vil ikke have kul, og der skal altid gives to portioner kul. På et tidspunkt, for at det ikke skulle være under tvang, at vi blev enige om, at så fik patienten halvdelen af kullet, og så ventede vi lidt, inden vi gav det næste, fordi hun følte, at maven simpelthen var fyldt og man blev så dårlig. På den måde har jeg nok gået lidt på kompromis med retningslinjerne, for ligesom at tilgodese nogle behov, som måske kan være skadelige for patienten. Men man anerkender patienten. [...] Selvom der er en risiko ved det, så synes jeg alligevel det er bedre end at udøve fuld tvang" (lydfil 12, 07:51).

Læge C eksemplificerer, at hun formår at drage beslutninger i samspil med patienten, og at de sammen udarbejder en løsning ud fra patientens præferencer. Trods det, at Læge C er indforstået med, at retningslinjerne siger, at der skal gives to portioner kul i den givne situation, vælger hun en mellemvej og går delvist på kompromis med kvaliteten i behandlingen, så der ikke udøves tvang. Her benytter Læge C sig af skønnet og ser mennesket bag den psykiske lidelse og opnår på denne måde en individualiseret behandling. Her er det Læge C's subjektive synspunkt, som påvirker prioriteringen, som her bliver at afvige fra den standardiserede behandling. Dermed prioriterer hun omsorgen og behandlingen ud fra personlige identifikationer og finder patienten værdig til en særlig opmærksomhed. Hun anerkender, at denne patient har en grænse og vælger at tilgodese denne.

⁷ Aktivt kul bruges til at binde giftstoffet i mavetarmkanalen og hæmmer derfor optagelsen af giftstoffer. Effekten er tidsafhængig og er størst inden for den første time efter indtagelsen af giften. Det bruges typisk til behandling af patienter, der har indtaget en overdosis af et eller flere farlige stoffer.

Det er endnu et eksempel på *borgerorienteret coping*, som fokuserer på patientens behov og prioriteringen af at opfylde disse. I denne situation har frontlinjen en intention om at udføre et meningsfuldt arbejde, som tilgodeser patientens behov, selv under vanskelige vilkår (Lipsky, 2010).

Sygeplejerske I fortæller i interviewet at rammerne i akutmodtagelsen er svære, fordi hun anser afdelingen som en masseproduktion og på denne måde er det svært at rumme patienter med psykiske lidelser, da de ikke passer ind i den standardiserede produktion. Hun giver følgende eksempel:

"Jeg havde en patient og hun var angstpræget og lå i hjørnet med en pårørende som prøvede at berolige hende. Det var ikke min patient, men jeg så hende på gangen. Og så var jeg oppe ved forløbskoordinator⁸ og jeg kunne bare se på tavlen, at der ingen ledige stuer var, og så spørger jeg koordinator, 'er mulighed for at få patienten på en stue, da hun er ret angst og ikke har det vildt godt'. (forløbskoordinator svarer) 'Jamen det har vi ikke plads til nu' " (lydfil 9, 16:27).

I citatet udtrykker Sygeplejerske I, at der ligger en angstpræget psykiatrisk patient i venteværelset, hvor en pårørende forsøger at berolige hende. Her efterspørger Sygeplejerske I forløbskoordinatoren, om hun må følge patienten ind på en stue, da hun tydeligt kan se, at patienten ikke har det godt. Dette bliver afvist, da der ikke er stuer nok til at rumme denne problematik i det givne tidspunkt. Citatet antyder, at akutmodtagelsen har svært ved at rumme patienter som har særlige behov og ikke nødvendigvis kan sidde i et fyldt venteværelse. Det bliver særlig kompliceret, når akutmodtagelsen har travlt og alle patientstuerne er optaget. Her opstår ableisme, da akutmodtagelsen ikke er indrettet efter den menneskelige diversitet, idet der ikke tages hensyn til mangfoldigheden af menneskelige kroppe og sind. Sundhedssektoren er organiseret til at tilgodese individer med "normale" kroppe og sindstilstande, hvilket kan forårsage ulighed i adgangen til og kvaliteten af sundhed for personer med et psykisk handicap. Dermed kan ulighed i sundhed opstå grundet de overordnede samfundsstrukturer, som er med til at forme vores forståelse af sygdom og sundhed (Falster, 2024).

⁸ En forløbskoordinator er en erfaren sygeplejerske, der har ansvar for at sikre et effektivt og sammenhængende patientflow. Rollen handler ikke om direkte pleje, men om at holde overblikket og koordinere på tværs af faggrupper både internt og eksternt.

Ydermere tydeliggøres det i citatet, at Sygeplejerske I og forløbskoordinatoren har forskellige copingstrategier i den givne situation. Sygeplejerske I benytter sig af *borgerorienteret coping*, hvor hun forsøger at tilgodese patientens behov og opfyldningen af disse. Hvorimod forløbskoordinatoren anvender en *arbejdsorienteret coping*, for at kunne udføre tilrettelæggelsen af arbejdsopgaverne bedst muligt, uden stor skelnen til patientens præferencer. Det skyldes, at frontlinjen per automatik anvender den copingstrategi, som er sammenhængende med den udfordring og kontekst, de befinder sig i. Derfor opstår der et skel mellem de to sygeplejersker, da deres arbejdsopgaver er vidt forskellige. Forløbskoordinatoren er nødsaget til at bevare det mentale overskud og disponere, hvordan ressourcerne fordeles bedst til de patienter, som har de mest akutte behov. Sygeplejerske I befinder sig i interaktionen med patienten og er dermed mere modtagelig overfor patientens ønsker og behov, og for hende er patientens præferencer mere centrale for at opnå en meningsfuld løsning.

I forlængelse heraf udtrykker Sygeplejerske F, at uligheden i behandlingen af patienter med psykiske lidelser også opstår grundet en systemisk fejl, hvortil hun beretter om følgende refleksion:

”Vi har akutkald⁹ og traumekald¹⁰. Hvis man kommer ind blødende og kaster blod op, så udløser det et akutkald med en abdominalkirurg. Jeg kunne mega godt tænke mig, at vi havde et akutkald med en psykiater, så når vi trykkede på knappen, så kom der en psykiater og så blev han. Det ville måske være bedre for patienterne” (lydfil 6, 26:25).

I citatet beskrives det, at når akutmodtagelsen får meldingen om en kritisk dårlig patient, udløser det enten et akutkald eller et traumekald, hvor de forskellige specialer vil stå klar på stuen til at modtage denne patient, alt efter hvilken problematik det er. Dette er dog kun prioriteret, hvis det er inden for et somatisk speciale. Det vil sige, at hvis en patient med en psykisk lidelse befinder sig i sin akutte fase og det har resulteret i en somatisk problemstilling, står der ikke en psykiater klar på stuen. Her efterspørger Sygeplejerske F, at dette bliver prioriteret for at opnå en mere helhedsorienteret behandling i akutmodtagelsen. Nationalt er det som tidligere nævnt, et stort

⁹ Et akutkald rekvireres, når en person har en medicinsk alvorlig problematik. Til et akutkald står et akutmedicinsk team klar bestående af relevante lægelige specialer, en akutlæge, to sygeplejersker fra akutmodtagelsen og en bioanalytiker.

¹⁰ Et traumekald rekvireres, når en person er kommet alvorligt til skade. Til et traumekald står et traumeteam klar bestående af relevante lægelige specialer, to sygeplejersker fra akutmodtagelsen, en sekretær, en radiograf og en bioanalytiker.

politisk fokus på at skabe bedre rammer og muligheder for samfundets sårbare borgere gennem blandt andet tidlig indsats (Sundhedsministeriet, 2022). Det kan her formodes, at det kræver en større opjustering af systemet og dets rammer, før de globale og nationale politiske mål opnår et frugtbart resultat.

10.2.1 Delkonklusion

Ud fra frontlinjens beretning om, hvordan de håndterer patienter med psykiske lidelser i akutmodtagelsen, fremtræder et overordnet ønske om at behandle alle patienter ligeværdigt, men at systemets rammer og arbejdsvilkår spænder ben for denne intention. Dels fordi de organisatoriske rammer og samfundsmæssige strukturer har en påvirkning af frontlinjens konkrete skøn. Men også fordi systemet ofte ikke tillader, at frontlinjemedarbejderen kan tilbyde patienten den hjælp, som egentlig skønnes mest hensigtsmæssig. Det foranlediger, at frontlinjen ubevidst eller bevidst udvikler copingstrategier for at kunne håndtere arbejdsvilkårene og forventninger i interaktionen med patienter med psykiske lidelser. Ydermere fremgår det, at frontlinjen coper forskelligt alt efter hvilken kontekst og udfordring, som de befinder sig i og hvilket ansvarsområde, de skal opfylde.

De analytiske fund fremhæver, at kvaliteten af behandlingen og det relationelle kan afhænge af hvilken frontlinjemedarbejder, patienten møder. De fagprofessionelles kompetencer til at håndtere de faglige og etiske dilemmaer i en travl hverdag med komplekse problemstillinger, er essentielt for at kunne udvise empati, omsorg og tilbyde den rette behandling i den givne situation. Disse faglige og personlige kompetencer anses som nødvendige for at kunne mestre det krydspres, som frontlinjen navigerer i til dagligt. Selv ved besiddelse af nævnte kompetencer, kan frontlinjen være nødsaget til at gå på kompromis med enten behandlingen eller patientens præferencer og afgøre, hvad der er bedst i den konkrete situation. Yderligere klargøres det, at akutmodtagelsen ikke er indrettet efter den menneskelige diversitet, da sundhedssektoren er organiseret til at tilgodese individer med "normale" kroppe og sindstilstande. Dette kan medføre ulighed i adgangen til og kvaliteten af sundhed for individer med psykiske lidelser, hvilket kan være med til at forstærke stigmatisering. De ovennævnte organisatoriske og systemiske problematikker strider imod de globale og nationale politiske mål om lighed i sundhed, hvorfor det kan formodes, at en større opjustering af systemet og dets ramme anses som en nødvendighed.

10.3 Arbejdskulturen internt og eksternt

I følgende afsnit undersøges, hvilke mekanismer der i det akutte arbejde kan have en indvirkning på stigmatisering af patienter med psykiske lidelser.

For at opnå en indsigt i, hvordan arbejdsmiljøet på akutmodtagelsen opleves, spørges der i følgende citat indtil, hvordan denne patientgruppe bliver omtalt internt, hvortil Sygeplejerske I efter kort refleksion udtaler følgende:

”Ej der kunne folk godt være søde, og ikke engang sødere, men bare mere ordentlige. Jeg synes, der er nogle, der omtaler dem meget sådan ÅHH...! Og ja. Så er den ærgerlig, fordi det skaber at det bliver os mod dem” (lydfil 9, 15:40).

Sygeplejerske I udtrykker i dette citat at en respektfuld tone om patienterne bør kunne forventes i det interne arbejdsmiljø. Desuden, at dette desværre ikke altid er tilfældet. Samtidig påpeger hun, at den negative omtale af patientgruppen kan bidrage til at skabe en ”os mod dem”-følelse blandt frontlinjemedarbejderne. Dette kan tolkes som, at Sygeplejerske I er opmærksom på, hvordan sprogbruget kan påvirke relationerne mellem frontlinjemedarbejderne og patienterne. Det kan også anses som, at hun ønsker at fremme en mere inkluderende og anerkendende kultur på akutmodtagelsen, hvor sproget anvendes som et redskab til at understøtte et positivt arbejdsmiljø frem for at skabe distance mellem frontlinjen og patienterne.

Sygeplejerske I's udtalelse kan tolkes som en bevidsthed om, at sproget ikke kun beskriver, men aktivt former relationen til patienterne. Den måde, patienterne omtales på, afspejler de forforståelser, frontlinjemedarbejderne har med sig, hvilket kan føre til, at patienterne klassificeres som en bestemt type frem for individuelle individer. Hvis disse forforståelser ikke udfordres, kan muligheden for at opbygge en ny og mere nuanceret forståelse af patientgruppen forhindres. Skal forforståelserne udfordres, kræver det åbenhed, villighed og en selvkritisk refleksion i fortolkningen, hvilket Sygeplejerske I's udsagn kan tolkes som et ønske om, at hendes kollegaer i højere grad udviser (Monrad, 2018). Hvis frontlinjemedarbejderne i akutmodtagelsen ikke arbejder aktivt og nysgerrigt med deres eksisterende forforståelser, kan det få negative konsekvenser for forståelsen af patienterne og føre til et brud med den etiske forudsætning, der er grundlaget for en professionel tilgang, herunder at møde patienten som et ligeværdigt menneske (Østerskov, 2006).

Det interne sprogbrug om denne patientgruppe kan være med til at forstærke stigmatiseringen af patienterne. Sygeplejerske I's oplevelse af, at den negative omtale skaber en "os mod dem"-følelse, kan føre til social afvisning og en manglende anerkendelse af patienternes øvrige potentielle positive egenskaber. Dette kan dermed bidrage til en opdeling mellem de 'normale', som her er frontlinjemedarbejderne, og de 'afvigende', som er patienterne. Denne opdeling kan medvirke til at øge distancen mellem grupperne og dermed føre til utilsigtet diskrimination, som påvirker interaktionen mellem frontlinjen og patienterne og forstærker stigmatiseringen af patientgruppen (Goffman, 2010).

Dette kan sættes i sammenhæng med Sygeplejerske D's udtalelse, som også bliver spurgt ind til, hvordan hun oplever det interne sprogbrug om denne patientgruppe. Hertil svarer hun:

"Men jeg synes egentlig ikke, at de bliver talt grimt om. Jeg synes måske bare, at man gør lidt, ej det lyder også ondt, men gør lidt grin med det de kommer med, fordi at det måske er måden man bearbejder det, og man har måske lidt svært ved at forstå det. Det går meget igen, at folk har svært ved at forstå, hvorfor de har skåret i sig selv igen. Det er sådan lidt åh agtigt" (lydfil 4, 08:11).

I denne udtalelse udtrykker Sygeplejerske D en selvforståelse af, hvordan frontlinjemedarbejdernes frustrationer og bearbejdningen heraf kan komme til udtryk gennem sprogbrug. Hun nævner, at de kan komme til at latterliggøre det, som patienterne kommer med, hvilket hun forklarer som en måde at bearbejde egne følelsesmæssige reaktioner på, herunder frustration og manglende forståelse for patienternes handlinger. Sygeplejerske D's refleksion kan tolkes som en erkendelse af, at frontlinjemedarbejdernes interne sprogbrug og håndtering af patienternes adfærd ikke nødvendigvis er et udtryk for direkte nedgørelse, men mere en strategi til at skabe en distance til noget, der opleves som svært at forstå eller håndtere følelsesmæssigt.

Set i et bredere perspektiv kan håndteringer som denne anses som problematisk. Sundhedsfagligt personale, der har direkte patientkontakt, er uddannet i at kunne udvise empati, omsorg og en evne til at kunne sætte sig i patientens sted. Når følelsesmæssige reaktioner bearbejdes ved at gøre grin med patienternes handlinger, kan det stride mod disse grundlæggende etiske værdier. Samtidig må det også anerkendes, at arbejdet med sårbare og komplekse patienter kan være følelsesmæssigt belastende, hvorfor det er naturligt, at frustrationer opstår. Det er dog stadig vigtigt at pointere, at

disse frustrationer og bearbejdningen heraf ikke må få lov til at overskygge den forpligtigelse frontlinjemedarbejderne har i forhold til at møde patienterne med respekt og forståelse for deres livssituation, og dermed som et ligeværdigt menneske (Østerskov, 2006).

Sygeplejerske D's udtalelse og refleksion kan ses i Goffmans dramaturgiske perspektiv, hvor interaktionen mellem frontlinjemedarbejderne må betragtes som klassisk *backstage* adfærd. I *backstage* kan frontlinjemedarbejderne tillade sig at udtrykke frustrationer, reaktioner og følelser, som ikke ville være passende i *frontstage*, hvor interaktionen med patienterne foregår, hvormed de skal præsentere sig selv i overensstemmelse med de sociale normer og forventninger, som der er til dem (Goffman, 2014). Sygeplejerske D's beskrivelse af, at personalet gør lidt grin med patienternes handlinger, kan dermed tolkes som en måde, hvorpå medarbejderne bearbejder følelsesmæssigt svære situationer i en intern og uformel kontekst, hvor de midlertidigt kan træde ud af deres professionelle *performerrolle* og være i *publikumsrollen*. Dét, at de kan ytre sig på denne måde i *backstage*, kan være med til at lette deres arbejde i situationer, hvor de skal håndtere patienter med eksempelvis gentagne selvskader, da de kan få lov til at komme ud med deres frustrationer inden den direkte interaktion med patienten i *frontstage*, hvor de tværtimod vil være i stand til at fremtræde professionelle. Der kan samtidig også være en risiko forbundet med dette, da de negative eller ureflekterede reaktioner muligvis kan få lov til at præge kulturen på afdelingen. Hvis dette interne sprogbrug normaliseres, kan det være med til at påvirke frontlinjemedarbejdernes forståelse og tilgang til patienterne i *frontstage* og dermed bidrag til utilsigtet stigmatisering (Goffman, 2014).

Læge B udtaler sig ligeledes omkring sprogbruget i akutmodtagelsen:

"Når Falck kommer med en patient og siger at patienten bare har ondt i livet, og sådan. Så kan jeg faktisk godt komme ind med den holdning nogle gange, indtil jeg sådan får snakket med personen. Men jeg kan da godt komme ind med sådan et forhåndsindtryk nogle gange. Altså, men jeg er ikke for fin til ikke at kunne ændre det billede" (lydfil 11, 16:32).

I citatet beskrives det, at når det præhospitale¹¹ personale ankommer med en patient til akutmodtagelsen, kan deres udsagn om patienten have en indflydelse på frontlinjens opfattelse og tanker om patienten. Citatet synliggør, at tværprofessionelt samarbejde kan have en påvirkning og styring af frontlinjemedarbejdernes skøn. Læge B overtager det præhospitale personales skøn som grundelement i mødet med patienten. Dermed udarbejdes skønnet ikke altid individuelt og situationelt, men skønnet sammensættes og styres derimod af forskellige mønstre i frontlinjearbejdet (Lipsky, 2010; Bøggild Christensen, 2021). Læge B fortæller dog, at hun stadig formår at distancere sig fra forudsagte udtalelser om patienten og på denne måde, kan danne sine egne meninger i mødet med patienten.

Det fremkommer yderligere i citatet, at det præhospitale personale kan have svært ved at sætte sig i patientens sted og dermed kan komme til at give patienter med psykiske lidelser et socialt stigma (Goffman, 2010). Det kan være særlig problematisk, hvis frontlinjen i det præhospitale og i akutmodtagelsen udviser stigmatiserende adfærd over for patienter med psykiske lidelser, da disse patienter selvsagt ringer efter hjælp, netop når de befinder sig i deres mest sårbare og akutte tilstand. Det kan formodes, at når en patient med psykiske lidelser kontakter det præhospitale, er det fordi vedkommende forinden har forsøgt andre muligheder og nu ikke kan se andre udveje, hvor der her er særlig brug for forståelse, omsorg og lindring. Hvis patienten modsat mødes med fordomme og manglende forståelse, kan følelsen af afmagt og isolation forstærkes (Goffman, 2010). Det kan medføre at patienten mister tilliden til systemet grundet skam og det kan få den alvorlige konsekvens, at patienten ikke ringer 1-1-2 og undlader at søge hjælp næste gang, de befinder sig i en kritisk situation. Stigmatisering i det præhospitale og i akutmodtagelsen er altså ikke blot en etisk problemstilling, men også som et strukturelt og organisatorisk svigt, der bidrager til ulighed i sundhed.

Sygeplejerske H blev ligeledes spurgt ind til arbejdsmiljøet i afdelingen og hvilken indflydelse det kunne have på behandlingen af patienter med psykiske lidelser, hvor han her fortæller om sine oplevelser af samarbejdet mellem somatikken og psykiatrien:

¹¹ Den nye betegnelse for det, der førhen hed Falck.

”Det der foregår nu, det er horribelt og det er sikkert fra begge vores specialer. Vi forstår overhovedet ikke hinanden. Altså jeg har jo altid sagt, at det bedste man kunne gøre for patienter med psykiske lidelser, det er bare at købe 40 frysepizzaer og 3 kasser øl og så låse os ind i et festlokale. Og så lad os lære hinanden at kende på tværs” (lydfil 8, 13:40).

I citatet udtrykker Sygeplejerske H, at samarbejdet mellem frontlinjen i psykiatrien og somatikken er særdeles rystende, og at der ingen forståelse og anerkendelse er for hinandens arbejde og forskellige specialer. Sygeplejerske H's refleksioner antyder, at der er behov for at forbedre de organisatoriske rammer, for at kunne forbedre samarbejdet og ryste specialerne sammen på tværs af afdelingerne. Det anses i Sygeplejerske H's optik som en nødvendighed at lære hinanden bedre at kende, så frontlinjen kan spille sammen og ikke mod hinanden. Det er sandsynligt, at de begrænsede ressourcer i afdelingerne kan være med til at skabe dette modspil, da frontlinjen forsøger at fordele ressourcerne på bedste vis. Det kan i værste fald forårsage at afdelingerne forsøger at argumentere for, hvorfor de ikke vil have ansvaret for patienten, da ressourcerne ikke omfavner dette. Derfor kan ressourcerne være en usynlig dominerende faktor i samarbejdet mellem psykiatrien og somatikken. Et større kendskab til og anerkendelse af hinandens problematikker og forhindringer i frontlinjen vil ifølge Sygeplejerske H kunne bidrage til en mere helhedsorienteret indsats og et stærkere tværfagligt samarbejde, som sammen kunne skabe en bedre behandling af patienter med psykiske lidelser.

10.3.1 Delkonklusion

Ud fra frontlinjemedarbejdernes udtalelser om den interne arbejdskultur kan det konkluderes, at sprogbruget kan påvirke relationerne til patienterne og skabe en distance. Den negative omtale kan forstærke stigmatisering af patienter med psykiske lidelser, dog erkendes det, at det ikke nødvendigvis er et udtryk for direkte nedgørelse, men mere en personlig strategi, som benyttes i frustration over, at denne patientgruppe kan være komplicerede og dermed svære at håndtere følelsesmæssigt. Dette kan dermed skabe en kløft mellem de 'normale' og de 'afvigende', hvilket kan øge distancen og føre til utilsigtet diskrimination. Samtidig må det erkendes at arbejdet med sårbare og komplekse patienter kan være følelsesmæssigt belastende, dog er det vigtigt, at disse frustrationer ikke overskygger den forpligtelse frontlinjen har i forhold til at møde patienterne med

respekt og forståelse for deres livssituation. Dermed er det fordelagtigt, at frontlinjen arbejder aktivt med deres forståelse, for at kunne opbygge en ny og mere nuanceret forståelse af patientgruppen, hvilket kan bidrage til en mere professionel tilgang, for at kunne imødekomme de etiske forudsætninger og møde patienten som et ligeværdigt menneske.

Ud fra frontlinjemedarbejdernes beretninger om den eksterne arbejdskultur kan det konkluderes, at flere mekanismer kan være med til at forårsage stigmatiseringen i akutmodtagelsen. Tværfagligt samarbejde kan ubevidst have indflydelse på frontlinjens opfattelse og tanker om patienten og påvirke grundelementet i skønnet. Det kan dermed ansues som en etisk problemstilling, og kan føre til et strukturelt og organisatorisk svigt, der bidrager til ulighed i sundhed.

Ydermere kan det konkluderes, at der er behov for et forbedret samarbejde mellem psykiatrien og somatikken for at opnå bredere kendskab og større respekt for hinandens specialer, så afdelingerne bedre kan spille sammen på tværs. Dette vil også kunne medvirke til en helhedsorienteret behandling af patienter med psykiske lidelser.

11. Diskussion af metode

Dette afsnit rummer en refleksion over de metodologiske valg, specialegruppen har truffet, og hvordan disse valg har påvirket undersøgelsens validitet og reliabilitet. Da specialegruppen er tæt på feltet og aktivt medskaber af data, er det særligt vigtigt at forholde sig kritisk til, hvordan tilgang, position og metodevalg former både indsamlingen og fortolkningen af empiri.

Specialegruppen har som nævnt valgt casestudiet som undersøgelsens designform. Dette har muliggjort en dybdegående forståelse af frontlinjens individuelle oplevelser i en specifik kontekst, nærmere bestemt akutmodtagelsen på Aalborg Universitetshospital. Det kan dog diskuteres, om et andet design kunne have bidraget til et bredere perspektiv. Et komparativt studie med flere danske akutmodtagelser ville have styrket undersøgelsens overførbarhed og givet mulighed for at identificere forskelle og ligheder på tværs af afdelinger. Dette kunne bidrage til en større forståelse af selve emnet end blot den specifikke kontekst. Den valgte designform vurderes dog fortsat at være relevant og meningsfuldt i forhold til specialets problemformulering, idét denne enkelte case kan danne grundlag for generalisering, og dermed bidrage til videnskabelig udvikling enten som et supplement eller et alternativ til andre metoder som bl.a. et tværsnitsstudie eller mere kvantitative data (Flyvbjerg, 2020). Det kunne her være særligt relevant at bruge specialets fund som supplement til at udarbejde spørgeskemaer til andre akutmodtagelser, for at undersøge om lignende problematikker gør sig gældende.

I udvælgelsen af specialets case fremhæves det, at denne er valgt af strategiske årsager, da der på dette område er et videnshul, hvormed undersøgelsen kan bidrage til ny viden samt generalisering. Derudover har udvælgelsen også båret præg af praktiske årsager grundet adgangen til praksisfeltet. Denne adgang har muliggjort at begge forskere har indgået i en dagvagt for at opnå en forståelse af og indsigt i kompleksiteten af frontlinjens beslutningsprocesser. Det har bidraget med visheden om, hvilke barrierer der kunne opstå i forbindelse med akutmodtagelsen som undersøgelsesfelt, men også en viden om, hvad der var tilgængeligt og muligt. Det kan diskuteres om forskernes kendskab til det sundhedsfaglige felt og dermed faglige interesse og engagement i emnet også har haft indflydelse på caseudvælgelsen. I forlængelse heraf kan det diskuteres, om emotionelle faktorer ubevidst har spillet en central rolle i casens udvælgelse grundet denne særlige interesse og tilknytning til casens felt (Flyvbjerg, 2020). Bevidsthed om emotionelt motiveret udvælgelser åbner

op for en erkendelse af, at forskningsprocesser sjældent er helt neutrale eller udelukkende drevet af strategiske årsager. Emotionelle relationer, personlig interesse og tidligere erfaringer med feltet kan have haft indflydelse på motivationen for at undersøge netop denne kontekst (Flyvbjerg, 2020). Dette kan have skabt et særligt engagement og en dybere forståelse for feltet, men ligeledes indebære en risiko for at overse bestemte udfordringer eller antage en forhåndsforståelse, som kan præge både dataindsamling og fortolkning. Det kan desuden diskuteres, om emotionelle årsager har haft lige så stor indflydelse på caseudvælgelsen som strategiske og praktiske årsager eller om det førstnævnte blot har haft en sekundær betydning. Dette valg kan have betydning for undersøgelsens validitet og reliabilitet.

Validiteten kan blive påvirket i den grad, at forskernes forudgående kendskab til feltet og relationer til informanter potentielt kan medføre bias i både dataindsamling og analyse, idet der kan være en tendens til at bekræfte eksisterende antagelser fremfor at udfordre dem. Dette kan medføre, at visse perspektiver fremhæves, mens andre underrepræsenteres, hvilket kan mindske undersøgelsens troværdighed og evne til at repræsentere feltet bredt. For at imødekomme denne potentielle skævvridning er der dog truffet metodiske valg, herunder at det primært var den forsker, som ikke havde en forudgående relation til feltet, der varetog interviewene. Dette skal ses som et forsøg på at skabe en mere neutral tilgang til dataindsamlingen og dermed styrke validiteten gennem øget objektivitet i interaktionen med informanterne. Derudover har specialegruppen også forsøgt at imødekomme udfordringer ved at benytte den hermeneutiske tilgang, som er beskrevet under specialegruppens videnskabsteoretiske retning, hvor forskernes baggrund for forforståelsen er nedskrevet og anvendes aktivt i interviewguiden samt analysen. Reliabiliteten kan blive påvirket i form af, at andre, som ikke har samme eksisterende relationer samt tilknytning til feltet, må have sværere ved at få adgang til feltet og skabe samme grad af tillid til informanterne. Dette kan gøre det vanskeligt at gentage undersøgelsen med samme resultater og dermed udfordre undersøgelsens generaliserbarhed.

Ses der på valget af teorier, har disse i høj grad været med til at strukturere empirien og analysen. Teorierne har givet en klar ramme i forhold til at kunne forstå den indsamlede data, men de har samtidig også haft nogle begrænsninger. Specialegruppen har gennem undersøgelsen valgt at arbejde deduktivt, hvor der er taget udgangspunkt i bestemte teoretiske antagelser, som er forsøgt bekræftet gennem data. Dette kan have reduceret en åbenhed overfor uventede eller nye

fænomener, som ikke umiddelbart passede ind i den valgte teoretiske ramme. Et eksempel herpå kunne være, at specialegruppen har haft en tendens til at fokusere på det, der bekræfter den valgte teori, frem for at udforske afvigelser eller nye mønstre i empirien, herunder informanternes udtalelser. Teorien kan i den forstand have virket som et filter, der både har hjulpet, men også begrænset gruppens forståelse. Var der tværtimod arbejdet mere induktivt og dermed empiristytet, kunne der potentielt være blevet opdaget fænomener, som ikke umiddelbart var forudset af teorien. Dette kunne have givet anledning til udvikling af ny teori eller en mere nuanceret forståelse af det undersøgte fænomen. I forhold til kvalitetskriteriet validitet, kan det derfor diskuteres, om den teoretiske forståelse har været form for bias. Herunder om gruppen eksempelvis har været selektive i fortolkningen af citater eller data for at få dem til at passe ind i den valgte teori. Dette er dog væsentlige overvejelser, som specialegruppen har forsøgt at imødekomme gennem blandt andet Kvale og Brinkmanns interviewanalyse og den hermeneutiske tilgang samt fortolkning. Det afspejles i gruppens tilgang i analysen, hvor der er arbejdet iterativt, således at de indledende fortolkninger gradvist blev justeret på baggrund af en dybere indsigt i datamaterialet samt forståelse af den anvendte teori. Gruppen har dermed bevæget sig frem og tilbage mellem konkrete citater, overordnede temaer samt teori for løbende at nuancere og uddybe forståelsen.

Specialegruppens valg af interviews som dataindsamling, er som nævnt anvendt for at opnå et dybdegående indblik i frontlinjens holdninger og oplevelser. Denne dataindsamlingsmetode har været særlig fordelagtig og anvendelig i specialet. Dog kunne specialets kvalitet og validitet være øget ved at have benyttet metodetriangulering. Hvis det havde været muligt indenfor tidsrammen at anvende observationsstudier som supplerende dataindsamling, kunne det have givet en faktisk indsigt i, hvordan sygeplejersker og læger interagerer med patienter med psykiske lidelser, deres arbejdsgange og de organisatoriske rammers betydning. Observationer kunne være særligt fordelagtige, da disse kan fange meget af det, som er styret af rutiner, vaner og tavs viden i sundhedsvæsenet. Det er ofte ting der er svære at sætte ord på, da det kan være selvfølgeligheder for frontlinjen, eller fordi det er socialt følsomt. Ved at kombinere flere metoder, ville forskellige typer data opnås og dermed resultere i mere pålidelig data og en mere nuanceret forståelse af fænomenet (Monrad & Olesen, 2018). Ydermere kunne det afsløre ubevidst stigmatisering og de mekanismer, der har indvirkning herpå. Dette til trods valgte specialegruppen interviews som dataindsamling ud fra etiske overvejelser, da patienter med psykiske lidelser på en akutmodtagelse

ofte befinder sig i alvorlige og sårbare situationer. Så selvom et observationsstudie kunne have bidraget med værdifulde indsigter i frontlinjens interaktioner og praksis i håndtering af patienter med psykiske lidelser, må det betragtes som etisk ukorrekt, da det kunne medføre krænkelse af patienternes privatliv, værdighed og autonomi, samt risiko for yderligere stigmatisering. Derudover kan det formodes, at det i nogle situationer kan være vanskeligt at indhente et troværdigt informeret samtykke. Dernæst er det væsentligt at overveje risikoen for informationsbias ved direkte observation, idét at patienten og frontlinjen muligvis vil interagere anderledes og/eller opføre sig mere ordentligt, når der er en ekstra observerende person i rummet.

Som nævnt tidligere, ville specialegruppen anvende en strategisk og målrettet udvælgelse af informanter, for at opnå højere grundlag for generaliserbarhed (Monrad, 2018). Specialegruppen havde gjort sig klare tanker om at udvælge informanter med forskellige karakteristika, med variation af alder, anciennitet og uddannelse. Denne strategiske udvælgelse viste sig at være særlig vanskelig og kunne ikke imødekommes på akutmodtagelsen, grundet travlhed og sygdom i personalegruppen. Det medførte, at de informanter som blev interviewet, ikke var udvalgt af specialegruppen, men ud fra hvem der var tilgængelig på det givne tidspunkt. Således blev udvælgelsen af informanterne snarere har været en simpel tilfældig udvælgelse i stedet for en strategisk udvælgelse. Dog viste det sig, at der var tilfældigt stor variation i informanterne, trods specialegruppen var uden indflydelse. Ydermere var specialegruppen udfordret på at garantere informanterne fyldestgørende anonymitet, da lederne var til stede i akutmodtagelsen i dagstid og derved kunne opnå indblik i, hvem der blev interviewet. Det kunne formodes at have en væsentlig betydning for informanternes tryghed i interviewsituationen og dermed troværdigheden og ærligheden i deres udtalelser. Denne problematik kunne formentlig have været undgået, hvis interviewene fandt sted i aftenvagten.

Specialegruppens valg og refleksioner over, hvem der skulle varetage rollen som primær interviewer, viste sig at være fordelagtig i interviewene med sygeplejerskerne, hvor forskeren uden arbejdskendskab til akutmodtagelsen varetog interviewene. Det bidrog blandt andet til nye synspunkter og perspektiver på informanternes udtalelser. Derimod viste det sig som en hindring i interviewene med lægerne. Det blev tydeligt, at forskeren uden arbejdskendskab til akutmodtagelsen mødte en begrænsning i dialogen med lægerne, da kendskabet til fagsproget var begrænset. Det gjorde det svært at fange nuancer og at stille uddybende og opfølgende spørgsmål.

Derfor blev der et naturligt skift i rollen som den primære interviewer, hvor forskeren med arbejdskendskab til akutmodtagelsen overtog interviewene med lægerne. Dette medførte en mere flydende samtale og gjorde det lettere at stille præcise og opfølgende spørgsmål. Derved anvendte specialegruppens medlemmer deres individuelle kvalifikationer og styrker i interviewene, på den mest optimale og hensigtsmæssige måde. Den sekundære forsker havde stadig muligheden for at stille supplerende spørgsmål, så der bevaredes en vis objektivitet gennem nye perspektiver, men samtidig kunne der også drages fordel af den erfaringsbaserede indsigt.

Grundet undersøgelsens tabubelagte og emotionelle emne viste det sig at være mere krævende at opnå tillid og åbenhed hos informanterne, end specialegruppen først havde antaget. På trods af en bevidst anerkendende tilgang viste det sig i nogle tilfælde at være en langsommelig proces at få informanterne til at åbne op og dele deres oplevelser. Dette understreger vigtigheden af specialegruppens relationelle indsats og anerkendende tilgang, som har haft en afgørende betydning for undersøgelsens dybde og kvalitet.

I henhold til Flyvbjergs definition af et atypisk casestudie kan specialets fund have en metodisk betydning for overførbareheden (Flyvbjerg, 2020). Casen er bevidst udvalgt på grund af sine særlige karakteristika, der afviger fra det typiske inden for feltet, idet akutmodtagelsen på Aalborg Universitetshospital adskiller sig fra andre akutmodtagelser grundet sin størrelse, patientflow og kompleksitet, hvilket kan betyde, at nogle af de udfordringer og dilemmaer der opleves af informanterne, udspiller sig anderledes eller på et andet niveau. Det vurderes dog, at der er en vis grad af overførbarehed da det kan formodes at mange af de grundlæggende arbejdsvilkår og organisatoriske rammer er sammenlignelige. Det vil sige, at selvom fundene ikke uden videre kan overføres direkte til andre kontekster, kan de have analytisk værdi. Ved at tydeliggøre de specifikke forhold, der gør sig gældende i casen, er det muligt for sundhedsfaglige i frontlinjen og andre relevante aktører at vurdere, i hvilken grad fundene kan give indsigt i og en forståelse af lignende rammer. Overførbareheden afhænger således i høj grad af kontekstuelle ligheder og af modtagerens vurdering. Ydermere kan specialets fund anvendes til yderligere forskning inden for feltet.

12. Diskussion af analytiske fund

I dette afsnit diskuteres udvalgte analytiske fund med fokus på, hvordan de kan danne grundlag for konkrete forbedringsforslag. Diskussionen tager afsæt i den indsamlede empiri og søger at belyse centrale problemstillinger og mulige tiltag i relation til undersøgelsens kontekst.

I specialets analyse fremgår det tydeligt, at flere frontlinjemedarbejderne oplever, at de mangler de nødvendige kompetencer og erfaringer, som de anser for afgørende i arbejdet med patienter med psykiske lidelser i akutmodtagelsen. Denne oplevelse af utilstrækkelighed har ifølge frontlinjemedarbejderne en betydning for interaktionen med patienterne, og kan medvirke til at forstærke stigmatisering af patientgruppen. Dette problem skyldes ikke manglende vilje til at hjælpe, men mere en følelse af ikke at være faglig kompetent til at håndtere patienter med psykiske lidelser på samme niveau som patienter med udelukkende somatiske problemstillinger. Det kan diskuteres, om det er rimeligt at forvente, at nyuddannede eller sundhedsfaglige uden særlig praktisk erfaring skal kunne agere og navigere i dette miljø uden yderligere uddannelse i håndteringen af denne patientgruppe. I tillæg til følelsen af utilstrækkelighed, medfører denne oplevelse af manglende kompetence og uddannelse en risiko for, at medarbejderne med manglende erfaring kan blive mentalt overbelastet, hvilket kan føre til mistrivsel, påvirkning af arbejdsmiljøet samt kvaliteten af behandlingen. Dette kan i værste fald forstærke stigmatiseringen af patientgruppen og føre til ulighed i sundhed, og dermed ubevidst skabe en kløft mellem de 'normale' og 'afvigerne'. Disse oplevelser rejser spørgsmålet, om der i ansættelsesprocessen for personalet bør indføres mere specifikke krav til erfaring og kompetencer i forhold til patienter med komplekse problemstillinger, og om der i højere grad bør være en systematisk kompetenceudvikling og supervision som en fast del efter ansættelsen. Herved muliggøres det, at frontlinjen kan mestre både de etiske og faglige dilemmaer, som kan opstå i krydspreset. Ydermere bør det overvejes, om der skal stilles formelle krav til erfaring for ansatte i akutmodtagelser, netop for at styrke kvaliteten i behandlingen og mindske risikoen for utilsigtet stigmatisering.

Analysen pegede ligeledes på et manglende samarbejde mellem akutmodtagelsen og psykiatrien. Frontlinjen beretter, at der mangler en fælles forståelse af hinandens specialer og faglige ansvarsområder. En mangel på gensidig forståelse kan gøre det vanskeligt at give den mest optimale behandling i forhold til patientens præferencer og kliniske behov. Frontlinjemedarbejderne

udtrykker et ønske om at kunne gøre mere for disse patienter, men oplever, at systemet forhindrer en helhedsorienteret behandlingsindsats. Det fremhæves eksempelvis, at der er et behov for at kunne tilkalde en psykiater akut, på lige fod med andre specialer, og en undren over, hvorfor der ikke findes et akutkald til en psykiater. Dette eksempel kan sættes i relation til statistikken, som viser at hver femte dansker rammes af en psykisk lidelse årligt. Det er relevant at diskutere, om de eksisterende organisatoriske rammer er tidssvarende og tilpasset den virkelighed, frontlinjen står i, eller om der er behov for en revurdering af rammerne på akutmodtagelsen.

I praksis betyder den nuværende opdeling mellem somatikken og psykiatrien, at patienter med psykiske lidelser, som kommer ind i akutmodtagelsen grundet en somatisk lidelse, vil blive behandlet for det fysiologiske primært og først derefter inddrages psykiatrien. Det vil sige, at hvis patienten har forsøgt selvmord, vil de fysiologiske konsekvenser heraf først blive behandlet og patienten vil derefter blive indlagt på et somatisk sengeafsnit indtil disse er færdigbehandlet. I sådanne tilfælde modtager psykiatrien først patienten, når den somatiske tilstand er stabil. Det er værd at huske, at et selvmordsforsøg, som har medført behov for egentlig indlæggelse til behandling på en somatisk afdeling, som regel er et meget alvorligt forsøg. Det kan således antages, at det netop er disse patienter, der har akut brug for psykiatrisk behandling. I andre tilfælde hvor alvorlighedsgraden ikke er så omfangsrigt, kan patienten gå direkte på psykiatrisk skadestue efter endt behandling på akutmodtagelsen. Denne nuværende opdeling kan føre til forsinkelse i den samlede behandling og medfører en risiko for, at patienten forlader hospitalet, inden den psykiatriske vurdering eller behandling er igangsat, da patienten eksempelvis skal vente på ny i den psykiatriske skadestue. Hvis patienten skal leve op til kravet om dobbeltindlæggelse, altså behandling for både det somatiske og det psykiske i samme ombæring, kan det kun lade sig gøre, hvis der er tale om tvangsbehandling og -indlæggelse. Det betyder, at patienter med psykiske lidelser kun kan blive tilset og behandles af begge fagligheder samtidig, hvis de befinder sig i de mere ekstreme tilfælde. Det kan efterlade frontlinjemedarbejderne i et komplekst krydspres, hvor faglig vurdering risikerer at blive reduceret til en juridisk overvejelse i henhold til bekendtgørelse om lov af tvang (Retsinformation, 2015): Er patienten syg *nok* til tvang, så frontlinjen kan få lov til at behandle det, der er nødvendigt? Konsekvensen er en etisk og faglig belastning for frontlinjen, da de ofte møder sårbare patienter i krise. De befinder sig dermed i dilemmaet om ikke at give den nødvendige behandling eller afvendte på en eskalering, så tvang kan anvendes. Systemet tvinger

dermed frontlinjen til at vente, til det går galt. En tidlig og helhedsorienteret indsats bliver reelt umulig, fordi tvangskriterierne ikke er opfyldt.

Der er således behov for et mere sammenhængende sundhedsvæsen, hvor psykiatrien og somatikken arbejder tættere sammen i behandlingen af patienter i tilfælde hvor den psykiske og somatiske problemstilling ikke kan adskilles entydigt, da begge spiller en rolle i patientens aktuelle problemstilling og behov. Dernæst kan det diskuteres, om det politiske fokus på at styrke integrationen mellem somatik og psykiatri ved at samle specialerne er tilstrækkeligt. En optimering heraf forudsætter en ændring i samarbejdskulturen, hvor faggrupperne i højere grad opnår en indsigt i hinandens arbejdsområder og opgaver. Dette kunne blandt andet opnås ved følgevagter, hvor frontlinjen roterer på tværs af somatik og psykiatri. Uden denne indsigt, er det kompliceret at vide hvornår og hvordan specialerne kan supplere hinanden og dermed yde den bedste behandling for patienter med psykiske lidelser.

Udover et ønske om bedre indsigt i hinandens specialer, efterspørger frontlinjen også en bredere forståelse af deres arbejde fra patienternes side. Patienter med en psykisk lidelse og tilsvarende lang sygdomshistorik forventer ofte, at frontlinjen i akutmodtagelsen har en forudgående viden om dette, når de møder dem. Ifølge informanterne er det i den kontekst ikke realistisk. I en ideel verden, uden overbelægning og med tilstrækkelige ressourcer, ville det både være realistisk og forventeligt, at frontlinjen læste den enkelte patients journal inden mødet, men sådan fungerer det ikke i praksis, hvilket peger på en strukturel udfordring. Patienternes forventning bidrager til en gensidig frustration, hvormed der opstår en kløft mellem patienternes forventning og det, som frontlinjen reelt kan tilbyde. Patienterne kommer muligvis med en oplevelse af, at sundhedsvæsenet fungerer som én samlet enhed, hvor deres tidligere kontakt med systemet står tydeligt og overskueligt i journalen og bruges aktivt i mødet med dem. I praksis er det dog langt fra tilfældet. Akutmodtagelsen modtager som nævnt ofte kun de mest basale oplysninger via ambulancemeldingen, hvilket betyder, at frontlinjen ikke har mulighed for at vide, hvad patienten tidligere har været igennem, medmindre patienten selv fortæller det eller frontlinjemedarbejderen når at læse journalen igennem.

Det kan derfor diskuteres, hvorvidt patienternes forventninger er præget af en forestilling om systemets sammenhæng, som ikke stemmer overens med den virkelighed, frontlinjemedarbejderne arbejder i. Når patienter oplever, at de skal gentage deres sygdomshistorie, eller at frontlinjen ikke

forstår hele konteksten, kan det skabe skuffelse og en følelse af ikke at blive taget alvorligt. Omvendt kan personalet føle sig urimeligt mødt, når de bliver holdt ansvarlig for noget, de ikke har haft mulighed for at forberede sig på. Der kan på den måde opstå en uheldig situation, hvor begge parter kan føle sig misforstået. Samtidig spiller det også ind, at nogle patienter kan have svært ved at kommunikere deres behov klart i en akut og sårbar situation, særligt hvis de er påvirkede psykisk og fysisk. Det stiller dermed endnu større krav til frontlinjens evne til hurtigt at danne sig et overblik og skabe kontakt, uden nødvendigvis at have alle oplysninger. I situationer som denne bliver patienternes forventninger ikke kun et spørgsmål om information, men også om den relationelle del. Når patienter ikke føler sig mødt med forståelse for deres livssituation, kan de komme til at tolke dette som manglende interesse, selvom det i virkeligheden handler om manglende tid, rammer og baggrundsviden. Dette kan få patienterne til at føle sig stigmatiseret uden at dette er frontlinjens hensigt. Det kan derfor diskuteres, om nogle af disse misforståelser muligvis kunne undgås, hvis patienterne havde en indsigt i, hvilket vilkår frontlinjemedarbejderne i akutmodtagelsen arbejder under, og hvilke begrænsninger der kan være i akutte situationer. For at imødekomme både patienternes behov og systemets begrænsninger bør den psykiske tilstand indgå som et fast punkt i den præhospitale ambulancemelding. Det vil give frontlinjen bedre forudsætninger for at modtage og behandle patienter med psykiske lidelser på et kvalificeret grundlag. Derudover bør der opsættes en informationsplakat i venteområdet, som tydeligt informerer patienterne om, hvilke oplysninger der er vigtige at videregive til frontlinjemedarbejderne, herunder blandt andet symptomer og psykiske lidelser. Disse tiltag ville muligvis mindske risikoen for, at patienter oplever sig afvist og stigmatiseret, og at frontlinjen oplever sig misforstået og urimeligt bedømt.

13. Konklusion

I det følgende konkluderes specialegruppens analytiske fund, hvor specialets problemformuleringen besvares:

Hvordan oplever og håndterer frontlinjemedarbejderne i en akutmodtagelse stigmatisering i deres interaktioner med patienter med psykiske lidelser, og hvilke mekanismer i det akutte arbejde kan have en indvirkning på stigmatisering?

Det kan konkluderes, at manglende uddannelse og kompetencer er medvirkende til udvikling af afværgemekanismer hos frontlinjen i arbejdet med patienter med psykiske lidelser i akutmodtagelsen. Det har en betydning for håndteringen af denne patientgruppe og kan komplicere det videre behandlingsforløb. Ydermere kan det konkluderes, at de organisatoriske rammer har en afgørende rolle for frontlinjens handlerum og skøn, hvorved utilsigtede konsekvenser i form af ubevidst stigmatisering kan forekomme. Dette kan føre til en distancering til patienten, hvor det bliver vanskeligt - af og til umuligt - at tilrettelægge behandlingen ud fra patientens præferencer og behov. Som følge heraf er det væsentligt at stille formelle krav til erfaring og kompetencer for ansatte i akutmodtagelsen. Alternativt eller som supplement, er det nødvendigt at foretage systematisk kompetenceudvikling og supervision af nyuddannede. Dette ville kunne styrke kvaliteten i behandlingen og mindske risikoen for utilsigtet stigmatisering, idet frontlinjen må formodes at kunne mestre både de etiske og faglige dilemmaer i krydspreset. Herunder om frontlinjen skal gå på kompromis med enten behandlingen eller patientens præferencer i den konkrete situation.

Derudover kan det konkluderes, at manglende samarbejde mellem somatikken og psykiatrien medfører frustrationer og afmagt hos frontlinjen. Der er en oplevelse og anerkendelse af, at disse patienter falder mellem to stole, da systemet besværliggør imødekomme af patienter med psykiske lidelsers behov i akutmodtagelsen. Der er således behov for et mere sammenhængende sundhedsvæsen, hvor psykiatri og somatik arbejder tættere sammen i behandlingen af patienter i tilfælde hvor den psykiske og somatiske problemstilling og behov er overlappende. Ydermere kan det konkluderes at der er et ønske om, at patienterne har en forståelse for og indsigt i frontlinjens arbejde, da forventningerne hertil er urealistiske i praksis. Den psykiske tilstand bør derfor indgå i

ambulancemeldingen, og patienterne bør informeres om, hvilke oplysninger der er vigtige at videregive til frontlinjen, for at styrke modtagelsen og behandlingen af psykisk sårbare patienter. Dette ville bidrage til et mere ligeværdigt møde og undgå misforståelser, som kan forstærke følelsen af stigmatisering. Yderligere ville det kunne medføre en anerkendelse og forståelse af frontlinjens arbejde.

Ydermere kan det fastslås, at akutmodtagelsens rammer ikke kan rumme den menneskelige diversitet, da sundhedssektoren er organiseret til at tilgodese individer med "normale" kroppe og sindstilstande. Dette kan føre til ulighed i adgangen til og kvaliteten af sundhedsydelser for individer med psykiske lidelser, hvilket kan være med til at forstærke stigmatisering. Dette modsiger de globale og nationale politiske mål om lighed i sundhed, hvis opfyldelse kræver en grundlæggende justering af systemets rammer.

Det kan konkluderes at den interne arbejdskultur kan påvirke det relationelle, da den negative omtale af patienter med psykiske lidelser kan forstærke stigmatisering og medføre en kløft mellem de 'normale' og de 'afvigende', hvilket kan øge distancen og føre til utilsigtet diskrimination. Det er derfor essentielt, at frontlinjen formår at distancere sig fra egne og kollegaers frustrationer, så de kan møde patienterne med værdighed og forståelse for deres livssituation. Frontlinjen bør dermed arbejde aktivt med deres forforståelse, for at kunne opbygge en ny og mere nuanceret forståelse af patientgruppen og således etablere en mere professionel tilgang.

Ydermere kan det konstateres, at eksterne mekanismer kan forårsage yderligere stigmatisering i akutmodtagelsen. Tværprofessionelt samarbejde kan ubevidst have indflydelse på frontlinjens opfattelse og tanker om patienten og påvirke grundelementet i skønnet. Dette problematiserer den akutte behandling af samfundets mest sårbare og socialt udsatte borgere, og bidrager til ulighed i sundhed. Dette kan føre til, at patienten mister tilliden til systemet og muligvis undgår at søge hjælp næste gang vedkommende befinder sig i en kritisk situation.

Det kan konkluderes, at der er behov for et større indsigt i og forståelse for hinandens specialer på tværs af afdelingerne i somatikken og psykiatrien. En reel optimering heraf forudsætter en ændring i samarbejdskulturen. En større anerkendelse af de individuelle forhindringer vil kunne medvirke til en helhedsorienteret behandling af patienter med psykiske lidelser, da der opnås en viden om

hvornår og hvordan specialerne kan supplere hinanden og hvordan ressourcerne bedst kan fordeles. Dette ville kunne imødekomme patienternes fysiologiske og psykologiske behov i sundhedssystemet og mindske stigmatisering.

14. Perspektivering

I denne perspektivering vil faglige problemstillinger og nytilkomne politiske tiltag på området præsenteres og sættes i relation til specialets analytiske fund.

I specialets analytiske fund fremgår det tydeligt, at frontlinjen ikke føler, at de har faglige kompetencer eller erfaring nok til at håndtere patienter med psykiske lidelser i akutmodtagelsen. Derudover påpeger en læge, at hun helst undgår at sende KBU-lægerne ind til disse patienter, da de er meget komplekse. En nylig artikel fra marts 2025 understøtter denne bekymring. Henrik Ømark, formand for Dansk Selskab for Akutmedicin (DASEM) mener ikke, at KBU-læger hører til på en akutmodtagelse. Han nævner, at det simpelthen ikke er forsvarligt, hverken over for patienterne eller over for de mest uerfarne læger (Jessen, 2025). Han forklarer, at der på akutmodtagelserne er en masse uafklarede patienter, hvor der samtidig er et højt patientflow og et meget stort arbejdspress. Det kræver mere specialiserede kræfter at kunne håndtere dette forsvarligt (Jessen, 2025). Som det fremgår i specialets diskussion, kunne det være ønskeligt, at der i rekrutteringsprocessen blev stillet større krav til de faglige kompetencer og erfaring, ligesom systematisk kompetenceudvikling og supervision af nye medarbejdere ville være fordelagtigt. Et eksempel er Esbjerg Sygehus' akutmedicinske sektion, som ikke har haft KBU-læger siden den startede i den fælles akutmodtagelse i efteråret 2020 (Jessen, 2025). Dette netop med udgangspunkt i en tilsvarende overbevisning som hos DASEM, netop, at der slet ikke bør være KBU-læger på landets akutmodtagelser (Jessen, 2025). Specialets fund kan derfor ses i en større kontekst, da manglende faglige kompetencer ikke kun er et problem på Aalborg Universitetshospitals akutmodtagelse, men et nationalt problem på det akutte område i sundhedsvæsenet.

Som nævnt i problemfeltet er et af de politiske mål at forbedre integrationen mellem somatik og psykiatri organisatorisk og ledelsesmæssigt (Region Nordjylland, Psykiatrien, 2025). Dette sker i forbindelse med Sundhedsreformen, hvor det er et nationalt mål at give patienter bedre og mere sammenhængende behandling på tværs af somatiske og psykiske behandlingstilbud. Ultimo april blev det således besluttet i det nordjyske Regionsråd, at den samlede psykiatri skal integreres organisatorisk med Aalborg Universitetshospital. Ifølge Vibeke Gamst (K), formand for Psykiatri- og Socialudvalget i Region Nordjylland, kan denne organisationsændring bidrage til, at borgerne i regionen får et ligeværdigt psykiatrisk tilbud (Region Nordjylland, Psykiatrien, 2025). Ændringen

medfører en udvidelse af direktionen, og der vil blive oprettet et nyt vicedirektørområde for psykiatrien. Med disse midler mener Regionsrådet og andre relevante aktører, at regionen kan imødekomme det førnævnte nationale mål og sikre, at regionen kan komme godt i mål med den 10-årige plan for psykiatrien.

I denne beslutning er der således indtænkt forbedringer for psykiatrien, som både understøtter Sundhedsreformen og den 10-årige psykiatriplan. Der er dermed allerede vedtaget nogle tiltag, som kan imødekomme de problematikker, der tydeliggøres i specialets analytiske fund. Integrationen mellem somatik og psykiatri kan bidrage til et øget samarbejde mellem den somatiske akutmodtagelse og psykiatrien. På det nye Supersygehus kommer akutmodtagelsen og psykiatrien til at være placeret ved siden af hinanden med en enkelt dør imellem sig (Region Nordjylland, u.å.-d). Dette giver gode forudsætninger for, at specialerne bedre kan spare og hjælpe hinanden. Som de analytiske fund også viser, er en ændring af de organisatoriske rammer dog ikke helt tilstrækkeligt i forhold til et bedre samarbejde. Det kræver også, at specialerne opnår større indsigt i hinandens faglige kompetencer, hvilket forudsætter en ændring i samarbejdskulturen i selve organisationen. Det kan derfor være et bekymringspunkt, hvis det antages, at samarbejdet mellem somatik og psykiatrien bliver optimalt blot ved denne integration.

I sidste kvartal af 2024 udkom det regionale budgetforlig for 2025, som afspejler sundhedsreformens overordnede mål om at skabe mere lighed i sundhed. Det ses blandt andet ved, at der er afsat fire millioner til at sikre en mere ligeværdig behandling af socialt udsatte borgere (Region Nordjylland, u.å.-b). Denne opgave skal løftes ved hjælp af repræsentanter fra Udsatterådet i regionen, som skal beslutte, hvordan midlerne anvendes på den mest hensigtsmæssige og frugtbare måde (Region Nordjylland, 2024-b). Udsatterådet har en særlig viden om socialt udsatte borgeres behov på sundhedsområdet og skal derfor bidrage til at skabe større lighed i forbindelse med forebyggelse og behandlingstilbud. Medlemmerne af Udsatterådet udgør regionale ansatte, regionalpolitikere og NGO-repræsentanter (Region Nordjylland, 2024-b). I april 2025 besluttede rådet, at midlerne skulle bruges til at oprette et tværfagligt team, som skal skabe forankring i akutmodtagelserne i Region Nordjylland. Teamet skal arbejde med den kompleksitet af problemstillinger, som ofte karakteriserer socialt udsatte borgeres sundhedsudfordringer og skal på denne måde være med til at forbedre behandlingen og forløbene for disse borgere. De fagprofessionelle, som skal ansættes i teamet, er specialister på socialområdet og får uddannelse i

kommunikation og håndtering af udfordringer fra patientgruppen. På denne måde skal det sikre et sammenhængende og effektivt patientforløb. Det forventes at denne indsats kaster en langsigtet positiv effekt af sig, så borgergruppens aktuelle belastning af hospitalerne reduceres og således frigør ressourcer til akut behandling af andre patienter (DKSundhed, 2025). I specialets analytiske fund tydeliggøres det, at modtagelsen af denne patientgruppe ofte ender ud i frustrationer og afmagt, da frontlinjen ikke kan tilbyde den nødvendige behandling og det medfører, at patienterne gentagne gange falder mellem to stole. Det kan her formodes, at det nyoprettede tværfaglige team kan have en positiv effekt på denne problemstilling. Frontlinjen får mulighed for at henvende sig til teamet og få den nødvendige støtte og viden til at udarbejde en helhedsorienteret indsats og et sammenhængende forløb for den enkelte patient. Dette kan muligvis forhindre stigmatisering, da patienternes behov kan imødekommes og frontlinjen på denne måde kan føle at arbejdet med psykiatriske og komplekse patienter bliver meningsfuld og givende. Dog kan det være tvivlsomt, hvor meget det tværfaglige team kan reducere stigmatisering i den akutte fase, da det kan formodes at frontlinjemedarbejderen ikke har tid til at kontakte teamet, men umiddelbart handler ud fra sin egen overbevisning. Igen er det væsentligt at den enkelte frontlinjemedarbejder opkvalificeres og udvikler kompetencerne til den givne situation.

Specialets analytiske fund kan dermed bidrage til en øget politisk indsigt, som forhåbentlig kan understrege hvor stort og komplekst dette område er, og hvilket krydspres frontlinjen ofte befinder sig i. Derudover kan specialegruppens analytiske fund bidrage til en mere nuanceret viden og klargøre, hvilke problemstillinger som opstår i praksis og hvilke systematiske tiltag som er nødvendig for frontlinjen for at følge samfundsudviklingen og undgå unødigt stigmatisering af psykiatriske og sårbare patienter.

15. Referenceliste

- Bjerger, B., Jensen, U. J., & Olsen, J. (2021). Ulighed i sundhed. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, (35), s. 7-21.
- Bøggild Christensen, A. (2021). *Socialrådgiveren i frontlinjen: en introduktion til street-level bureaucracy i socialt arbejde* (1. udg.). Hans Reitzel.
- Christensen, S. B. L., Valentin, G., Jensen, M. M., & Brødløs, J. S. (2022, Marts). *Hvordan har du det? Sundhedsprofil for Nordjylland 2021*. Region Nordjylland. https://rn.dk/-/media/Rn_dk/Til-sundhedsfaglige/Folkesundhed/Sundhedsprofil/2021/Rapporter/Sundhedsprofil_web.pdf
- Danske Regioner. (2024, 20. december). *Nøgletal for psykiatrien 2024*. Danske Regioner. <https://www.e-pages.dk/regioner/239/>
- DKSundhed. (2025, 13. april). Patienter med dobbeltdiagnoser får ringere akutbehandling. *DKSundhed*. Hentet 7. maj, 2025, fra <https://www.dk-sundhed.dk/artikel/patienter-med-dobeltdiagnoser-faar-ringere-akutbehandling>
- En af os. (2023, 20. september). *Hvad er stigmatisering? EN AF OS*. Sundhedsstyrelsen. Hentet 17. februar, 2025, fra <https://www.sst.dk/da/en-af-os/Fakta-og-viden/Stigmatisering>
- Falster, E. S. (2024). *Ableisme: magt, menneskesyn og myten om den normale krop* (1. udg.). Samfundslitteratur.
- Flyvbjerg, B. (2020). Fem misforståelser om casestudiet. In S. Brinkmann & L. Tanggaard (red.), *Kvalitative metoder: en grundbog* (3. udg., s. 463-487). Hans Reitzel.
- Frederiksen, M. (2018). Kapitel 3: Design. In M. Monrad & S. P. Olesen (red.), *Forskningsmetode i socialt arbejde* (1. udg., s. 83-106). Hans Reitzel.
- Goffman, E. (2010). *Stigma: om afvigerens sociale identitet* (2. udg.). Samfundslitteratur.

Goffman, E. (2014). *Hverdagslivets rollespil* (1. udg.). Samfundslitteratur.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet. (2024, november 15). *Aftale om sundhedsreform 2024*. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Hentet 17 februar, 2025, fra https://www.ism.dk/Media/638682281997250085/01-Aftale-om-sundhedsreform-2024_TILG.pdf

Indenrigs- og sundhedsministeriet. (u.å.). *Rapport bekræfter ulighed i somatisk behandling for patienter med psykisk sygdom*. Indenrigs- og sundhedsministeriet. Hentet 18 februar, 2025, fra <https://www.ism.dk/nyheder/2023/januar/rapport-bekraefter-ulighed-i-somatisk-behandling-for-patienter-med-psykisk-sygdom>

Ingemann, J. H., Kjeldsen, L., Nørup, I., & Rasmussen, S. (2018). *Kvalitative undersøgelser i praksis: Viden om mennesker og samfund* (1 udg.). Samfundslitteratur.

Jacobsen, C. B., Martin, H. M., Andersen, S. L., Christensen, R. N., & Bengtsson, S. (2010). *Stigma og psykiske lidelser: som det opleves og opfattes af mennesker med psykiske lidelser og borgere i Danmark*. SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd. <https://www.vive.dk/media/pure/4419/273339>

Jespersen, E. B. (2024, 1. juli). *Socialt udsattes brug af sundhedsvæsenet*. KL. Hentet 2. marts, 2025, fra <https://www.kl.dk/media/nc5o3g5z/socialt-udsattes-brug-af-sundhedsvaesenet.pdf>

Jessen, B. (2025, 14. marts). *Ugeskrift for læger*. Lægefagligt selskab: KBU-læger skal ikke være i akutmodtagelsen. Hentet 7. marts, 2025, fra <https://ugeskriftet.dk/nyhed/laege-fagligt-selskab-kbu-laeger-skal-ikke-vaere-i-akutmodtagelsen>

Juul, S. (2018). Kapitel 12: Videnskabsteoretiske kontroverser i forskningen i socialt arbejde. In M. Monrad & S. P. Olesen (red.), *Forskningsmetode i socialt arbejde* (1. udg., side. 319-346). Hans Reitzel.

- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Interview: Det kvalitative forskningsinterview som håndværk* (3. udg.). Hans Reitzels Forlag.
- Larsen, K., & Sodemann, M. (2024). *Ulighedens drejebog: sådan virker social ulighed i sundhed* (1. udg.). Samfundslitteratur.
- Lipsky, M. (2010). *Street-Level Bureaucracy, 30th Anniversary Edition: Dilemmas of the Individual in Public Service*. Russell Sage Foundation.
- McIntosh, J. (2023, maj). Emergency department nurses' perceptions of caring behaviors toward individuals with mental illness: A secondary analysis. *International Emergency Nursing*, (68), 6. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1755599X23000101?via%3Dihub>
- Mik-Meyer, N., & Villadsen, K. (2007). *Magtens former: sociologiske perspektiver på statens møde med borgeren* (1. udg.). Hans Reitzels Forlag.
- Monrad, M. (2018). Tilvirkning af data. In S. P. Olesen (red.), *Forskningsmetode i socialt arbejde* (1. udg., s. 107-144). Hans Reitzel.
- Monrad, M., & Olesen, S. P. (2018). Kapitel 11: Kvalitet og Kritik. In M. Monrad & S. P. Olesen (red.), *Forskningsmetode i socialt arbejde* (1. udg., s. 293-318). Hans Reitzel.
- O'Boyle, N. (2022). *Communication Theory for Humans: Communicators in a Mediated World*. Springer Nature Switzerland AG.
- Olesen, S. P. (2018). Kapitel 5: Analysestrategi. In M. Monrad & S. P. Olesen (red.), *Forskningsmetode i socialt arbejde* (1. udg., s. 145-169). Hans Reitzel.
- Olesen, S. P., & Monrad, M. (2018). Indledning. In M. Monrad & S. P. Olesen (red.), *Forskningsmetode i socialt arbejde* (1. udg., s. 9-31). Hans Reitzel.

Østerskov, M. (2006). *Kultur og fordomme gør blind*. Sygeplejersken, (3), 50–53.

<https://dsr.dk/fag-og-udvikling/sygeplejersken/fagbladet-sygeplejersken/sygeplejersken-2006-3/kultur-og-fordomme-goer-blind/>

Petersen, A. F. (2021). *Stigmatisering af psykisk sygdom* (1. udg.). Ex Tuto.

Psykiatrifonden. (u.å.). *Tabu om psykisk sygdom*. Psykiatrifonden. Hentet 17. februar, 2025, fra

<https://psykiatrifonden.dk/viden/temaer/tabu-fordomme/tabu-om-psykisk-sygdom>

Region Nordjylland. (u.å.-a). *Akutmodtagelse, Aalborg*. Region Nordjylland, Aalborg Universitets-

hospital. Hentet 20. marts, 2025, fra <https://aalborguh.rn.dk/Afsnit-og-ambulatorier/Akut-og-Traumecenter/Afsnit/Akutmodtagelse>

Region Nordjylland. (u.å.-b). *Budgetaftale 2025*. Region Nordjylland. Hentet 7. maj, 2025, fra

https://rn.dk/-/media/Rn_dk/Om-Region-Nordjylland/Budget-og-regnskab/Budget-2025/Budgetaftale-2025.pdf

Region Nordjylland. (u.å.-c). *Psykiatrisk Skadestue*. Region Nordjylland. Hentet 20. marts, 2025, fra

<https://psykiatri.rn.dk/Afdelinger/Psykiatrisk-Skadestue>

Region Nordjylland. (u.å.-d). *Kig dig omkring i de forskellige bygninger*. Region Nordjylland, Byg

Hospitalsbyen. Hentet 7. maj, 2025, fra <https://byghospitalsbyen.rn.dk/>

Region Nordjylland. (2024, 4. april-a). *Ledelse og organisering*. Region Nordjylland, Aalborg Univer-

sitetshospital. Hentet 12. maj, 2025, fra <https://aalborguh.rn.dk/Service/Om-Aalborg-Universitetshospital/Ledelse-og-organisering>

Region Nordjylland. (2024, 28. november-b). *Udsatterådet*. Region Nordjylland. Hentet 7. maj,

2025, from <https://rn.dk/politik/udsatteraadet>

- Region Nordjylland. (2025, 29. april). *Psykiatri og somatik bliver organisatorisk samlet i Aalborg Universitetshospital*. Region Nordjylland, Psykiatrien. Hentet 5. maj, 2025, fra <https://psykiatri.rn.dk/da/Service/Nyhedsbase/Nyhed?id=%7BD092D626-0F97-4E94-B16C-4F53FCA3DAEF%7D>
- Retsinformation. (2015, 29. september). *Bekendtgørelse af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien*. Retsinformation. Hentet 18. maj, 2025, fra <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2015/1160>
- Sundhedsministeriet. (2022, september). *Aftale om en 10-årsplan for psykiatrien og mental sundhed*. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Hentet 17. februar, 2025, fra https://www.ism.dk/Media/637998818153312977/Psykiatriaftale_2022_FinalVersion.pdf
- Sundhedsstyrelsen. (2022, 13. januar). *Sundhedsstyrelsen*. Bedre mental sundhed og en styrket indsats til mennesker med psykiske lidelser. Hentet 5. maj, 2025, fra https://www.sst.dk/-/media/Fagperson/10-aarsplan-for-psykiatrien-og-mental-sundhed/Fagligt-opl%C3%A6g-til-en-10-%C3%A5rsplan/Fagligt-oplaeg_pixieudgave.ashx?sc_lang=da&hash=8CAFF1EDA5176FFB916AED0FEE783546
- Sundhedsstyrelsen. (2023, 21. september). *Ny hjemmeside samler viden inspiration og erfaringer med afstigmatisering af psykisk lidelse*. Sundhedsstyrelsen. Hentet 17. februar, 2025, fra <https://www.sst.dk/da/nyheder/2023/Ny-hjemmeside-samler-viden-inspiration-og-erfaringer-med-afstigmatisering-af-psykisk-lidelse>
- Ugeskrift for Læger. (2005, 31. oktober). *En sammenligning af det amerikanske og det danske sundhedsvæsen*. Hentet 19. februar, 2025, fra <https://ugeskriftet.dk/nyhed/useumee-en-sammenligning-af-det-amerikanske-og-det-danske-sundhedsvaesen>

UNDP's nordiske kontor, Globale Gymnasier & Mellemfolkeligt Samvirke/VerdensKlasse. (u.å.). *De*

17 Verdensmål. Hentet 17. februar, 2025, fra <https://www.verdensmaalene.dk/>

World Health Organization (WHO). (2022, 8. juni). *Mental disorders*. World Health Organization

(WHO). Hentet 17. februar, 2025, fra <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>