



AALBORG UNIVERSITET

Socialsygeplejerskens praksisfelt i somatisk hospitalregi

Rannvá Nattestad Lervig, studienummer: 20220209

Speciale

Anslag inklusiv mellemrum: 161.658

Dato: 05.01.2026

Vejleder: Dorte Caswell

Kandidat i Socialt Arbejde

Aalborg Universitet, København

Institut for Sociologi & Socialt Arbejde

Abstract

This thesis examines how social nurses construct, perform, and negotiate social work practices in somatic hospital settings in Denmark, focusing on professional role formation, organizational positioning, cross-sectoral coordination, and stigma management in interactions with socially marginalized patients. The role of the social nurse represents an emerging professional function situated at the intersection of clinical healthcare and social work, operating within organizational environments primarily structured around medical logics and formal professional hierarchies.

The study adopts a qualitative, exploratory case study design based on five semi-structured interviews conducted at three hospitals across the Capital Region of Denmark and Region Sjælland. The analytical approach is abductive, integrating theoretical frameworks on professional jurisdictions and boundary work (Andrew Abbott), social practice and capital activation in institutional fields (Pierre Bourdieu), and interactional stigma negotiation, identity work, and face-work strategies (Erving Goffman). These perspectives enable a multi-layered analysis of how social nurses both adapt to and subtly challenge dominant institutional norms in everyday hospital practice.

The findings show that the social nurse's professional scope and capacity for action are deeply contingent on organizational culture, leadership endorsement, interprofessional trust, and the ability to mobilize capital—particularly social and cultural capital—to gain influence within the hospital field. While the role is formally low-visibility, in functions in practice as a vital form of cross-departmental and cross-sectoral brokerage, ensuring continuity of care, translating social complexity into clinical workflows, and mitigating institutional stigma that may compromise patient participation, dignity and equitable treatment. The study further demonstrates that stigma management is not patient-directed but also embedded in professional interactions, where social nurses engage in strategic identity work to legitimize their mandate without disrupting clinical authority structures.

The thesis contributes new analytical and practice-based knowledge to an under-researched professional domain in Denmark, highlighting the structural conditions that shape and limit hospital-based social work. It underscores the importance of strengthening institutional

legitimacy for social interventions in somatic healthcare and argues that social nurses play a crucial – yet precarious – role in advancing holistic, dignified, and socially equitable patient care pathway for marginalized populations.

The thesis ultimately concludes that integrating social work within somatic hospital regimes requires not only individual professional competencies but organizational recognition, interprofessional jurisdictional space, and sustained structural support to avoid the continued marginalization of the social domain in Danish healthcare systems.

Indholdsfortegnelse

<i>Abstract</i>	1
<i>Indledning</i>	6
Min forforståelse og undren	6
Specialets fokus og relevans.....	7
<i>Begrebsafklaring</i>	8
Socialt arbejde	8
Social udsathed	8
<i>Problemfelt</i>	10
Når idealer møder virkeligheden	10
Hospitalets rammer og patientens komplekse behov	10
Socialsygeplejerskens praksis i hospitalet	11
Eksisterende litteratur og videnskløft	12
Afgrænsning	14
<i>Problemformulering</i>	14
Underspørgsmål	14
<i>Videnskabsteoretisk perspektiv</i>	15
Hermeneutikken.....	15
Forforståelse og horisontsammensmeltning	15
Hermeneutikken som analysemetode	16
<i>Metode</i>	17
Casestudie som forskningsdesign	17
Præsentation af specialets case	18
Udvikling af casen	18
Kvalitativ forskningsmetode	19
Semistrukturerede interviews	20
Interviewguide.....	20

Præsentation af informanterne	21
Transskribering og bearbejdning af data	21
Forskningsmæssige begrænsninger	22
.....	22
Etiske overvejelser	22
<i>Metodiske refleksioner</i>	24
Gyldighed	24
Reliabilitet	25
Generaliserbarhed	25
<i>Teori</i>	26
Andrew Abbott: profession og fagligt domæne	26
Jurisdiktion – et forhandlet fagligt domæne	27
De tre fase i professionelt arbejde	27
Boundary work	28
Teoretisk refleksion	28
Pierre Bourdieu: praksis i felt og kapitalformer	28
Felt	29
Habitus	29
Kapital	30
Symbolsk kapital	30
Doxa og Symbolsk vold	30
Teoretisk refleksion	31
Erving Goffman: Stigmatisering og social interaktion	31
Den tilsyneladende identitet og faktiske sociale identitet	31
De egne og de kloge	32
Informationskontrol	32
Face-work	32
De miskrediterede og de potentielt miskrediterede	33
Teoretisk refleksion	33
<i>Analysestrategi</i>	34
Analysestrategi i praksis	34
Fase 1: Kodning og meningsdannelse	34

Fase 2: Teoretisk fortolkning og strukturering	35
Fase 3: Analytisk syntese og refleksion	36
<i>Analyse</i>	37
Analyse del 1	38
Socialsygeplejersken som fagprofessionel i hospitalskonteksten	38
Socialsygeplejerskens mandatforhandling i et medicinsk domineret felt	41
Socialsygeplejerskens relationsbaseret adgangsarbejde	44
Fagligt handlerum og kapitalens betydning i hospitalsfeltet	45
Fagprofessionelle i hospitalsfeltet	49
Professionel afhængighed og vidensdeling i faglige møder	53
Organisatoriske betingelser i socialsygeplejerskens praksis	55
Del 1 sammenfatning	57
Analysedel 2	58
Stigma i hospitalskonteksten	58
Den tilsyneladende identitet og faktiske sociale identitet	60
underoverskrift	61
De egne og de kloge i hospitalsmødet	64
Informationskontrol i de professionelle interaktioner	66
Face-work i fagprofessionelle interaktioner	69
Miskrediteret og potentielt miskrediteret i fagprofessionelle interaktioner	71
Del 2 sammenfatning	73
<i>Konklusion</i>	74
<i>Litteraturliste</i>	76

Indledning

Dette speciale undersøger socialsygeplejerskers praksis på somatiske hospitaler med fokus på, hvordan de udfolder og forhandler deres professionelle handlerum i arbejdet med socialt udsatte patienter og i samarbejdet med øvrige fagprofessioner i hospitalsfeltet. Hospitalet forstås som en kompleks organisatorisk arena, hvor sociale hensyn ofte må forhandles i praksis inden for rammer domineret af biomedicinske logikker og institutionelle prioriteringer.

Indledningsvist præsenteres min forforståelse og undren, hvor min faglige motivation og nysgerrighed for feltet udfoldes. Herefter følger afsnittet specialets fokus og relevans, som placerer undersøgelsen i en aktuel samfunds- og praksiskontekst og begrundet specialets professionsorienterede sigte. Dernæst introduceres problemfeltet, som danner grundlag for specialets afgrænsning, hvorefter problemformulering og underspørgsmål præsenteres og sætter retningen for den videre analyse.

Specialet bidrager med praksisnær og professionsrelevant viden om socialsygeplejerskers brobyggende funktion og muligheder i en medicinsk domineret hospitalskontekst – med fokus på de strukturer og sociale processer, der former deres arbejde og faglige forhandlinger i hverdagen.

Min forforståelse og undren

Min faglige baggrund som sygeplejerske har givet mig praksisnær indsigt i de udfordringer, som socialt udsatte patienter kan møde under indlæggelse. I mit kliniske arbejde har jeg erfaret, at sociale problemstillinger i nogle tilfælde nedprioriteres til fordel for den somatiske behandling, særligt i situationer, hvor der mangler både tid og konkrete redskaber til at håndtere komplekse sociale behov. Når sociale behov ikke adresseres tilstrækkeligt, har jeg oplevet at dette kan det svække oplevelsen af sammenhæng i patientforløbet gøre en helhedsorienteret indsats vanskeligere at omsætte i praksis.

Gennem faglige drøftelser med kolleger og på baggrund af mine egne erfaringer begyndte jeg at undre mig over, hvordan vi som fagprofessionelle i højere grad kan sikre kontinuitet og helhedsforståelse i behandlingen af denne patientgruppe. Denne undren skærpede min opmærksomhed på socialsygeplejerskens funktion – en rolle, der netop er etableret for at integrere sociale hensyn, sikre den tværfaglige indsats og sikre koordinering på tværs af

sektorer for socialt udsatte patienter. Gennem min faglige praksis blev jeg samtidig særligt optaget af, at socialt udsatte patienter ofte har vanskeligt ved at navigere i hospitalets organisatoriske rammer og de mange tværfaglige og tværsektorielle systemer, der omgiver dem. Hvilket har vakt min faglige nysgerrighed og styrket mit ønske om at undersøge, hvordan socialsygepleje i praksis kan være med til at sikre en mere helhedsorienteret og koordineret indsats for en patientgruppe, der ofte falder mellem sektorer og faglige fokusområder.

Specialets fokus og relevans

På baggrund af dette ønsker jeg at undersøge, hvordan socialsygeplejersker som fagprofessionelle praktiserer socialt arbejde og brobygning i hospitalsregi, med særligt fokus på deres faglige refleksioner og praksisfortællinger. Undersøgelsen er relevant, fordi den belyser et praksisfelt, hvor sociale hensyn ofte har en mindre synlig og mindre formaliseret plads i hospitalets overvejende somatiske og medicinske dominerede professionsstruktur.

Selvom socialsygeplejersker ikke kan udligne sociale sundhedsforskelle på et samfunds-niveau, udgør deres arbejde et vigtigt, praksisnært bidrag til at afbøde nogle af de konsekvenser, som social udsathed kan skabe i det konkrete patientforløb på somatiske hospitaler. Funktionen er fortsat relativt ny, og der findes kun begrænset dansk forskning, som belyser, hvordan rollen konkret udfoldes i praksis. Specialet bidrager derfor med viden om socialsygeplejerskers arbejde med at etablere og legitimere deres faglige domæne i en kompleks hospitalskontekst.

Mere specifikt bidrager specialet med indsigt i, hvordan socialsygeplejersker:

- forhandler og udfolder deres faglige domæne i praksis,
- Indgår i tværfagligt samarbejde med andre fagprofessioner og arbejder for at styrke sammenhæng og kontinuitet i patientforløb for socialt udsatte patienter,
- samt identificerer, håndterer og aktivt modvirker stigmatisering og sociale barrierer i det relationelle og tværsektorielle arbejde omkring patienten under indlæggelse.

Begrebsafklaring

Dette afsnit præsenterer de centrale begreber, der danner det analytiske udgangspunkt for specialet. Formålet er at tydeliggøre, hvordan begreberne forstås og anvendes i analysen af socialsygeplejerskers praksisudøvelse på somatiske hospitaler.

Socialt arbejde

Socialt arbejde kan forstås som både en praksisorienteret fagprofession og et tværdisciplinært vidensfelt, der har til formål at intervenere i menneskers sociale livssituationer med henblik på at skabe forandring. Ifølge Payne findes der imidlertid ikke en entydig forståelse af, hvad der udgør sociale problemer, hvilke interventioner der er relevante, eller hvilke former for forandring der bør tilstræbes. Socialt arbejde må derfor forstås som socialt konstrueret og formet i samspillet mellem professionelle, borgere, institutionelle rammer og samfundsmæssige forventninger (Payne, 2005, s. 15–21).

I specialet forstås socialsygeplejerskens funktion som en professionsfaglig oversættelse af socialt arbejde i hospitalsregi. Det betyder, at patientens sociale livsvilkår og barrierer ikke betragtes som adskilte fra det kliniske forløb, men som forhold, der indgår aktivt i patientforløbets sammenhæng og koordinering. Socialsygeplejersken bidrager dermed til forbindelse mellem patientens samlede livssituation, hospitalets organisatoriske og behandlingsorienterede praksis, herunder i dialog med andre fagprofessioner og på tværs af sektorer. Denne begrebsforståelse danner grundlag for den videre analyse af, hvordan socialsygeplejersker som fagprofessionelle fortolker og praktiserer socialt arbejde inden for hospitalets rammer.

Social udsathed

Begrebet social udsathed refererer til livssituationer præget af komplekse og ofte sammenhængende problemstillinger, herunder hjemløshed, misbrug, psykiske mistrivsel eller manglende tilknytning til velfærdssystemet. Sådanne forhold kan øge risikoen for marginalisering og udelukkelse fra vigtige samfundsmæssige fællesskaber (Social-, Bolig- og Ældreministeret, n.d.). Ifølge Larsen associeres social udsathed med begrebet social eksklusion, hvor kernen er en ufrivillig ikke-deltagelse gennem forskellige former for udelukkelsesmekanismer og -processer, som det ligger uden for individets og gruppens

muligheder at få kontrol over. Social eksklusion betegner således en situation, hvor mennesker på en og samme tid er meget dårligt stillede og ekskluderede på en række centrale livsområder (Larsen, 2009, s. 21).

I specialet anvendes begrebet som et analytisk redskab til at belyse de sociale og organisatoriske betingelser, der former patientens møde med hospitalet. Når socialt udsatte borgere indlægges, træder patientrollen frem som den primære institutionelle kategori. Specialet retter sig derfor mod socialt udsatte patienter i hospitalsarenaen, mens borger anvendes, når der refererer til livet uden for hospitalet. Der anerkendes samtidig, at betegnelsen socialt udsat patient kan have stigmatiserende implikationer, og at stigma dermed ikke kun er en barriere for sammenhængen i patientforløbet, men også en del af de sociale processer, som socialsygeplejersker må identificere, håndtere og navigere professionelt i som fagprofessionelle i praksis.

Problemfelt

Når idealer møder virkeligheden

Det danske hospitalsvæsen hviler på et grundlæggende princip om lige og universal adgang til behandling samt værdier som værdighed og retfærdighed, der skal sikre, at alle borgere modtager sundhedsydelser af høj kvalitet (Sundhedsstyrelsen, 2022b, s. 9). Trods disse principper dokumenterer rapporten SUSY UDSAT 2022, at sociale forskelle fortsat har betydning for sygdomsbyrde og borgeres sundhedsmæssige vilkår. I rapporten fremgår det, at socialt udsatte borgere har dårligere og mere komplekse helbredsproblemer, med højere forekomst af både somatiske og psykiske lidelser end den øvrige befolkning. Belastende livsvilkår som hjemløshed fattigdom eller misbrug kan samtidig forværre sygdomsbyrden og påvirke, i hvilken grad borgeren opsøger og anvender sundhedstilbud (Statens Institut for Folkesundhed, 2022, s. 103). Disse overordnede helbredsforskelle understøttes også af rapporten *Dårligt liv – Dårligt Helbred*, hvor socialt udsatte borgere, både før indlæggelse og efter udskrivelse beskriver mødet med hospitalet som utrygt og præget af manglende forståelse fra andre fagprofessionelle i hospitalet. Informanter i rapporten, herunder socialt udsatte borgere, fortæller om oplevelser med nedladende kommunikation, manglende anerkendelse og stigmatiserende møder med øvrige fagprofessionelle, hvilket for nogle har haft betydning for, om og hvordan de bruger sundhedstilbud. Samtidig viser rapporten, at sociale og sundhedsmæssige udfordringer i praksis hænger tæt sammen og overlapper – men at de ikke altid håndteres samlet i patientforløb på somatiske hospitaler, hvor de dominerende fagprofessioner ofte prioriterer det kliniske og somatiske frem for det sociale (Pedersen, 2009, s. 5, 41–42, 52).

Hospitalets rammer og patientens komplekse behov

Patientens helbred og de organisatoriske rammer på somatiske hospitaler kan ikke forstås uafhængigt af hinanden – de former gensidigt patientforløbets kvalitet, kontinuitet og oplevede sammenhæng. Når patientforløb primært organiseres og vurderes af de dominerende fagprofessioner gennem en klinisk-medicinsk optik, er der risiko for, at sociale og psykiske forhold – for eksempel ustabil bolig, misbrug, psykisk mistrivsel eller manglende netværk – ikke får den nødvendige plads i behandlingen, selvom disse forhold ofte er essentielle for patientens mulighed for at gennemføre et sammenhængende

behandlingsforløb under og efter indlæggelse. Flere fagprofessionelle i forskellige hospitaler beskriver samtidig mødet med socialt udsatte patienter som komplekst og udfordrende. Udfordringerne kan i mange tilfælde forklares ved strukturelle vilkår såsom tidspres og manglende adgang til socialfaglige redskaber, snarere end ved patientens adfærd i sig selv. Helhedsorienteret praksis bliver dermed ofte afhængig af den enkelte fagprofessionelles erfaringskapital og prioriteringer, hvilket skaber ulige vilkår for sammenhængen i patientforløbet (Ludvigsen & Brünés, 2013, s. 114-145). Når socialfaglige idealer holdes op imod hospitalets organisatoriske virkelighed, bliver det tydeligt, at feltets standardiserede arbejdsgange og professionshierarkier ikke altid muliggør den grad af helhedsorientering, som socialt udsatte patienters forløb ofte har brug for (Ludvigsen & Brünés, 2013, s. 11, 25). På baggrund af dette synliggøres et behov for fagprofessionelle roller, der – med legitimitet i organisationen – kan udøve og forhandle socialt arbejde i krydsfeltet mellem det kliniske og sociale domæne, og som kan skabe brobyggende sammenhæng i patientforløb, når sociale barrierer og stigma skal identificeres, håndteres og oversættes til samarbejde på tværs af fag og sektorer.

Socialsygeplejerskens praksis i hospitalet

En socialsygeplejerske er en autoriseret sygeplejerske, der varetager en specialiseret funktion i hospitalsregi med fokus på socialt udsatte patientforløb. Funktionen er ikke en selvstændig autorisation, men er kendetegnet ved et særligt professionsindhold, hvor sociale problemstillinger, relationsarbejde og tværsektoriel koordinering indgår som en integreret del af den kliniske hverdag. Socialsygeplejersker er organisatorisk forankret i hospitalets lokale ledelse, men arbejder i praksis på tværs af afdelinger og i tæt samarbejde med flere øvrige fagprofessioner – samt eksterne samarbejdsflader såsom kommune, misbrugscentre, socialfaglige tilbud og psykiatri. Stillingen blev etableret som respons på en dokumenteret erkendelse af, at socialt udsatte patienter ofte oplever fragmenterede og ulige forløb i mødet med hospitalets fagprofessionelle. Formålet med funktionen var dengang at styrke den sundheds- og socialfaglige indsats for patienter med komplekse og samtidige sociale udfordringer, som risikerer at falde mellem sektorer og faglige jurisdiktioner i et sundhedssystem præget af standardiserede arbejdsgange (Region Hovedstaden, 2025). På baggrund af dette ser jeg det relevant at undersøge hvordan socialsygeplejersker i hverdagen vurderer,

prioriterer og forhandler deres rolle og handlerum i mødet med patienter, især når faglige idealer skal omsættes i et sundhedssystem præget af medicinske behandling.

Eksisterende litteratur og videnskløft

Jeg indledte specialet med en eksplorativ litteratursøgning for at orientere mig i den eksisterende viden om socialsygeplejerskens praksis og socialt arbejde i hospitalsregi med fokus på socialt udsatte patienter. Den indledende søgning havde til formål at skærpe og afgrænse problemfeltet samt identificere de centrale begreber, der er vigtige for at undersøge og analysere praksisfeltet i relation til specialets problemformulering. Litteratursøgningen blev gennemført i databaser som Google Scholar, APA PsycInfo og AAU's biblioteksdatabase ved brug af forskellige kombinationer af søgeord, herunder *social Nursing*, *hospital*, *social work in Health Care*, *vulnerable patients*, *socially marginalized* og *qualitative studies*.

Litteratursøgningen viste, at der findes begrænset forskningsbaseret viden – især i en dansk hospitalskontekst – som direkte belyser socialsygeplejerskers fagprofessionelle praksis og hverdagsnære vurderinger. Den eksisterende litteratur består overvejende af praksisbeskrivelser, udviklingsprojekter, regionale statusrapporter og enkelte kvalitative studier. Denne relativt snævre vidensbase har været med til at skærpe specialets fokus på hvordan socialsygeplejerskers sociale arbejde opleves, udøves og forhandles i mødet med hospitalets organisatoriske rammer og i samarbejdet med andre fagprofessioner.

Jeg blev særligt nysgerrig på problemfeltet, da min litteratursøgning ledte mig til et studie baseret på kvalitative interviews med socialsygeplejersker fra otte danske hospitaler. Studiet tydeliggør, at deres sociale arbejde bygger på en sammensat faglig tilgang, hvor kliniske vurderinger, relationsarbejde og organisatorisk navigation er indbyrdes forbundne og gensidigt afhængige elementer i praksis. Socialsygeplejersker beskrives som fagprofessionelle med en specialiseret ekspertise, der forener sygeplejefaglig viden med praksiserfaring i mødet med socialt udsatte patienter. En stor del af deres arbejde består i at skabe tillid, koordinere sociale behov og bygge bro til andre fagprofessioner og tværsektorielle samarbejdspartnere, herunder kommunale indsatser og sociale tilbud. Studiet peger samtidig på, at rollen ofte er lavt synlig i hospitalets formelle organisering, og at dokumentationen af de sociale indsatser

derfor ikke altid fremgår tydeligt i patientjournaler eller evalueringer. Dermed retter socialsygeplejerskers sociale arbejde sig både mod patientens behov og mod de organisatoriske rammer, der præger hospitalets hverdag og samarbejdsflader (Dideriksen et. al., 2019, s. 231–235).

I forlængelse heraf viser nyere forskning, at socialsygeplejerskers sociale arbejde udspiller sig i en hospitalskontekst domineret af medicinske prioriteringer og standardiserede arbejdsgange. Sociale hensyn og funktioner har ikke en fast, formelt integreret plads, men må i stedet forhandles i praksis. Dette belyses blandt andet i artiklen *At gøre det umulige muligt – en governmentality analyse af en socialsygeplejerskers arbejde*, der baseres på observationer og kvalitative interviews med socialsygeplejersker på danske hospitaler. Studiet viser, at de arbejder som fagprofessionelle brobyggere, der strategisk navigerer i feltets organisatoriske strukturer for at understøtte socialt udsatte patientforløb. Artiklen peger samtidig på, at sociale hensyn primært får gennemslag, når de bidrager til at fastholde patienten i det kliniske forløb, og ikke udfordrer hospitalets medicinske dominans eller styringslogikker. Socialsygeplejerskers sociale arbejde kan dermed gøre sociale indsatser mulige i feltet – men ikke nødvendigvis at ændre de grundlæggende magt- og styringsmekanismer, der strukturerer hospitalshverdagen (Andrés et. al., 2023, s. 44-58).

Denne pointe genfindes i evalueringsprojektet *Socialsygeplejeske for lighed i sundhed*, som viser, at socialt arbejde kan styrke sammenhæng i socialt udsatte patientforløb ved at:

- arbejde tværfagligt og tværsektorielt
- fungere som en brobyggende fagprofessionel mellem hospital, kommune og sociale tilbud
- være en vidensressource for andre fagprofessioner, særligt i mødet med socialt udsatte patienter med komplekse sociale udfordringer

Projektet påpeger samtidig, at både effekten og synligheden af indsatserne i praksis er tæt knyttet til feltets organisatoriske vilkår. Når disse vilkår mangler eller er uklare, kan det begrænse deres mulighed for at skabe gennemslag for sociale hensyn i patientforløbet (Enheden for Brugerundersøgelser, 2013, s. 17–47).

Min litteratursøgning har dermed været et centralt udgangspunkt i specialets indledende fase og har bidraget til at opbygge et solidt akademisk fundament for at forså og afgrænse problemfeltet.

Afgrænsning

Specialet afgrænses til at undersøge socialsygeplejerskers sociale arbejde i hospitalet med fokus på deres praksis i mødet med socialt udsatte patienter under indlæggelse. Denne afgrænsning er valgt for at fastholde et praksisnært fokus på, hvordan fagprofessionelle roller og kapitalaktivering får betydning i en hospitalsarena præget af medicinske normer, professionshierarkier og standardiserede arbejdsgange. Dermed undersøges socialsygeplejerskers arbejde ud fra feltets strukturelle vilkår – ikke med patienten som problemet i sig selv, men med fokus på de rammer og samarbejdsflader, der former deres muligheder for at skabe sammenhæng i socialt udsatte patientforløb.

Problemformulering

På baggrund af ovenstående har jeg udarbejdet følgende problemformulering:

Hvordan praktiserer socialsygeplejersker socialt arbejde på hospitalet, og hvordan arbejder de med at skabe sammenhæng i patientforløb for socialt udsatte patienter?

Underspørgsmål

Dertil har jeg tilknyttet tre arbejdsspørgsmål, der har til formål at besvare min problemformulering:

1. Hvordan beskriver socialsygeplejersker deres arbejde med at skabe sammenhæng i patientforløb for socialt udsatte patienter?
2. Hvordan navigerer socialsygeplejersker i hospitalets organisatoriske rammer og tværfaglige samarbejde i deres daglige praksis?
3. Hvordan beskriver og håndterer socialsygeplejersker stigmatisering og sociale barrierer i mødet med socialt udsatte patienter i hospitalet?

Videnskabsteoretisk perspektiv

I dette afsnit beskriver jeg for specialets videnskabsteoretiske grundlag. Jeg tager afsæt i hermeneutikken, da den tilgang giver mig mulighed for at undersøge, hvordan socialsygeplejersker som fagprofessionelle fortolker, beskriver og begrundet deres sociale arbejde i hospitalsarenaen. Afsnittet uddyber herefter, hvordan forforståelse, horisontsammensmeltning og den hermeneutiske cirkel har fungeret som centrale metodiske og analytiske principper i forskningsprocessen.

Hermeneutikken

Hermeneutikken er en fortolkende videnskabsteoretisk tilgang, der handler om at forstå menneskers oplevelser og den mening, der knyttes til deres handlinger i konkrete livsverden og organisatorisk kontekst (Kristiansen, 2017, s. 154). I specialet er jeg særligt inspireret af Hans-Georg Gadamer's filosofiske hermeneutik, hvor forståelse ses som noget, der opstår i samtalen mellem forskernes forforståelse og empirien (Gilje, 2017, s. 135). Det vil sige, at analysen ikke søger én objektiv sandhed, men i stedet undersøger, hvordan socialsygeplejerskernes egne faglige perspektiver formes i deres konkrete arbejdshverdag.

Hermeneutikken er relevant for specialets problemformulering, fordi den giver adgang til socialsygeplejerskerens egen forståelsesverden hvor mening, faglige vurderinger og sociale interventioner formes gennem erfaringer i konkrete patientforløb og i samarbejdet med hospitalets øvrige fagprofessioner. Samtidig understøtter den et praksisfokus i en kompleks organisatorisk arena, hvor professionelt handlerum, tværsektorielt samarbejde og stigma-håndtering ikke kan adskilles fra de institutionelle rammer, men må forstås gennem fortolkning af socialsygeplejerskernes egne praksisfortællinger og interaktioner i hospitalsfeltet.

Forforståelse og horisontsammensmeltning

Ifølge Gadamer kan forståelse aldrig være helt neutral, da vi altid fortolker verden med afsæt i vores erfaringer og antagelser. Forforståelse er derfor ikke noget, der kan fjernes, men et nødvendigt udgangspunkt for at kunne undersøge og fortolke et felt (Gilje, 2017, s. 134–135). Min baggrund som sygeplejerske har været en del af denne forforståelse og har i specialets tidlige fase påvirket, hvilke aspekter af socialsygeplejerskers arbejde jeg i starten lagde mærke

til. I arbejdet med interviewmaterialet blev det dog tydeligt, at praksisfeltet rummer flere aspekter, end jeg oprindeligt havde fokus på – særligt betydningen af hospitalets organisatoriske rammer og professionslogikker for socialsygeplejerskers mulighed for at handle og skabe sammenhæng i patientforløb. Gadamer beskriver begrebet horisont som den samlede ramme af forståelser og forventninger, vi møder andre med. Forståelse udvikles, når denne horisont udfordres og udvides i mødet med andres erfaringer, og når det, der først virker fremmed eller uklart, gradvist sættes ind i et nyt fortolkningsperspektiv (Gilje, 2017, s. 136). Denne bevægelse mellem min forforståelse og ny forståelse kan beskrives med Gadamers begreb horisont-sammensmeltning, hvor forskerens og informanternes forståelser mødes i et fælles fortolkningsrum (Kristiansen, 2017, s. 158).

I specialet betyder dette, at jeg gik ind i interviewene med faglige antagelser om socialsygeplejerskens praksis og handlerum, men at disse antagelser løbende blev nuanceret og kvalificeret gennem socialsygeplejerskernes egne praksisfortællinger. Horisont-sammensmeltning indebærer således hverken, at forskeren tilsidesætter sig egen forståelse, eller at informanternes perspektiver overtages ukritisk. I stedet opstår et fælles forståelsesrum, hvor perspektiver får plads og gensidigt kan belyse hinanden. Det er i denne cirkulære bevægelse mellem forforståelse, empiri og teori, at specialets fortolkninger og professionsanalytiske pointer er blevet udviklet og præciseret.

Hermeneutikken som analysemetode

Hermeneutikken har fungeret som specialets overordnede fortolkningsramme, hvor forståelse udvikles i et løbende samspil mellem del og helhed – den proces, der beskrives som den hermeneutiske cirkel (Kristiansen, 2017, s. 158–161). I praksis har det betydet, at jeg flere gange er vendt tilbage til interviewene for at genoverveje og forfine mine fortolkninger, efterhånden som nye indsigter opstod. Socialsygeplejerskernes praksisfortællinger er dermed ikke kun anvendt som beskrivelse af deres arbejde, men som fortolkninger af det fagprofessionelle handlerum, der både kan understøtte og udfordre mine indledende faglige antagelser. Analysen er således blevet formet refleksivt og iterativt, frem for at følge en lineær eller på forhånd fastlagt plan. Hermeneutikken har dermed fungeret som et metodisk redskab i hele forskningsprocessen.

Metode

I det følgende afsnit redegør jeg for den metodiske ramme. Først præsenteres casestudiet som overordnet undersøgelsesform, herunder hvordan casen har udviklet sig undervejs. Herefter beskrives det kvalitative forskningsdesign og anvendelsen af semistrukturerede interviews som primær dataindsamlingsmetode. Afslutningsvis diskuteres metodiske begrænsninger og etiske overvejelser.

Casestudie som forskningsdesign

Casestudiet er valgt som overordnet metodisk ramme, da denne tilgang muliggør en fortolkende undersøgelse af, hvordan socialsygeplejersker praktiserer socialt arbejde i hospitalsregi – og hvordan denne praksis formes i samspil med både organisatoriske strukturer og andre fagprofessioner på hospitalet.

Tilgangen er inspireret af Joe Soss' skelnen mellem *studying a case* og *casing of study* (Soss, 2018, s. 21–22). I tråd med dette forstås casen ikke som en fast afgrænset undersøgelsesenhed fra start, men som en analytisk konstruktion, der gradvist formes i forskningsprocessen gennem samspil mellem empiri, teori og forskerens refleksioner. Som Soss beskriver det, ved forskeren ikke nødvendigvis, "*what their cases are until later in the proces*" (Soss, 2018, s. 21), og at casen udvikler sig i takt med, at nye mønstre og indsigter opstår i arbejdet med feltmaterialet.

I dette speciale betyder det, at casen ikke alene udgøres af socialsygeplejerskerne som fagprofession, men af den måde socialt arbejde udfolder sig i praksis i krydsfeltet mellem:

- Hospitalets institutionelle logikker og professionssystemer (→ fagprofessioner)
- Og den socialt udsattes livsomstændigheder.

Den åbne case-tilgang indebærer, at forskeren aktivt indgår i konstruktionen af casens analytiske ramme frem for at indtage en neutral observatørposition. Som Soss formulerer det, handler casestudiet om løbende at sætte det undersøgte fænomen i dialog med bredere analytiske kategorier og stille spørgsmålet: "*What can be learned by treating this phenomenon as a case of X*" (Soss, 2018, s. 23), som kan omsættes til specialets optik: Hvad kan vi lære ved at forstå socialsygeplejerskens praksis som en case af socialt arbejde i en medicinsk domineret organisation.

Præsentation af specialets case

Casestudiet giver adgang til socialsygeplejerskers egne praksisfortællinger og refleksioner i den institutionelle kontekst, hvor socialt arbejde udfolder sig – nemlig i mødet mellem den socialt udsatte patients livsvilkår, de fagprofessionelles rolleforhandlinger og hospitalets organisatoriske rammer.

Min oprindelige plan var at undersøge socialsygeplejerskerens praksis i Region Hovedstaden, hvor socialsygeplejeordningen er forholdsvis velimplementeret, og hvor de fleste hospitaler har to faste socialsygeplejersker tilknyttet. Dette gjorde regionen til et metodisk relevant udgangspunkt for at undersøge, hvordan socialsygeplejersker arbejder med at skabe sammenhæng i patientforløb og håndtering af sociale barrierer i samarbejde med øvrige fagprofessioner på somatiske hospitaler.

Under dataindsamlingen viste det sig dog at være vanskeligt at få adgang til alle ønskede informanter i Region Hovedstaden. Jeg valgte derfor at udvide casen til også at omfatte socialsygeplejersker fra Region Sjælland. Denne udvidelse gav ikke blot flere interviewmuligheder, men også en analytisk mulighed for at belyse fælles praksismønstre på tværs af fagprofessioner samt variationer i det organisatoriske handlerum, når praksis formes i forskellige hospitalsmiljøer. Trods case-udvidelsen involverer to regioner, har jeg valgt at fastholde specialets afgrænsning og analytiske fokus, så det regionale valg fungerer dermed som kontekst for praksis, og ikke som selvstændigt undersøgelsesspørgsmål.

Udvikling af casen

Min inspiration fra Soss' begreb *casing a study* forstås case-udviklingen som en integreret og legitim del af forskningsprocessen, hvor casen gradvist formes i samspil mellem empiri, teori og metodiske beslutninger, som forskeren træffer undervejs (Soss, 2018, s. 21). I denne optik er forskeren en aktiv del af case-konstruktionen, idet casen formes gennem forskerens valg, baggrund og forforståelser (Soss, 2018, s. 25).

Min baggrund som sygeplejerske har i den forbindelse haft en dobbelt betydning. På den ene side har den gjort det nemmere at få adgang til feltet og skabe et fælles fagligt sprog med informanterne. Samtidig har den givet mig gode forudsætninger for at forså deres praksis og arbejdsopgaver. På den anden side indebærer denne position en risiko for blinde vinkler, hvor egne erfaringer og antagelser kan påvirke både spørgsmål og fortolkninger.

Derfor har refleksivitet været et vigtigt og gennemgående princip i mit metodiske arbejde. Jeg har løbende forholdt mig kritisk til mine egne antagelser og været opmærksom på, hvordan min dobbeltrolle som forsker og sygeplejerske har påvirket både dataindsamling og analyse. Casens udvikling afspejler dermed en fleksibel og eksplorativ forskningsproces, der har gjort det muligt at håndtere uforudsete ændringer i adgangen til feltet, uden at ændre specialets faglige retning eller analytiske kernefokus.

Kvalitativ forskningsmetode

Specialet er tilrettelagt som et kvalitativt casestudie med semistrukturerede interviews som primært empirisk datagrundlag. Dette design er valgt, fordi det giver adgang til at undersøge hvordan socialsygeplejersker selv beskriver, oplever og udfolder socialt arbejde i konkrete patientforløb – samt hvordan de forhandler deres faglige domæne i hospitalet i samarbejde med øvrige fagprofessioner. Denne type praksisviden – der omfatter faglige vurderinger, relationsarbejde og institutionel navigation – er situeret, erfaringsbåret og meningsforankret i de fagprofessionelles egen livsverden, og lader sig derfor ikke indfange med samme dybde gennem kvantitative metoder (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 51).

Datamaterialet er indsamlet på tre somatiske hospitaler i Region Hovedstaden og Region Sjælland. Case-udvidelsen til flere lokaliteter blev foretaget under dataindsamlingen, grundet rekrutteringsudfordringer, men viste sig samtidig at være analytisk frugtbar, da den muliggjorde et bredere empirisk grundlag for at identificere generelle mønstre i socialsygeplejerskens praksis på tværs af fagprofessioner og organisatoriske rammer.

Den kvalitative tilgang har givet mig mulighed for at indfange nuancer i:

- Hvordan socialsygeplejersker udøver sociale interventioner og sammenhængende strategier i patientforløb
- Og hvordan de navigerer i og interagerer med hospitalets professionssystem og juridiske rammer.

Semistrukturerede interviews

På baggrund af ovenstående har jeg valgt semistrukturerede interviews som empirisk metode, da denne interviewform giver mulighed for at komme tæt på hvordan praksis opleves, begrundes og udfoldes af de fagprofessionelle aktører, der selv udøver socialsygepleje i hospitalsregi (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 193). Metoden kombinerer en tematisk ramme med fleksibilitet, hvor interviewguiden fungerer som styrende udgangspunkt, mens rækkefølge og formulering af spørgsmål kan tilpasses undervejs i interviewet (Tinggaard & Brinkmann, 2020, s. 42–44). Denne fleksibilitet gør det muligt at skabe åbne samtaler, hvor informanterne kan dele praksisfortællinger og refleksioner på egne præmisser. Hermed har jeg kunnet indfange nuancer, som næppe ville være kommet frem gennem mere strukturerede dataindsamlingsmetoder (Packer, 2011, s. 43–47). Den semistrukturerede interviewform kan dog også være metodisk krævende. Når samtalen ikke følger en fast struktur, stiller det større krav til, at jeg som forsker holder fokus på de centrale temaer under interviewet. For at håndtere dette har jeg arbejdet bevidst med at finde en balance mellem struktur (temastyring) og åbenhed (informanternes meningsunivers). Denne balance har været central for at sikre, at interviewene både har givet plads til informanternes egne fortolkninger af praksis og samtidig blev koblet tilbage til specialets problemoptik.

Interviewguide

Alle interviews tog udgangspunkt i den samme interviewguide, som blev indledt med en kort præsentation af mig selv og specialets formål, for at etablere en tryk og tillidsfuld ramme for interviewet. Interviewguiden var opbygget omkring en række overordnede temaer, der fungerede som analytiske pejlemærker for interviewene. Temaerne udspringer dels fra min egen erfaring som sygeplejerske i hospitalet og dels af den indledende litteratursøgning og problemfelt. Særligt litteraturen pegede på professionsrelevante problemstillinger, herunder rolleforståelse, tværsektorielt samarbejde, navigation samt stigmatisering og sociale barrierer i hospitalsmødet med den socialt udsatte patient. Min sygeplejefaglige baggrund bidrog primært med kontekstforståelse og opmærksomhed på de relationelle og samarbejdsorienterede vilkår, som socialsygeplejersken arbejder indenfor.

På denne baggrund blev interviewguiden struktureret omkring følgende fem temaer:

- *Baggrund og rolleforståels*
- *Mødet med den socialt udsatte patient på hospitalet*
- *Barrierer og udfordringer i praksis, herunder sociale barriere og stigmatisering*
- *Samarbejde og tværfaglighed*
- *Viden, kompetencer og faglig udvikling (Bilag 1)*

Temaerne fungerede som en fleksible ramme, hvor informanterne selv kunne bringe det frem, som de oplevede som vigtigt i deres arbejde. For at understøtte denne åbenhed blev interviewene afsluttet med et spørgsmål om, hvorvidt de ønskede at supplere med noget, de selv fandt relevante. Det gav flere nuancer og var med til at uddybe datamaterialet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 186).

Præsentation af informanterne

Specialets empiriske datagrundlag består af fem kvalitative interviews med socialsygeplejersker, ansat på somatiske hospitaler i Region Hovedstaden og Region Sjælland. Informanterne blev udvalgt strategisk gennem direkte henvendelse til socialsygeplejerskeordninger, med henblik på at sikre informanter med aktuel og praksisforankret erfaring, som kunne bidrage med professionsspecifik viden relevant for specialets undersøgelsessigte. Udvælgelseskriterierne var, at informanterne var uddannede sygeplejersker og aktuelt praktiserer socialsygepleje i hospitalsregi, hvor de arbejder med patientforløb for socialt udsatte patienter. For at beskytte informanternes anonymitet anvendes pseudonymer i stedet for deres rigtige navne. Dermed sikres, at fokus i analyse og formidlingen rettes mod informanternes udsagn, erfaringer og refleksioner frem for deres personlige identitet. Dette understøtter specialets videnskabelige gyldighed ved at minimere identifikationsbias og sikre, at informanternes udsagn behandles som empirisk data knyttet til deres professionsudøvelse og institutionelle handlerum.

Transskribering og bearbejdning af data

Alle interviews blev lydoptaget og efterfølgende transskriberet ordret. I transskriptionsprocessen har jeg fjernet fyldord, lange pauser og baggrundsstøj for at skabe et mere overskueligt og anvendeligt materiale. Jeg er samtidig opmærksom på, at denne form for

redigering kan medføre et vist tab af sproglige nuancer. De færdige transskriptioner udgør herefter det empiriske grundlag for analysen.

Til bearbejdningen af interviewmaterialet har jeg anvendt meningskondensering som kodningsmetode (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 267–269). Metoden indebærer, at længere udsagn sammenfattes i kortere og mere præcise formuleringer, der fastholder essensen af informanternes pointer. Denne tilgang bevarer informanternes stemme og skaber en analytisk struktur for den videre tematiske fortolkning. I de færdige transskriptioner er informanternes udsagn markeret med pseudonymerne *A*, *B*, *H*, *M* og *S*, mens mine egne spørgsmål og kommentarer er markeret med initialen *R*. Denne markering følger også transskriptionsbilagene (Bilag, 2–6).

Forskningsmæssige begrænsninger

Som tidligere omtalt opstod der undervejs i forskningsprocessen udfordringer i rekrutteringen af socialsygeplejersker i Region Hovedstaden, hvilket betød, at det planlagte antal informanter ikke kunne opnås. Casen blev derfor udvidet til også at inkludere socialsygeplejersker fra Region Sjælland. Udvidelsen sikrede et tilstrækkeligt og analytisk anvendeligt datagrundlag og gav samtidig mulighed for at belyse socialsygeplejerskernes praksis gennem varierede erfaringer blandt fagprofessionelle, uden at ændre specialets afgrænsede fokus. Specialets fund skal dermed forstås som en praksisnær, eksplorativ og fortolkende analyse af socialsygeplejerskens praksis, frem for et repræsentativt billede af socialsygepleje på tværs af alle hospitaler.

Kvalitative interviews som metode medfører desuden naturlige begrænsninger, da dataindsamling og -bearbejdning er en omfattende og tidskrævende proces, der stiller krav til planlægning, transskribering, kodning og refleksiv fortolkning. Til gengæld har metoden givet adgang til detaljeret, kontekstbåret og erfaringsbaseret viden, som ikke ville være mulig gennem mere strukturerede eller kvantitative metoder.

Etiske overvejelser

Etiske hensyn har været styrende i hele specialets forskningsproces. Specialet følger Kvale og Brinkmanns fire etiske principper: informeret samtykke, fortrolighed, konsekvenser og forskerens rolle (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 113–123). Informanterne modtog skriftlig

information om specialets formål og indhold og afgav informeret samtykke forud for interviewene. De blev samtidig informeret om deres ret til at trække sig fra undersøgelsen til enhver tid uden konsekvenser. For at sikre anonymitet og fortrolighed er alle informanter anonymiseret gennem brug af pseudonymer, og alle identificerbare oplysninger er udeladt i både analyse og formidling. Dette har været særligt vigtigt, da de medvirkende er fagprofessionelle ansat i hospitalsmiljøer, hvor genkendelighed potentielt kan få arbejdsmæssige konsekvenser.

Min egen faglige baggrund som sygeplejerske har understøttet tillid, feltadgang og forståelse af interviewkonteksten, men jeg har samtidig været opmærksom på, at den også kan påvirke, hvad jeg lægger mærke til. Derfor har jeg arbejdet reflektivt under interviewene ved at stille åbne og uddybende spørgsmål og undgå antagelser baseret på egen faglig erfaring. Endelig har jeg taget højde for informanternes arbejdsvilkår ved at tilrettelægge interviewene fleksibelt og med respekt for deres tidsmæssige rammer. Interviewenes længde og tidspunkt blev aftalt individuelt for at undgå at forstyrre deres kliniske arbejde. Jeg ser dette som en metodisk styrke, da etiske hensyn dermed ikke kun er overholdt formelt, men aktivt integreret i den praktiske gennemførelse, hvilket styrker både datakvalitet og troværdighed.

Metodiske refleksioner

I dette afsnit reflekterer jeg over de metodiske valg, der har formet specialet, med fokus på validitet, reliabilitet og generaliserbarhed. Begreberne anvendes ikke som faste idealer eller mål, der skal opnås, men som pejlemærker til at vurdere kvaliteten og troværdigheden af mit forskningsarbejde.

Gyldighed

Gyldighed omhandler specialets validitet – altså hvorvidt de valgte metoder undersøger det fænomen, som specialet søger at belyse (Monrad & Olesen, 2018, s. 299). I dette speciale er formålet at forstå, hvordan socialsygeplejersker praktiserer socialt arbejde på somatiske hospitaler – med særligt blik for deres egne refleksioner og praksisfortællinger. Valget af et kvalitativt design med semistrukturerede interviews understøtter dette formål, da metoden giver direkte adgang til, hvordan socialsygeplejersken oplever og begrundet sit arbejde i patientforløbet.

Min analytiske tilgang udviklede sig undervejs fra en forventning om at arbejde induktivt – hvor empirien skulle danne grundlag for analysen uden faste teoretiske forudsætninger – til en mere abduktiv analyseproces – hvor empiriske mønstre løbende blev sat i samspil med teori for at kvalificere fortolkningen (Olesen, 2018, s. 150). Teori har således været anvendt som et forståelsesredskab, der blev inddraget efter analytiske behov – ikke som et forudbestemt filter.

Jeg har ikke arbejdet med at sætte forforståelse i parentes, som en fænomenologisk tilgang typisk foreskriver, da dette ikke var realistisk i mit speciale (Tanggaard, 2017, s. 81). Min faglige viden var allerede til stede fra specialets start og har derfor ikke kunnet frakobles. I stedet har jeg arbejdet bevidst med at bruge refleksivitet som et metodisk korrektiv – for eksempel ved at stille åbne og uddybende spørgsmål og løbende udfordre mine egne antagelser i mødet med socialsygeplejerskernes fortællinger.

Jeg er samtidig opmærksom på, at fem interviews udgør et relativt lille datagrundlag, hvilket kan begrænse undersøgelsens bredde. Specialets sigte er dog dyb professionsforståelse frem for repræsentativ dækning, og interviewene har indeholdt rige og detaljerede beskrivelser, som har været tilstrækkelige til at analysere de faglige mønstre i:

- Sammenhængende arbejde i socialt udsatte patientforløb,
- Organisatorisk og tværsektorielt navigation i samarbejde med øvrige fagprofessioner
- Samt håndtering af stigma og sociale barrierer i patientforløbet.

Reliabilitet

Reliabilitet omhandler undersøgelsens pålidelighed og hvorvidt forskningsprocessen er gennemført systematisk og transparent fra interview til analyse (Monrad & Olsen, 2018, s. 302).

Da specialet bygger på kvalitative, semistrukturerede interviews, er både data og analyse uundgåeligt præget af min forskerrolle og mine fortolkninger. Dette betyder, at resultaterne ikke kan forventes at være fuldt reproducerbare i klassisk forstand. En forsker med en anden faglig baggrund eller tilgang kunne potentielt have lagt mærke til andre aspekter i materialet. For at styrke pålideligheden har jeg derfor arbejdet med metodisk gennemsigtighed og refleksiv kontrol, så processen kan følges og vurderes. Det gælder både i udformningen af interviewguiden og i de efterfølgende trin, hvor interviewene er bearbejdet, kondenseret og tematisk struktureret.

Da socialsygeplejerskers sociale arbejde udspiller sig i en specifik hospitalskontekst i samspil med øvrige fagprofessioner, forstås reliabilitet her som en kontekstuel troværdighed, frem for reproducerbarhed. Informanternes svar afspejler dermed praksiserfaringer, der er bundet til organisatoriske vilkår og tidspunktet for interviewet – hvilket er et vilkår, der anerkendes og metodisk håndteres gennem refleksivitet.

Generaliserbarhed

Et casestudie som dette sigter ikke mod statiske eller repræsentativ generalisering, men mod dyb og kontekstnær forståelse af et afgrænset praksisfelt (Monrad & Olsen, 2018, s. 303).

Specialets formål er derfor ikke at beskrive socialsygepleje på alle hospitaler, men at udvikle viden om, hvordan socialsygeplejersker selv beskriver deres sociale arbejde. Interview-

udsagnene er situerede og tidsbundne og påvirket af lokale organisatoriske vilkår, og praksis kan variere afhængigt af kontekst og tid. I kvalitativ forskning er det derfor ikke forventningen, at resultater kan gentages med identiske udfald, men derimod, at de kan danne grundlag for analytiske og begrebslige pointer. Da datamaterialet består af fem interviews fra to danske regioner, kan resultaterne ikke direkte overføres til andre regioner eller lande. Specialets generaliserbarhed skal i stedet forstås som analytisk, det vil sige, som indsigter, der kan være genkendelige og relevante i lignende hospitalskontekster, hvor fagprofessioner samarbejder om socialt udsatte patientforløb.

Specialet bidrager dermed med professionsrelevante fortolkninger og begrebsindsigter, som kan inspirere videre forskning og praksisudvikling inden for socialt arbejde på somatiske hospitaler – uden at gøre krav på fuld felt-dækning.

Teori

I det følgende præsenteres og begrundes de teoretiske perspektiver, der danner grundlag for specialets analyse. Specialet tager afsæt i en abduktiv tilgang, hvor teori er udvalgt i et løbende samspil med det empiriske materiale og anvendes som analytiske forståelsesredskaber. Analytisk inddrages tre sociologiske hovedspor: Abbott til at belyse professionsforhandlinger og faglige domæner i hospitalsorganisationer, Bourdieu til at analysere sociale og strukturelle betingelser for praksis, samt Goffman til at undersøge stigma og interaktion i konkrete patientforløb.

Andrew Abbott: profession og fagligt domæne

Abbott tager udgangspunkt i en bred definition af professioner: *Professions are exclusive occupational groups applying somewhat abstract knowledge to particular cases* (Abbott, 1988, s. 8) og Ifølge ham er det professionernes arbejde og deres relationer til andre professioner, der sættes i fokus og ikke deres strukturelle kendetegn.

Dette vil sige, at Abbott forstår professioner som gensidigt forbundne og konkurrerende aktører i et samlet professionssystem, snarere end som isoleret erhverv. Han beskriver systemet som en økologi af forbundne arenaer, hvor professioner påvirker hinanden og konkurrerer om indflydelse i institutionelle rum. Samtidig understreger han, at

professionssystemet ikke kan forstås uafhængigt af andre økologier – eksempelvis politiske system, uddannelsesinstitutioner og organisatoriske strukturer. Disse tilstødende arenaer kan både åbne, udvide eller lukke muligheder for professionel udvikling og arbejdsdeling (Abbott, 1988).

Jurisdiktion – et forhandlet fagligt domæne

Et af Abbotts mest centrale begreber er jurisdiction (jurisdiktion), som dækker over en professions legitime ret til at definere, diagnosticere og handle på problemer inden for et fagligt domæne. Abbott gør det klart, at jurisdiktioner ikke er permanente eller naturgivne, men derimod skabes og omfordeles gennem professionskampe og forhandlinger, særligt i de områder hvor fag mødes og overlappes (Abbott, 1988, s. 3). Et fagligt domæne er i Abbotts optik ikke stabilt, men noget der socialt konstrueres, udfordres og omfordeles over tid. Professioner kan både binde og miste jurisdiktioner, særligt når sociale, politiske og organisatoriske forandringer ændrer betingelserne for, hvilke fag der anses som legitime ejere af bestemte arbejdsområder (Abbott, 1995, s. 559-562).

De tre fase i professionelt arbejde

Abbott beskriver professionelt arbejde som en proces med tre analytiske faser, der tilsammen udgør professionens handlekraft i konkrete cases – herunder i patientforløb.

- *Diagnosis* (problemdiagnose): identificerer og klassificerer et problem gennem sit eget faglige begrebsapparat. Den profession, der får mandat til at stille diagnosen, opnår samtidig stærk jurisdictional kontrol, fordi problemdefinitionen sætter retningen for de løsninger, der senere vurderes som legitime.
- *Inference* (faglig slutningsproces): her fortolker professionen diagnosen og udleder årsagsforklaringer samt fagligt legitime handlemuligheder, som skal gøres forståelige og anvendelige i samarbejdet med andre professioner.
- *Treatment* (praktisk indsats): den udledte problemforståelse omsættes til en praktisk løsning, som professionen forsøger at legitimere gennem organisatoriske relevante handlinger i praksis (Abbott, 1995, s. 52-55).

Boundary work

Abbott fremhæver, at socialt arbejde bedst forstås ud fra dets grænsearbejdende funktion i systemet, som han kalder *boundary work*. Socialarbejdere og beslægtede fagprofessionelle fungerer her som brokere og oversættere mellem fag, sektorer og klienter/patienter, og styrken i arbejdet ligger i evnen til at skabe sammenhæng på tværs af flere faglige domæner, frem for i et lukket vidensmonopol (Abbott, 1988).

Teoretisk refleksion

I analysen anvendes Abbott til at undersøge socialsygeplejerskens fagprofessionelle position og faglige domæne i hospitalets professionssystem. Teorien gør det muligt at analysere:

- Om socialsygeplejersken opnår jurisdiktion i den diagnostiske fase i arbejdet med socialt udsatte patientforløb,
- Eller om hendes rolle i stedet må forstås som *boundary work*, hvor faglig legitimitet skabes gennem koordinering, oversættelse og brobygning i samarbejde med hospitalets øvrige fagprofessioner og eksterne sektorer.

Fokus er dermed ikke, om socialsygeplejersken løser sociale udfordringer alene, men hvordan hun i praksis forhandler retten til at definere og handle på patientens sociale behov i forløbet. Teorien understøtter derfor en professionsorienteret analyse af socialt arbejde på somatiske hospitaler, hvor faglige legitimitet enten tildeles gennem problemdefinition i det tværfaglige samarbejde eller skabes gennem brobygning og koordinering mellem fagprofessioner – med udgangspunkt i patientens sociale livsvilkår og behov under indlæggelsen.

Pierre Bourdieu: praksis i felt og kapitalformer

I dette speciale anvendes Bourdieu til at forstå, hvordan fagprofessionelles praksis formes i samspil med hospitalets organisatoriske rammer og de ressourcer, fagprofessionelle kan bringe i spil. Sociale praksisser kan hverken forklares som rene individuelle valg eller som et direkte resultat af strukturer alene, men må forstås relationelt i krydsfeltet mellem felt, habitus, og kapital (Bourdieu & Wacquant, 1992, s. 97–101). Bourdieu sammenfatter dette samspil i den velkendte praksisformel:

$$(\text{Habitus} \times \text{Kapital}) + \text{felt} = \text{Praksis} \text{ (Wilken, 2011, s. 57)}$$

Formlen illustrerer, at menneskers handlinger formes af deres indlærte dispositioner, deres adgang til ressourcer og de sociale arenaer, de handler inden for (Wilken, 2011, s. 58). Denne tilgang er særligt relevant i en hospitalskontekst, hvor forskellige professioner opererer inden for et felt præget af hierarkier, stærke vidensformer og institutionelle logikker.

Felt

Hos Bourdieu er et felt et socialt rum, hvor mennesker eller professioner indtager forskellige positioner og kæmper om det, der giver værdi i netop dette rum – for eksempel status, indflydelse eller legitimitet. Eksempler på felter kan være politik, uddannelse, socialt arbejde eller sundhed. Hvert felt er relativt selvstændigt, fordi det fungerer efter sin egen logik og sine egne spilleregler, som ikke helt kan reduceres til dem, der gælder i andre sociale områder. Et felt formes af relationer mellem aktørerne, og det er ofte præget af konkurrence eller konflikt – typisk mellem dem, der allerede har en stærk position, og dem, der forsøger at få adgang til feltet. Bourdieu forklarer også, at feltets grænser går der, hvor feltets indflydelse stopper – lidt som et magnetfelt, der påvirker dem, der befinder sig i det, men kun inden for et bestemt område (Mik-Meyer & Villadsen, 2013, s. 52-53).

Habitus

Hos Bourdieu beskriver habitus, hvordan samfundets strukturer bliver kropsligt og mentalt indlejret i mennesker gennem deres liv og opvækst. Habitus kan forstås som de vaner, forståelser og handlemåder, vi lærer gennem livet, som virker naturligt for os, men som i virkeligheden er formet af vores sociale baggrund og erfaringer. Bourdieu forklarer, at habitus består af varige og overførbare måder at opfatte, vurdere og handle i verden på, og at disse mønstre udspringer af, hvad han kalder *den sociale historie*, der sidder i kroppen – altså erfaringer, vi har taget til os, uden at vi altid er bevidste om det. Fordi mennesker vokser op under forskellige sociale, økonomiske og kulturelle vilkår, udvikler de også forskellige habitusser, som giver ulige forudsætninger for at handle og få indflydelse i et felt (Mik-Meyer & Villadsen, 2013, s. 54-55).

Kapital

Hos Bourdieu er kapital de ressourcer og værdier, som mennesker eller grupper kan bruge til at få indflydelse i et socialt felt. Kapital er ikke en fast størrelse – dens værdi afhænger af, hvilket felt den bruges i. Bourdieu fremhæver især tre hovedformer for kapital:

- **Økonomisk kapital** omfatter materielle ressourcer såsom indkomst, ejendom og adgang til økonomiske midler.
- **Kulturel kapital** kan antage en institutionaliseret form (eksempelvis uddannelser og titler) en kropsliggjort form (eksempelvis sprog, faglig dømmekraft og professionelle dispositioner) samt en objektiveret form (eksempelvis adgang til faglige redskaber og dokumentation)
- **Social kapital** refererer til netværk, relationer og sociale forbindelser, som kan aktiveres for at opnå adgang til ressourcer eller støtte (Mik-Meyer & Villadsen, 2013, s. 53-54).

Symbolisk kapital

I forlængelse heraf introducerer Bourdieu begrebet symbolsk kapital, som er de kapitalformer – eller kombinationer af dem – der bliver anerkendt som legitime og værdifulde af andre i feltet. Symbolsk kapital opstår altså gennem fælles, social anerkendelse, ikke gennem ressourcen i sig selv (Mik-Meyer & Villadsen, 2013, s. 53-54).

Doxa og Symbolsk vold

Doxa er de selvfølgeligheder i et felt, som virker naturlige og derfor sjældent bliver sagt højt. Det er de normer og sandheder som tages for givet – for eksempel hvad der anses som professionelt, rigtigt eller legitimt i en bestemt sammenhæng. Doxa er den dominerende måde at forstå verden på i feltet, som de fleste følger uden at stille spørgsmål, fordi den opleves som normal og indflydelse (Mik-Meyer & Villadsen, 2013, s. 55).

Symbolisk vold er en usynlig og indirekte form for magtudøvelse, hvor mennesker tilpasser sig og accepterer feltets normer, selv når de begrænser dem. Volden er ikke fysisk, men virker gennem forventninger, vurderinger og sociale spilleregler. Bourdieu beskriver det som en mild og skjult vold, der kun fungerer, så længe dem, det går ud over, ubevidst er med til at acceptere og følge dem (Mik-Meyer & Villadsen, 2013, s. 56).

Teoretisk refleksion

Bourdieu gør det muligt at analysere hvordan socialsygeplejerskers sociale arbejde påvirkes af deres position i hospitalsfeltet, og hvilken kapital de kan aktivere i samarbejdet med andre fagprofessioner. Med de ovenstående begreber får analysen et professionsrelevant sprog til at undersøge, hvordan hospitalets strukturer og magtforhold former socialsygeplejerskens handlerum i praksis. Fokus er ikke på patienten som problemet i sig selv, men på de organisatoriske og sociale vilkår i feltet, og på hvordan socialsygeplejersker arbejder inden for – og på tværs af – disse vilkår, når de forsøger at skabe sammenhæng i socialt udsatte patientforløb.

Erving Goffman: Stigmatisering og social interaktion

Stigma handler om de situationer, hvor en person bliver set som uden for normen – ikke fordi personen nødvendigvis er det, men fordi omgivelserne tillægger bestemte træk en negativ betydning i mødet mellem mennesker (Jacobsen & Kristiansen, 2009, s. 20). Goffman beskriver, at samfundet organiserer mennesker i sociale kategorier med tilhørende forventninger til adfærd og identitet. Kategorierne fungerer som sociale spilleregler, der hjælper os med hurtigt at orientere os i mødet med andre. Når dette sker, kan personen blive vurderet ud fra forenkede og stereotype forestillinger frem for sin reelle situation og sine behov (Goffman, 1975, s. 12-15).

Goffman skelner mellem tre former for stigma: fysiske, karaktermæssige og tribale stigma. I dette speciale er fokus på de karaktermæssige stigma, der handler om træk som omgivelserne ofte tolker negativt – eksempelvis viljesvagthed, aggression eller manglende selvkontrol. Når et stigma aktiveres, overskygger det ofte individets øvrige egenskaber og kommer til at dominere, hvordan personens ses i situationen (Goffman, 1975, s. 16-17).

Stigma kan føre til – ofte utilsigtet – social distance eller forskelsbehandling, som begrænser personens muligheder for at deltage i sociale fællesskaber (Goffman, 1975, s. 17-18).

Den tilsyneladende identitet og faktiske sociale identitet

Et centralt analytisk skel hos Goffman er forskellen mellem faktisk og tilsyneladende social identitet. Den faktiske sociale identitet refererer til de egenskaber og ressourcer, individet reelt besidder, mens den tilsyneladende sociale identitet handler om de forventninger og

forestillinger, som omgivelserne tillægger personen. Stigma opstår især, når der er et misforhold mellem disse to, og individet vurderes ud fra stereotype billeder frem for konkrete handlinger og behov (Goffman, 1975, s. 14-15). Dette kan skabe mistillid og føre til social distance eller eksklusion.

De egne og de kloge

Goffman beskriver, hvordan personer med stigma ofte finder støtte i relationer, hvor de ikke mødes som afvigende, men som forståelige mennesker i en fælles social situation. Her introducerer han begreberne de egne og de kloge.

De egne er mennesker, der selv deler det samme stigma, og som kan tilbyde forståelse, anerkendelse og moralsk frirum i sociale møder. De kloge er personer, ofte fagprofessionelle, som ikke selv er stigmatiserede, men som gennem tæt kontakt har udviklet indsigt og empati, og derfor kan møde den stigmatiserede uden stereotype antagelser. Goffman understreger samtidig, at relationen til de kloge kan være ambivalent. Selvom den kloge i situationen viser forståelse og accept, kan personen med stigma frygte, at denne accept ikke er stabil eller vedvarende, og at stigmaet igen kan komme til at dominere i fremtidige sociale møder (Goffman, 1975, s. 34-46).

Informationskontrol

Goffman var optaget af, hvordan mennesker med synlige eller usynlige stigma udsættes for et pres for at internalisere omgivelsernes opfattelser af dem selv, og hvordan de forsøger at håndtere denne påvirkning gennem forskellige strategier. Hvor stigmatiseringen knytter sig til individets sociale identitet, forbinder Goffman begrebet informationskontrol med den personlige identitet. Informationskontrol handler om individets forsøg på at styre, hvilke oplysninger om dem selv der bliver synlige for omgivelserne, men henblik på at undgå eller begrænse stigmatisering (Goffman, 2009, s. 83-84).

Face-work

Face-work beskriver, hvordan mennesker i sociale møder forsøger at bevare deres sociale værdighed og det indtryk, de giver af sig selv. Goffman kalder dette sociale indtryk for face – det ansigt eller den identitet, man gerne vil blive opfattet med i en given situation. Når en

personens face bliver truet i en interaktion, kan personen reagere ved at trække sig, blive tavs eller udvise modstand. Goffman understreger, at sådanne reaktioner ikke nødvendigvis skyldes manglende vilje til samarbejde, men ofte et forsøg på at beskytte egen værdighed i situationer, hvor relationen opleves ulige eller presset. Begrebet knytter sig til de rituelle og sociale spilleregler, der findes i interaktioner, hvor deltagerne – bevidst eller ubevidst – forsøger at styre og forhandle, hvordan situationen og hinanden skal forstås. I denne proces bruges også strategier, der relaterer til *impression management* (styring af det indtryk man giver), *in-face* (når ens sociale fremtoning passer til situationen) og *wrong-face* (når der opstår et brud mellem forventninger og fremtoning) (Mik-Meyer & Villadsen, 2013, s. 35).

De miskrediterede og de potentielt miskrediterede

Goffman skelner mellem de miskrediterede og de potentielt miskrediterede personer. De miskrediterede er personer, hvis stigma er synligt eller allerede kendt i den sociale situation. De potentielt miskrediterede har dermed et stigma, som endnu ikke er synligt eller kendt af omgivelserne (Goffman, 1975, s. 16-17). Stigmaets synlighed påvirker, hvordan personen mødes, herunder hvor stærkt stigmaet fylder i situationen, og hvilken forhåndsviden omgivelserne handler ud fra.

Teoretisk refleksion

Goffmans stigmatteori gør det muligt at analysere socialsygeplejerskers praksis i de konkrete sociale møder på hospitalet, hvor relationer, normer og forventninger hele tiden er spil. Med Goffmans begreber kan jeg belyse, hvordan stigmatiserende processer og forventningsbrud kan påvirke interaktionen – både i mødet med socialt udsatte patienter og i det tværfaglige samarbejde. Teorien hjælper med at undersøge, at stigma ikke er noget, patienten er, men noget, der kan opstå i situationen, når bestemte sociale fortællinger eller organisatoriske logikker kommer til at dominere mødet. Det kan vise sig i den måde patienter omtales, forstås eller mødes på, og i, hvilke behov der får opmærksomhed og legitimitet i dialogen mellem fagprofessioner.

Analysestrategi

Specialets analyse er tilrettelagt med henblik på at forstå, hvordan socialsygeplejersker udfolder socialt arbejde i den kliniske hverdag på hospitalet. Analysen placerer sig i den forstående samfundsvidenskabelige tradition, inspireret af den tyske sociolog, Max Weber, som beskriver formålet med denne tilgang på følgende måde *“(...) en videnskab, som vil give en fortolkende forståelse af social handling, og dermed en årsagsforklaring af denne handlings forløb og virkninger”* (Olesen, 2018, s. 159). Med dette afsæt retter analysen fokus mod socialsygeplejerskernes egne beskrivelser af deres rolle, faglige vurderinger og konkrete handlinger i patientforløb med socialt udsatte patienter. Teori anvendes ikke som et filter, der skal testes, men som et fleksibelt analytisk redskab, der kan belyse og nuancere empirien undervejs i analyseprocessen (Olesen, 2018, s. 150-154).

Analysestrategien bygger på en abduktiv tilgang, hvor forståelsen udvikles i et dynamisk samspil mellem interviewmateriale og teori. Centrale temaer er således ikke fastlagt på forhånd, men trådte tydeligt frem i mødet med empirien og har løbende skærpet analysens retning og fokus (Olesen, 2018, s. 152).

Specialet arbejder ud fra en teorifortolkende analysestrategi, hvor teori bruges som støtte til at forstå praksis – ikke til at udvikle eller teste teori i sig selv (Olesen, 2018, s. 152). Teorierne bidrager med forskellige perspektiver på, hvordan sociale hensyn, normer og faglige vilkår påvirker sociale socialsygeplejerskens muligheder for at skabe sammenhæng, kontinuitet og værdighed i det enkelte patientforløb.

Analysestrategi i praksis

For at sikre en systematisk og gennemsigtig analyseproces er specialets analyse opdelt i tre overordnede faser, som afspejler den praktiske arbejdsgang fra første gennemlæsning af interviewene til den endelige fortolkning og syntese.

Fase 1: Kodning og meningsdannelse

Analysearbejdet blev indledt med en åben og undersøgende gennemlæsning af interviewmaterialet. Denne fase havde et eksplorativt sigte, hvor fokus var på at identificere gennemgående meningsindhold og mønstre i socialsygeplejerskernes beskrivelser af deres sociale arbejde på hospitalet. Teori blev ikke anvendt systematisk her, men kodningen tog

afsæt i informanternes egne ord for at sikre, at de første analytiske temaer udsprang direkte af empirien. I denne proces blev følgende foreløbigt temaer identificeret som pejlemærker for en videre analyse:

- Socialsygeplejerskens fagprofessionelle praksis
- Mødet med socialt udsatte patienter
- Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde og koordinering
- Stigma og sociale barrierer i hospitalsarenaen

Formålet i denne fase var ikke at kvantificere udsagn eller bekræfte på forhånd fastlagte antagelser, men at identificere og fortolke de meningsmønstre, der tværs af interviewene former socialsygeplejerskernes praksis og deres arbejde med socialt udsatte patienter.

Fase 2: Teoretisk fortolkning og strukturering

I denne fase blev de empiriske temaer koblet til specialets teoretiske perspektiver. Teorierne blev brugt som fortolkende værktøjer til at forstå socialsygeplejerskernes praksis – ikke til at testet eller udvikle teori. I denne fase trak jeg særligt på:

- **Andrew Abbott**, for at analysere hvordan socialsygeplejersker forhandler og afgrænser faglige roller i et hospitalsfelt, der er stærkt præget af medicinske og kliniske prioriteringer.
- **Pierre Bourdieu**, for at belyse hvordan deres sociale arbejde formes af positioner, normer og magtforhold i hospitalsfeltet, samt hvordan de bringer faglig, social og relationel kapital i spil for at opnå legitimitet og indflydelse i udsatte patientforløb.
- **Erving Goffman**, for at få blik for de nære, sociale interaktioner på hospitalet – især i relation til stigma, tillid, forventningsbrud og strategier for at beskytte patientens sociale værdighed.

Med denne tilgang bevægede analysen sig fra det beskrivende til de teoretiske forankrede, hvor teorierne fungerede som redskaber til at strukturere forståelse og nuancere de mønstre, dilemmaer og forhandlinger, der trådte frem i interviewene (Olesen, 2018, s. 152).

Fase 3: Analytisk syntese og refleksion

I tredje og sidste fase blev de empiriske og teoretiske indsigter samlet i en analytiske syntese med afsæt i specialets problemformulering og undersøgelsesspørgsmål:

Hvordan praktiserer socialsygeplejersker socialt arbejde på hospitalet, og hvordan arbejder de med at skabe sammenhæng i patientforløb for socialt udsatte patienter?

Undersøgelsesspørgsmål:

1. Hvordan beskriver socialsygeplejersker deres arbejde med at skabe sammenhæng i patientforløb for socialt udsatte patienter?
2. Hvordan navigerer socialsygeplejersker i hospitalets organisatoriske rammer og tværfaglige samarbejde i deres daglige praksis?
3. Hvordan beskriver og håndterer socialsygeplejersker stigmatisering og sociale barrierer i mødet med socialt udsatte patienter i hospitalet?

I denne fase var fokus på at sammenholde de faglige fortællinger med de organisatoriske og sociale vilkår, der trådte frem i interviewene.

Analyse

Afsnittet præsenterer specialets analyse med fokus på at besvare problemformuleringen.

Jeg vil i første analysedel undersøge følgende undersøgelsesspørgsmål:

1. Hvordan beskriver socialsygeplejersker deres arbejde med at skabe sammenhæng i patientforløb for socialt udsatte patienter?
2. Hvordan navigerer socialsygeplejersker i hospitalets organisatoriske rammer og tværfaglige samarbejde i deres daglige praksis?

I første analysedel undersøger jeg socialsygeplejersken som en fagprofessionel i en somatisk hospitalskontekst. Jeg anvender Abbotts begreber om profession og jurisdiktion til at belyse, hvordan socialsygeplejerskens opgaver og faglige domæne på afgrænses, legitimeres og forhandles i et organisatorisk felt med stærke etablerede videns- og ansvarslogikker. Bourdieus inddrages som et supplerende praksisteoretisk perspektiv med fokus på, hvordan socialsygeplejerskens handlerum påvirkes af feltets struktur og de kapitalformer, som hun kan mobilisere i det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde. Denne analysedel fokuserer dermed på, hvordan faglig legitimitet og indflydelse skabes i praksis, og hvilke vilkår der præger muligheden for at tænke og handle helhedsorienteret i udsatte patientforløb.

I anden analysedel retter jeg fokus mod følgende på mit andet undersøgelsesspørgsmål:

1. Hvordan beskriver og håndterer socialsygeplejersker stigmatisering og sociale barrierer i mødet med socialt udsatte patienter i hospitalet?

I denne del undersøger jeg de mikrosociale processer, der former mødet mellem den fagprofessionelle, patienten og hospitalskulturen. Med udgangspunkt i Goffmans stigmatteori undersøger jeg, hvordan stigmatisering kan præge interaktioner i hospitalsarenaen, og hvordan sociale forventningsbrud, kategoriseringer og afstandsskabende processer kan påvirke relationer og samarbejdsmuligheder i praksis.

Jeg inddrager Goffmans begreber for at belyse, hvordan sociale reaktioner og strategier kan forstås som situerede forsøg på at bevare værdighed i møder, hvor normer og magtforhold opleves ulige eller fastlåste. Derudover undersøger jeg, hvordan stigma kan dæmpes i praksis, og hvilke faktorer der kan styrke oplevelsen af sammenhæng og lige deltagelse i patientforløbet hos den socialt udsatte.

Analyse del 1

Denne del af analysen belyser, hvordan socialsygeplejersker indgår som fagprofessionel aktør i hospitalets interne og tværfaglige interaktioner. Fokus er på, hvordan deres fagprofessionelle roller og handlerum formes i et felt præget af tidspres, klinisk fagsprog og standardiserede arbejdsgange, som ikke alle patienter har lige forudsætninger for at navigere i.

Socialsygeplejersken som fagprofessionel i hospitalskonteksten

Hospitalet udgør et organisatorisk og professionelt felt præget af standardiserede arbejdsgange, højt tempo samt omfattende krav til digital dokumentation og tværfaglig koordinering. Ifølge Sundhedsstyrelsen kan disse strukturer skabe barrierer for socialt udsatte patienter, da patientforløb i praksis forudsætter ressourcer som digitalt overskud, systemkendskab og organisatorisk navigationsevne – forudsætninger, der ikke er ligeligt fordelt blandt patientgrupper (Sundhedsstyrelsen, 2022b, s. 36-41).

I denne kontekst træder socialsygeplejersken frem som en socialfaglig fagprofession, der arbejder på tværs af afdelinger og sektorer med fokus på at understøtte sammenhængende patientforløb for socialt udsatte patienter. Rolle er ikke altid entydigt formaliseret i hospitalets organisering, men konstrueres og forhandles i praksis i samspil med fagprofessionelle både internt på hospitalet og på tværs af sektorer (Region Hovedstaden, 2025). I Abbotts forstand opnår en fagprofession handlekraft og legitimitet ved at forhandle og afgrænse sin jurisdiktion – særligt i rette til at definere, fortolke og handle på bestemte problemtyper i organisationen (Abbott, 1995, s.552-554). Socialsygeplejersken besidder ikke en lukket eller formelt tildelt jurisdiktion over sociale problemforståelser i hospitalet, men forhandler sig i praksis til et legitimt handlerum ved at gøre sociale forhold behandlingsrelevante i samtalen med fagprofessionelle, uden at udfordre den medicinske logik som feltets dominerende doxa.

Set gennem Bourdieu kan hospitalet forstås som et felt præget af professionshierarkier, hvor kliniske fagprofessioner besidder den mest anerkendte kulturelle og symbolske kapital, hvilket giver dem størst indflydelse på prioriteringer og organisering af patientforløb (Mik-Meyer & Villadsen, 2013, s. 53-54). I. For at få gennemgang i dette felt aktiverer socialsygeplejersken primært:

- Kulturel kapital, i form af klinisk erfaring, faglig dømmekraft og organisatorisk kendskab til hospitalets arbejdsgange,
- Social kapital, gennem relationer og tværsektorielle netværk med fagprofessionelle og eksterne samarbejdsflader, herunder kommunale og sociale tilbud,
- Symbolsk kapital, når hendes vurderinger og interventioner anerkendes af ledelse og fagprofessionelle som essentielle for patientforløbets sammenhæng og kontinuitet.

Hendes praksis er dermed ikke kun patientorienteret, men i høj grad strategisk felt-navigerende, hvor sociale problemstillinger løbende oversættes og integreres i tværfaglige samarbejdsprocesser som forudsætninger for klinisk behandlingskontinuitet og reel patientdeltagelse i eget forløb. Handlekraften i socialt arbejde opstår dermed ikke isoleret hos socialsygeplejersken, men i de situationer, hvor fagprofessionelle i feltet tillægger hendes kapital og problemforståelse værdi og organisatorisk relevans.

Dette kommer blandt andet til udtryk hos socialsygeplejersken Sofie, som fortæller:

“(...) vores opgave her på hospitalet, det er jo at understøtte behandling her på hospitalet og sikre at borgerne får de optimale muligheder for at gennemføre deres behandling på hospitalet”. (Bilag 2, s. 1)

Udsagnet illustrerer, at Sofie forstår sin funktion som understøttende og faciliterende i relation til patientforløbet, frem for som klassisk somatisk sygepleje med fokus på plejeopgaver. Hendes praksis retter sig mod at skabe forudsætninger for, at den socialt udsatte patient kan fastholdes i og gennemføre et sammenhængende klinisk forløb under indlæggelse. Når Sofie fremhæver støtte, overblik og muligheder som sin kerneopgave, peger det på en professionel strategi, hvor socialsygeplejersken arbejder for at styrke patientens deltagelsesmuligheder og tværfaglige oversættelser af sociale behov til behandlingsrelevante handlinger i feltet. Hendes rolle kan dermed forstås som en forhandlet jurisdiktion praksisform, hvor handlekraften i socialt arbejde opstår i de situationer, hvor fagprofessionelle og ledelse anerkender de sociale interventioner som essentielle for at sikre behandlingskontinuitet og patientens reelle mulighed for at gennemføre patientforløbet.

Anne beskriver hendes rolle som en funktion, der skaber støtte og overblik gennem tæt følgeskab med patienten:

“og så går vores primær arbejde ud på at sørge for at vores borgere får en god behandling imens de er indlagt. Øhm når man bliver indlagt, så handler det om undersøgelser, fået taget blodprøver, stuegang, samtaler med forskellige og alt muligt ikke? Og det noget som kan fylde meget hos borgeren, så min opgave er også at være deres ledsager og støtte dem igennem behandlingen (...).” (Bilag 5, s. 2)

Annes udsagn viser, at hun i praksis arbejder for at aflaste patienten i den organisatoriske navigation, ved selv at være fysisk og relationelt til stede i forløbet. Hun positionerer sig dermed som en fagprofession i hospitalsfeltet, hvor hendes primære bidrag ikke klassiske plejeopgaver, men at muliggøre patientens kontinuerlige deltagelse i det kliniske forløb.

I Bourdieus forstand kan hospitalet forstås som et professionelt felt med stærke interne spilleregler og hierarkier, hvor bestemte praksisformer og prioriteringer fremstår som selvfølgelige og sjældent begrundes eksplicit. Dette udgør feltets doxa – en dominerende klinisk logik, der strukturerer både hverdagsarbejde og det tværfaglige samarbejde (Mik-Meyer & Villadsen, 2013, s. 55). Socialsygeplejerskens funktion handler i denne optik ikke om at ændre feltets grundstruktur, men om at skabe bedre betingelser for den socialt udsatte patients mulighed for at blive i og gennemføre sit patientforløb, uden at ansvaret for sammenhæng og koordinering individualiseres hos patienten selv. For at opnå dette aktiverer Anne sin kulturel, social og symbolske kapital (Mik-Meyer & Villadsen, 2013, s. 53-54).

Ifølge Helle kræver hendes arbejde hurtig og intuitiv omstilling i en hospitalshverdag, hvor patientforløb kontinuerligt ændrer sig:

“Ja, jeg ved jo aldrig hvad jeg møder ind til. Og det er fordi det er et hospital og døren er åben hele døgnet (...) man skal være meget omstillingsparat. Nærmest som en kamæleon. Du skal jo også være obs. på hvem er det du taler med”. (Bilag 3, s. 1)

Helles metafor *kamæleon*, kan i Bourdieus forstand forstås som udtryk for en professionel habitus, hvor klinisk erfaring og praktisk sans er kropsligt indlejret (Mik-Meyer & Villadsen, 2013, s. 54-55), og gør hende i stand til hurtig at aflæse og agere i et felt med skiftende krav

og professionsmandater. Når Helle fremhæver, at man skal være opmærksom på, *hvem hun taler med*, peger hun samtidig på, at hendes praksis formes i en relationel afstemningsproces med andre fagprofessioner, hvor socialfaglig viden og kompetence får gennemslagskraft i feltet, når den kan aktiveres via kulturel, social og symbolsk kapital i samarbejdet med fagprofessionelle (Mik-Meyer & Villadsen, 2013, s. 53-54).

Socialsygeplejerskens mandatforhandling i et medicinsk domineret felt

Hospitalshverdagen er kendetegnet ved tidspres og standardiserede procedurer, som former de fagprofessionelles mulighed for at udøve helhedsorienterede hensyn i patientforløb (Ludvigsen & Brünés, 2013, s. 114-145). Socialsygeplejersken må derfor indpasse deres sociale opgaver i eksisterende arbejdsgange, samtidig med at deres mandat og organisatoriske faglige autoritet løbende forhandles i praksis (Andrés et. al., 2023, s. 44-58). Dette kommer tydeligt til udtryk, når Helle beskriver, hvordan hendes socialfaglige opgaver modtages i feltet:

“Jamen, jeg tror det nogle gange er de rammer, som vi arbejder under. Øøhmm det kan nogle gange være lidt forstyrrende at jeg kommer, fordi at jeg måske gerne have en absencescoreing eller gerne vil have den ene eller anden, og nogle gange så løber de så stærkt og jeg synes jo man kan løbe rigtigt stærkt, men man af der observationer gør man jo i forvejen, I skal jo måske udfylde to eller tre trin mere (...).” (Bilag 3, s. 4)

Helles udsagn viser, at hendes socialfaglige opgaver ikke afvises, men kan opleves som forstyrrende, fordi de lægges oven på eksisterende kliniske krav, som allerede udføres af andre fagprofessioner i et accelereret tempo. Hun peger dermed på, at barrieren ikke handler om fagprofessionel modstand i sig selv, men om feltets strukturelle organisering, hvor sociale opgaver bliver et ekstra lag – snarere end en integreret del af den kliniske planlægning.

I Abbotts optik kan Helles rolle forstås som en jurisdiktionskrav, der ikke er formelt forhåndstildelt af hospitalet, men som må etableres og forhandles i praksis gennem boundary work i de overlap og grænsezoner, hvor flere fagprofessioner potentielt kan gøre krav på samme arbejdsdomæne (Abbott, 1988).

Abbott beskriver, at professioner opnår legitimitet ved at omsætte deres problemforståelse til organisatorisk relevante og operationelle handlinger i konkrete cases, frem for ved at opnå eksklusiv juridisk kontrol over et afgrænset fagligt domæne (Abbott, 1988, s. 3). Helle praksis handler dermed om at gøre sociale forhold samarbejds-anvendelige ved at afstemme sit faglige ærinde med andre professioners logikker og omsætte sin relationelle kapital til koordinerede samarbejdsspor, som øvrige fagprofessionelle kan handle videre på i patientforløbet. Set gennem Bourdieu befinder Helle sig i et hospitalsfelt, hvor medicinsk viden udgør feltets doxa, og hvor de kliniske fagprofessioner besidder den mest anerkendte symbolske kapital.

Dette leder videre til Annes fortælling, hvor hun beskriver hvordan hendes rolle ofte tager form i de situationer, hvor ansvar og overblik er spredt mellem flere fagprofessioner i hospitalsfeltet. I disse mellemrumsopgaver træder hun ind som aktiv koordinator, der samler samarbejdsspor på tværs af sektorer:

“(...) jeg skal ringe rundt, det kan være misbrugscentret, sagsbehandler eller måske pårørende, fordi ingen sidder med det store overblik her på hospitalet. Så vælger jeg at overtage opgaven og samle trådene, så forløbet kan hænge sammen”. (Bilag 5, s. 2)

Med Abbott kan Annes funktion forstås som et jurisdictional claim, der etableres i praksis gennem boundary work, særligt i de situationer, hvor en opgave ikke allerede er forankret hos en klar fagprofessionel aktør i organisationens arbejdsgange. Abbott beskriver, at professioner udvikler og styrker deres mandat der, hvor faglige jurisdiktioner overlapper eller efterlader et ledigt handlerum, og hvor retten til at definere og løse problemer derfor må skabes i samarbejde omkring konkrete cases (Abbott, 1988). Anne får dermed autoritet ved at omsætte sociale forhold til operationelle samarbejdsspor i konkrete patientforløb, så andre fagprofessionelle kan handle videre på hendes problemforståelse, slutninger og koordinering. Hendes sociale kapital bliver derudover synlig i den opsøgende kontakt, mens hendes kulturelle kapital træder frem i evnen til at oversætte social viden til hospitalskontekst og koordinere inference- og treatment-spor i samarbejdet, uden at påkalde sig eksklusive domænekontrol (Abbott, 1995, s. 552-554).

I forlængelse heraf beskriver Malene, hvordan hendes praksis rummer en vedvarende og procesnær søgen efter de løsninger – også når en patient gentagne gange indlægges:

“Det er svært at bevare motivationen når du har set det samme menneske 30 gange på et halvt år og tænkt nu må det sgu snart ske noget, altså vi har prøvet alt, men det har vi jo ikke, fordi vi har jo ikke fundet det rigtige endnu, så der er jo stadigvæk nogle muligheder der ikke er afprøvet og det så dem vi skal finde ud af (...)”. (Bilag 4, s. 3)

Udsagnet viser, at Malene ikke forstår gentagne indlæggelser som et tilbageslag i sig selv, men som et strukturelt vilkår i patientforløb, der fortsat kan åbne for nye handlemuligheder, når de rette samarbejdsspor endnu ikke er fundet og koordineret. Dette supplerer rapportens *Socialsygepleje i somatik og psykiatri* pointe om, at socialsygeplejerskens arbejde foregår i hospitalets organisatoriske mellemrum – et praksisområde, hvor hendes opgaver ikke følger en fast plan, men formes gennem opsøgende koordinering og flere samtidige spor i patientens forløb under indlæggelse (Ludvigsen & Brünés, 2013, s. 74-75). Rollen fremstår dermed ikke som metodestyret, men som en fleksible og forhandlende praksisform, hvor faglig troværdighed og vedholdenhed bruges til at skabe sammenhæng og adgang for patienter med komplekse sociale vilkår.

Dette lader videre til Sofies fortælling, hvor hun formulerer en socialfaglig forpligtelse over for patienter, der står med mange barrierer for adgang til sundhedstilbud:

“(...) men det er de her borgere, som jeg også synes vi har en forpligtelse til, altså de her borgere, som kan være aller længst væk fra de her sundhedstilbud, som jeg synes er spændende at arbejde med, altså at de også får adgang til sundhed og sikre sig at de får adgang, fordi igen, de vil sååå gerne, men det kan bare være rigtig mange barrierer i forhold til dette (...)”. (Bilag 2, s. 3)

Med Bourdieu kan dette udsagn forstås som et eksempel på ulig kapitalfordeling i hospitalsfeltet, hvor nogle patientgrupper har vanskeligere ved at honorere feltets implicitte krav (doxa) om tempo, selvkoordinering og systemkendskab. I Sofies fortælling fremstår patientens udfordringer som mangel på:

- Økonomisk kapital: stabile hverdagsressourcer, tid og praktiske midler til at følge sundhedssystemets institutionelle forventninger

- Social kapital: netværk, relationer og gensidig støtte, der kan hjælpe dem gennem et komplekst patientforløb
- Kulturel kapital: kendskab til feltets sprog, regler og koordinationslogikker samt overskud til at afkode hospitalets doxa

Sofie beskriver samtidig, hvordan hun trækker på sin professionelle habitus, som i interaktionen kan fungere som symbolsk kapital i form af faglig legitimitet og praktisk autoritet. Hun anvender denne kapital til at få social viden til at tælle i et felt, hvor medicinske logikker dominerer som doxa.

Socialsygeplejerskens relationsbaseret adgangsarbejde

Sofie beskriver sin rolle som et vedholdende relation- og adgangsarbejde i de faglige interaktioner, hvor patientens behov og motivation kan være til stede, men hvor deltagelsen i mødet afhænger af, hvordan interaktionen opleves:

“(...) hvis man ikke viser interesse og er åben for at lytte til dem, så lukker de bare af og gider ikke. Man bliver altså nødt til at møde dem, hvor de er”. (Bilag 2, s. 8)

Citatet illustrerer, hvordan relationelle signaler i interaktionen tidligt regulerer patientens deltagelse, især hvis mødet opleves uden engagement eller oprigtig nysgerrighed. Det er dermed ikke fraværet af indlæggelsen, men fraværet af oplevet invitation ind i mødet, der kan svække patientforløbets sociale og faglige sammenhæng.

Denne pointe spejles også i rapporten *Social Udsattes møde med sundhedsvæsnet*, der hvor relationen mellem den socialt udsatte og den fagprofessionelle beskrives som en grundlæggende forudsætning for samarbejds kvaliteten – særligt for patienter med tidligere erfaringer i hospitalet, hvor deres behov eller stemme ikke altid synes at have fået plads i feltets hurtige og medicinske dominerede problemforståelser. I denne sammenhæng kan nysgerrighed og dialog forstås som praksisgreb, der ikke i sig selv ændrer patientens mulighed for at være indlagt, men som styrker oplevelsen af deltagelse og faglig relevans i mødet. Når sociale behov og sundhedsfaglige opgaver skal bringes i spil på tværs af fagprofessioner og sektorer, kan relationsarbejdet dermed få betydning for, hvor robust og sammenhængende

patientforløbet opleves og bliver i praksis – særligt i multiprofessionelle og tværsektorielle forløb.

Anne supplerer perspektivet ved at beskrive, hvordan socialt udsatte patienter kan opleve mødet på hospitalet som skrøbeligt, når indlæggelseshverdagen samtidig rummer mange krav, tidsplaner og faglige forventninger:

“Mange af dem som bliver indlagt her, har brug for, at der er nogen der gerne vil lytte til dem og forstår dem og viser dem gensidig respekt (...)”. (Bilag 5, s. 4)

Anne beskriver her ikke en bestemt metode, men snarere et relationelt vilkår i feltets fagprofessionelle interaktioner, hvor patientens habitus kan påvirke, hvad der opleves muligt og legitimt at udtrykke i mødet. Når hospitalets dominerende doxa – præget af tempo, effektivitet og kliniske prioriteringer – sætter rammerne for interaktionen, kan relationsarbejdet blive et område, der kræver ekstra social og praktisk afstemning for, at patientens stemme kan få plads som et relevant bidrag i samarbejdet. Disse perspektiver genkendes i rapporten *Sundhedsindsatser målrettet socialt udsatte borgere*, som fremhæver, at mentale og praktiske barrierer – herunder manglende overskud og oplevelsen af ikke at blive set eller hørt som person – kan påvirke patientens deltagelsesmuligheder i faglige samtaler og beslutningsrum (Sundhedsstyrelsen, 2022a, s. 8-16).

Anne og Sofies arbejde kan i denne optik forstås som et relationsbåret adgangsarbejde, der aktiveres netop der, hvor patientens motivation er til stede, men hvor forudsætningerne for at udtrykke den kan være svækket. Her bliver relation, respekt og konkrete koordinerede handlinger det, der midlertidigt forskyder den sociale vægt i mødet, så patientens vilje og behov kan siges højt, genindtræde i samarbejdssporet og gøres mindre sårbart – også i de patientforløb, der hakker eller gentages som følge af genindlæggelser.

Fagligt handlerum og kapitalens betydning i hospitalsfeltet

I hospitalets hverdag beskriver Helle sin rolle som en gennem små, uformelle praksisgreb, der får betydning i mødet med socialt udsatte patienter. Hendes fortællinger viser, at hendes handlerum ikke udspringer af medicinsk autoritet, men af relationsskabende interaktioner, hvor kontakt og tryghed kan åbne mulighed for deltagelse i patientforløbet:

“Som socialsygeplejerske og kan tilbyde en cigaret hvis det er det man har brug for eller en kop kaffe eller, så det er på en anden måde, så kommer man med en anden faglighed, men jeg jo hellere ikke magt over om de skal have noget medicin”. (Bilag 3, s. 3)

Med Bourdieu kan Helles rolle forstås som en feltposition, hvor kapital aktiveres i praksis, snarere end som en formel tildeling af autoritet. Dermed kan Helles rolle forstås som en relationelt opbygget feltposition, hvor

- Social kapital bringes ind i interaktionen gennem nærvær og genkendelige kontaktformer,
- Og kulturel kapital omsættes praktisk ved at vide, hvilke behov og kontaktformer der kan være relevante i situationen,
- I et felt hvor klinisk logik og medicinsk viden ofte har størst symbolsk tyngde (Mik-Meyer & Villadsen, 2013, s. 52-54).

Helles mandat er således ikke autonomt eller styrende, men noget der formes og får værdi i det interaktionelle rum, når hendes praksisbidrag møder både patientens behov og de fagprofessionelles krav om praktisk anvendelighed i hverdagen.

I forlængelse af Sofie betoning om det relationelle møde, understreger Malene, at socialt udsatte patienter ofte har brug for et langsommere interaktionstempo, end det hospitalets hverdagslogikker typisk lægger op til. Hun beskriver tid som en aktivt prioritet ressource i sin fagprofessionelle praksis, ikke som fravær af travlhed:

“En af de gode ting med vores stilling er nemlig det her, med at vi har rigtig for tid, selvom vi har travlt, så tager vi os god tid til de her mennesker, og det tror jeg også gør en stor forskel særligt, fordi de ofte oplever et meget travlt personale.” (Bilag 4, s. 5)

Med Bourdieu kan hospitalet forstås som et socialt felt, hvor højt tempo, korte indlæggelser og effektiv fremdrift fungerer som en del af feltets doxa – altså de implicitte normer og rytmer, der sjældent forklares alene, men som former, hvordan samarbejde og patientforløb afvikles (Mik-Meyer & Villadsen, 2013, s. 52-53, 55). Når Malene fremhæver at hun *tager sig god tid*, kan det i Bourdieus optik forstås som en rytmisk afvigelse fra feltets doxa, hvor hun forsøger at tilpasse interaktionens tempo, så patientens deltagelsesmuligheder i eget forløb styrkes. Tid fungerer her som en praktisk ressource i interaktionen, der kan åben for:

- Stærkere relationel forankring mellem patient og fagprofessionelle
- Øget oplevet adgang til dialog, særligt for patienter der tidligere har erfaret, at deres behov overses i hurtige, klinisk styrede indlæggelser
- Mere robust koordinering i de efterfølgende skridt i patientforløbet, når flere fagligheder og sektorer skal bringes i spil.

I et andet citat beskriver Sofie hvordan hendes langvarige kendskab til patienter fra tidligere indlæggelser giver hende et særligt afsæt i de faglige interaktioner:

“(...) så tænker jeg også rigtigt meget at det er jo også relations-bundet, fordi nogle af de her borgere har man jo kendt længe, man kender deres ... eller ved meget om deres situation, så de skal ikke åbne op for det helt store gavebord”. (Bilag 2, s. 1)

Metaforen *ikke åbne op for det helt store gavebord* kan forstås som et billede af, at patientens sociale vilkår og livsomstændigheder ikke behøver at blive præsenteret fra bunden i hver interaktion. Sofies relationelle forhåndskendskab fungerer her som social kapital, som styrker hende hendes position i mødet med patienterne og de øvrige fagprofessionelle.

Sofie beskriver også en praksis, hvor hendes rolle ikke handler om at reducere kompleksitet, men om at placere den sociale viden strategisk i interaktionen, så den kan indgå i feltets faglige logik og få relevans i de korte og ofte medicinsk-dominerede fagprofessionelle samtaler. Hendes udsagn kan også pege på et muligt felt-vilkår, hvor hospitalets doxa, kan skabe pres for, at professionel viden skal være både præcis, genkendelig og tidsafstemt, hvis den skal kunne indgå i samtalen med andre fagprofessioner. I den optik bliver relationen ikke kun et kendskab, men en positionel ressource i feltet.

Sofie fortæller samtidig hvordan relationen til den socialt udsatte patienter både kan fungere som en praktisk genvej i patientforløbets tidlige faser, og samtidig skaber en stærkere professionel forpligtelse i feltets samarbejdsrelationer:

“Jeg kan måske også komme nogle ting i forkøbet og på den måde tror jeg også når man har relationen, jamen så forpligter det jo også lidt mere, fordi jeg vil heller ikke brænde karrene af (...)”. (Bilag 2, s. 2)

Når Sofie siger, at hun ikke ønsker at *brænde karrene af*, kan det forstås som et udtryk for:

- At hun markerer et ønske om at bevare den relationelle forhold, der gør samarbejde og koordinering muligt i interaktionen,
- Og samtidig viser en feltfornemmelse for, at relationer kan være skrøbelige i et sundhedssystem med mange forskellige aktører og skiftende ansvar.

Sofie påpeger, at relationen ikke kun er et kendskab, men kan også forstås som et strategisk og anerkendt kapitalform, som hun aktivt forvalter for at sikre, at koordinering og samarbejde kan fortsætte.

Relationen og det at have et forhåndskendskab til patienten bliver også et centralt udgangspunkt i Malenes beskrivelse af sin praksis. Fordi hun ofte har mødt patienterne tidligere, trækker hun i interaktionen på et allerede etableret relationelt erfaringsgrundlag, som også omfatter indsigt i patientens typiske reaktionsmønstre og behov i hospitalets hverdag:

“(...) jeg altid har en lille værktøjskasse med papir, forskellige pjecer, og forskellige telefonnumre med mig og så skriver jeg altid tiderne ned på papir og giver patienten det i hånden eller så vælger jeg også at ringe sammen med patienten, så aftalerne faktisk bliver til noget”. (Bilag 4, s. 5-6)

Hendes handlinger peger på hendes professionelle habitus, der gør at Malene kan forudse, hvordan:

- Mundtlige aftaler kan miste kraft i feltets tempo,
- Og hvordan skriftlighed og fælles opkald kan fungere som kapital, der fastholder fremdrift i forløbet, når overskuddet hos patienten kan være lavt, og når hospitalets doxa ikke matcher den hverdag, patienten kommer med.

Dette resulterer i at Malene gør aftalerne mere synlige, delbare og konkrete i interaktionen mellem hende og den socialt udsatte, så patientforløbet ikke kun hviler på patientens eget initiativ, men på et fælles interaktionelt ansvar, der holdes i spil, mens patienten er indlagt.

Fagprofessionelle i hospitalsfeltet

Samarbejdet med øvrige fagprofessionelle udgør en gennemgående del af socialsygeplejerskens praksis i hospitalsfeltet. Hospitalet kan med Bourdieu forstås som et socialt felt, hvor medicinske prioriteringer og effektivitet udgør en stærk doxa. Sundhedsstyrelsen beskriver, at standardiserede og accelereret forløbsafvikling kan skabe organisatoriske barrierer for socialt udsatte patienter, hvilket også kan føre til, at manglende fremmøde mistolkes som manglende vilje (Sundhedsstyrelsen, 2022, s. 36-41).

I denne sammenhæng forklarer Anne, hvordan forskelle i kapital og habitus i feltet kan skabe misafstemning og frustration i samarbejdet:

“(..) jeg bruger tit tid på at forklare mine kolleger, hvorfor borgeren måske ikke møder op. Det er ikke fordi han er ligeglad, men ofte er det fordi hans liv er så kaotisk, at han slet ikke kan overskue mere. Og selvfølgelig hvis man ikke forstår det, jamen så bliver man jo bare frustreret (...)”. (Bilag 5, s. 8)

Anne beskriver sin rolle i de interaktionelle zoner i patientforløbet, hvor fagprofessionelles habitus – det vil sige de indlejrede handle – og kommunikationsmønstre, som feltets aktører har med sig – kan kollidere:

- Hospitalet som felt ofte forudsætter planlagt fremmøde og digitalt overblik som en naturlig del af samarbejdets kommunikationsform (doxa).
- Patientens habitus og kapitalgrundlag ikke matcher disse normer, fordi deres hverdag kan være præget af ustabilitet og begrænset overskud til at afkode feltets implicite regler.

Anne understreger, at kollegernes frustrationer ikke nødvendigvis handler om manglende empati, men om tid, indsigt og mulighed for at arbejde med social viden i feltet som organisatoriske betingelser i interaktionen. Annes udsagn kan i den optik forstås som et eksempel på, at hun arbejder med oversættelse og vidensformidling, så patientforløbet ikke løser sig i misforståelser, og så samarbejdet også rummer mere end den medicinske del.

I forlængelse af ovenstående beskriver Helle, hvordan hendes funktion må indpasses og afstemmes relationelt i samarbejdet med andre fagprofessionelle:

“(...) men altså jeg synes det er det sværeste i det her arbejde, det er faktisk mine kollegaer, og at forstå at jeg kommer ikke at overtage eller løfte fingeren, selvom det godt kan være nogle gange virke sådan men jeg kommer for at sikre mig at vi får løftet den her patient godt sammen”. (Bilag 3, s. 4)

Helle fremhæver her en usikkerhed i de fagprofessionelle samarbejdsrelationer, der kan opstå, når en ny funktion træder ind i et felt med allerede etablerede roller, arbejdsgange og faglige prioriteringer. Hun afviser ikke samarbejdet, men peger på, at rolleforståelse og ansvarsmarkering er noget, der løbende må afstemmes i interaktionen mellem fagprofessionelle. Abbott beskriver professioner som aktører i et samlet professionssystem, hvor deres autoritet og arbejdsområder defineres gennem jurisdiktioner – det vil sige en legitim ret til at definere problemer og udføre tilhørende arbejde. Jurisdiktioner er ifølge Abbott ikke faste eller formelt tildelte, men noget professioner kontinuerligt må gøre krav på, forsvare og forhandle i praksis, især i organisatoriske rammer (Abbott, 1988, s. 102).

Når Helle understreger, at hun ikke kommer for at *løfte fingeren* eller *overtage*, kan det forstås som et forsøg på en strategisk markering af hendes jurisdiktionelle afgrænsning i feltet, uden at gøre krav på mere autoritet.

Samtidig fortæller Sofie hvordan hun anvender sin funktion i de faglige interaktioner, hvor hospitalsfeltets kliniske fagsprog møder patientens sociale forudsætninger:

“Mange af vores patienter forstå slet ikke, hvad lægerne siger, eller de tør heller ikke spørge, fordi de føler sig dumme. Så ja... jeg bruger meget tid af mit arbejde på at forklare og oversætte for de her patienter.” (Bilag 2, s. 15)

Sofie kritiserer ikke de kliniske fagprofessioners viden, men peger på, at feltets dominerende fagsprog ofte er medicinsk specialiseret og implicit normativt styrende i interaktionen.

Med Bourdieu kan dette forstås gennem begrebet symbolsk vold, som beskriver subtile og ofte uerkendte mekanismer, hvor feltets sprog og normer kommer til at fremstå som naturlige og legitime (Mik-Meyer & Villadsen, 2013, s. 56), også når de ekskluderer nogle patienter fra lige deltagelse i dialogen.

Symbolsk vold handler ikke om intention, men om effekten af de dominerende kommunikationsformer, der kan skabe:

- Oplevet manglende ret til at spørge
- En følelse af mindreværd i mødet
- Og en tavs individualisering af ansvar, når patienten ikke besidder den nødvendige kapital til at indgå på feltets præmisser.

Samtidig beskriver Sofie hvordan interaktionen kan være præget af et misforhold mellem hospitalets professionelle feltlogik og den socialt udsattes hverdagshabitus. Når patienten *ikke tør spørge og føler sig dum*, kan dette forstås som et muligt udtryk for symbolsk vold i interaktionen, hvor feltets dominerende fagsprog kan forme, hvad der opleves som sociale legitimt at sige eller spørge om – og hvordan Sofies praksis kan ses som en mobilisering af hendes faglige habitus og systemkendskab for at gøre viden brug i den konkrete situation.

Malene supplerer ved at beskrive, at hendes funktion aktiveres i de faglige interaktioner, hvor patientens behov skal bringes viden til andre fagprofessionelles beslutnings- og ansvarsrum:

“Det kan også være hvis det er noget jeg og øhm Lars har snakket om, men han har svært ved at sige det til lægen, så kan jeg fortælle det videre til lægen eller sygeplejersken der har ansvaret for ham og på den måde sikre mig at det bliver gjort noget ved de ønsker som han har”. (Bilag 4, s. 7)

Malene understreger her, at hun ikke overtager patientens stemme, men anvender sin feltposition til at bringe patientens behov ind i de fagprofessionelle interaktioner, hvor hun ikke selv har styrende kapital. Når patienten oplever ikke at kunne formulere sig rigtigt eller tilbageholder spørgsmål, kan det forstås som en konsekvens af ulige kapitalfordeling i feltets interaktioner, hvor patienten ikke besidder den kulturelle kapital, der skal til for at:

- Afkode feltets implicite spilleregler,
- Stille spørgsmål på den socialt rigtige måde,
- Eller følge sig symbolsk berettiget til at bringe egne behov ind i samtalen

Desuden beskriver Malene, hvordan forskellige faglige prioriteringer og arbejdsmetoder løbendes mødes og afstemmes i praksis:

“Selvfølgelig oplever jeg også at vi kan have forskellige fokusområder. Jeg ønsker måske noget, som de synes er lidt (...) at vi nogle gange har forskellige måder at gøre tingene på, og jo, selvfølgelig kan det være pisse svært (...)”. (Bilag 5, s. 6)

Malene italesætter, at faglige uenigheder ikke skal forstås som fastlåste konflikter, men som noget, der kan udspringe af forskelle i professionel habitus, som fagprofessioner udvikler gennem deres praksis i feltet. Hendes udsagn peger på, at hendes funktion formes i de organisatoriske mellemrum i hospitalsfeltet, særligt i situationer, hvor ingen enkelt fagprofession besidder det fulde problemoverlik eller definitionsmandat alene, og hvor patientens sociale vilkår derfor må gøres kommunikerbare og relevante i samarbejdsinteraktionen.

Anne supplerer, at samarbejdet mellem hende og de øvrige fagprofessionelle bør hvile på gensidig respekt og fælles forståelse, også når faglige blikke og praksisformer er forskellige:

“(...) men det handler om at have en fælles forståelse for hinanden og det er vigtigt at vi respekterer hinanden og hinandens arbejde, synes jeg”. (Bilag 6, s. 3)

Anne beskriver, hvordan hendes handlerum i hospitalsfeltet ikke alene formes af faglige opgaver, men også af relationelle processer i det interne samarbejde. I denne sammenhæng fungerer social kapital som en ressource, fordi den kan:

- Åbne for faglig deltagelse i de korte fagprofessionelle møder mellem fagligheder
- Styrke legitimiteten af sociale perspektiver i samarbejdet
- Og understøtte, at patientens sociale vilkår bliver en del af den fagprofessionelle samtale, selv i et felt, hvor andre kapitalformer ofte har større anerkendt værdi.

Når samarbejdet beskrives som noget, der kræver aktiv vedligeholdelse, kan relationer også fungere som en ressource i feltets interne magtbalancer- især i situationer, hvor social viden risikerer at få mindre tyngde end medicinsk eller organisatorisk viden, fordi feltets spilleregler kan forudsætte bestemte faglige prioriteringer, mødeformer og kommunikationslogikker.

Dette harmonerer med rapporten *Social ulighed i mødet med sundhedsvæsenet*, der beskriver, at lige deltagelse i fagprofessionelle samarbejder og samtaler forudsætter aktiv inddragelse og gensidig forståelse, fordi fagligt sprog og tidspres ellers kan begrænse patientens mulighed for at blive hørt (Sundhedsstyrelsen, 2022b, s. 36-41).

Socialsygeplejerskens praksis formes dermed i et felt, hvor sammenhæng og fremdrift må understøttes gennem samarbejde og vidensdeling mellem fagprofessioner, frem for gennem styring af beslutninger. Rollen handler derfor ikke om at opnå kontrol over det kliniske domæne, men om at holde patientforløbet åbent ved løbende at bringe flere faglige hensyn og perspektiver i spil, så ingen del af forløbet taber tyngde i samarbejdets interaktioner.

Professionel afhængighed og vidensdeling i faglige møder

Dette kommer yderligere til udtryk, når Helle understreger, hvordan hendes faglige rolle formes gennem kollegers observationer og input i de fagprofessionelle møder:

“Ja, vi går meget ude og fortæller at jeg ikke kan noget uden dem. Og at de har alle observationerne og vores møder er oftest korte og ja det er meget vigtigt at høre hvad mine kollegaer har observeret, så jeg kan ikke noget uden dem (...)”. (Bilag 3, s. 4)

Helles beskriver en praksis, hvor hendes arbejde ikke udspringer af et selvstændigt mandat til at udføre diagnosis (problemklassificering), men i stedet på at indsamle, afstemme og gøre kollegial og social viden operationel i feltets professionelle inference-samtaler, som typisk er korte. Først når denne viden er afstemt i de fagprofessionelle møder, kan næste skridt i patientforløbets treatment-fase løftes i praksis (Abbott, 1995, s. 52-55). Når Helle understreger sin afhængighed af kollegers observationer og beskriver møderne som korte, kan hendes rolle forstås som en funktion der:

- Der arbejder på baggrund af kollegial viden og situeret samarbejde
- Må tilpasse sit faglige ærinde til feltets tempo og ansvarsplacering i situationen
- Og hvor professionel autoritet sameksisterer og nogle gange kolliderer grundet flere fagligheder i et felt.

Sofie supplerer denne pointe, når hun understreger, at et patientforløb er et fælles ansvar i de fagprofessionelle interaktioner, hvor flere faglige hensyn kontinuerlig må bringes i spil:

“fordi det jo ikke vores patient, men det er en fælles patient og det er det meget vigtigt at huske på (...)”. (Bilag 2, s. 9)

Sofie tydeliggør her, at patientforløb må bæres kollektivt i de faglige interaktioner og koordineres på tværs af fagprofessioner, så ansvaret for sammenhæng ikke implicit kommer til at hvile på patienten selv. Sofie markerer samtidig et normativt standpunkt om, at samarbejdet internt på hospitalet kræver en fælles bevidsthed om patienten som et fælles referencepunkt i de fagprofessionelle møder.

I hospitalsfeltet må socialsygeplejerskens faglighed kæmpe for plads i interaktionen, fordi den sociale del af patientforløbet ikke automatisk gives samme status eller synlighed som den medicinske:

“Jeg kan ikke løse noget alene. Det kræver, at vi arbejder sammen. Jeg har brug for, at mine samarbejdspartnere lytter til hinanden. Hvis vi ikke gør det, jamen så går det jo bare ud over patienten”. (Bilag 3, s. 3)

Helle placerer sin rolle i en gensidig afhængighed af de øvrige fagprofessionelle. Denne erfaring suppleres af rapporten *For Lighed i Sundhed*, der beskriver, at patientforløb for socialt udsatte ofte udfordres af tidspres og manglende koordinering, og at tværfagligt samarbejde derfor bliver centralt – men vedvarende – ambition, fordi ingen fagprofession alene sidder med det fulde overblik (Enheden for Brugerundersøgelser, 2013, s. 7-9). I samme tråd fremhæver Helle, at samarbejdet ikke kun handler om faglige løsninger, men om at undgå, at patienten taber på misforståelser mellem fag. Det er altså ikke fravær af løsninger, men ulige betingelser for at bringe social viden i spil, der kan gøre forløbet sårbart.

Derudover fortæller Bodil, hvordan samarbejdet mellem fagprofessionelle kan opleves anderledes, når der allerede findes en etableret kontakt mellem hinanden:

“Og nogle gange kan det faktisk være relationen til vores kolleger der gør en stor forskel. Når man kender hinanden, så bliver det ofte nemmere at få tingene til at rykke (...) jeg vil sige at når der er en god kontakt, så glider det hele altså bare lidt nemmere”. (Bilag 6, s. 4)

Bodil beskriver dermed relationer som en social ressource i samarbejdet, men ikke som en fast eller generel regel. Med Bourdieu kan citatet forstås som et udtryk for social kapital mellem fagprofessionelle på hospitalet. Når Bodil siger, at koordinering *glider nemmere*, når hun kender sine kolleger i forvejen, viser det, at gode relationer kan gøre samarbejde lettere og hurtigere i et patientforløb. Social kapital handler her ikke om at fjerne travlhed eller ændre hospitalets rammer, men om at have et netværk, hvor tillid og gensidig forståelse

allerede findes. Det giver Bodil bedre mulighed for at koordinere på tværs af fag, fordi kollegerne allerede kender hende og hendes måde at arbejde på, og derfor man handle mere smidigt sammen med hende, når opgaverne skal løses i praksis.

Organisatoriske betingelser i socialsygeplejerskens praksis

Bodil beskriver, at hospitalets arbejdsgange kan forudsætte bestemte kompetencer og hverdagsressourcer, som ikke alle socialt udsatte oplever at have adgang til. Hun peger især på et misforhold mellem hospitalets digitale og tidsstyrede praksislogik og patienternes mulighed for at deltage på lige vilkår i mødet med de fagprofessionelle:

“(...) Og det gør det jo ikke nemmere, at sundhedssystemet ofte fungerer på en måde, hvor mange af borgerne slet ikke kan følge med. Systemet er bygget til dem, som kan følge med og følge den digitale måde at gøre tingene på ikke og mange af de borgere, som vi møder her, jamen de falder helt udenfor systemet”. (Bilag 6, s. 2)

I et Bourdieusk perspektiv kan dette forstås som et udtryk for feltets adgangskrav, hvor deltagelse i hospitalets fagprofessionelle interaktioner implicit forudsætter bestemte kapitalformer og en særlig habitus (Mik-Meyer & Villadsen, 2013, s. 52-55). Det handler ikke om patientens motivation, men om hvorvidt patienten i praksis besidder:

- Økonomisk kapital: de materielle og praktiske ressourcer, der skaber en forudsigelig hverdag, som gør det muligt at overholde aftaler og følge sundhedssystemets krav
- Social kapital: et stabilt netværk eller relationer, der kan støtte patienten i at fastholde forløbet
- Kulturel kapital: erfaring, sundhedssystems kendskab og evnen til at forstå og bruge hospitalets fagsprog og digitale platforme
- Symbolsk kapital (professionel legitimitet): den form for anerkendelse, der i hospitalsfeltet især knytter sig til de kliniske fagprofessioners autoritet og problematik

Bodils udsagn illustrerer dermed et habitus-mismatch, hvor patientens hverdagserfaringer og handlemåder ikke naturligt stemmer overens med feltets normer (doxa), der anvender digitalt overblik, planlagt fremmøde og hurtigt informationsflow.

Denne problematik spejles i rapporten *Social ulighed i sundhed og sygdom i Danmark*, der dokumenterer, at digitale systemkrav og organisatoriske procedurer kan være vanskelige at forene med en hverdag præget af ustabilitet (Sundhedsstyrelsen, 2024, s. 4-31). Det

fagprofessionelle ansvar i socialsygeplejerskens praksis handler dermed ikke kun om behandlingens formelle skridt, men også om de forudsætninger, der omgiver forløbet.

Samtidig beskriver Anne et krydsfelt i de fagprofessionelle interaktioner, hvor hospitalets faste arbejdsgange møder de socialt udsatte patienters hverdagsvilkår:

“På hospitalet kører jo alting efter faste rutiner og bestemte mødetidspunkter, men mange af vores patienter de lever jo slet ikke sådan ikke. De har hverken en stabil hverdag eller nogle faste rutiner og derfor synes jeg at vi skal være bedre til at indrette forløbene mere fleksibelt, så forløbet faktisk passer til det liv, som de lever i”. (Bilag 6, s. 8)

Socialsygeplejerskens rolle handler hermed også om at påvirke, hvilke løsninger og organiseringer der opleves som mulige i samarbejdet mellem fagprofessionelle. Anne beskriver også hospitalets felt-logikker som noget, der kan være vanskeligt at tilpasse sig, når man ikke deler de samme hverdagsbetingelser eller strukturerede dispositioner (habitus) som feltet synes at forudsætte. Når Anne efterlyser fleksibilitet, kan det forstås som en reflektiv undren over, hvordan patientforløb får form, når hospitalets rammer ikke matcher alle patienter. Hun beskriver det ikke som et brud, der kan løses med en bestemt tilgang, men som noget, der hele tiden må håndteres og genforhandles, når indlæggelsen indebærer mange samtidige krav, interaktioner med fagprofessionelle og aftaler. I forlængelse heraf fremhæver Sundhedsstyrelsen, at socialt udsatte patienter ofte først får kontakt til hospitalet i akutte og ikke-planlagte situationer, netop fordi hospitalets organisatoriske krav i høj grad bygger på planlagte fremmøder, tidsbestilling og faste rutiner – krav, der kan være svære at forene med en hverdag præget af ustabilitet (Pedersen, 2018, s. 42-59).

Samtidig beskriver Sofie:

“Det er virkelig to verdener, der skal mødes. Hospitalet arbejder ud fra bestemte rutiner og forventninger, men mange af vores patienter, de passer ikke ind i de rammer. Så jeg prøver som bedst muligt at være den, der får samtalen til at give mening, så ingen føler sig forkert”. (Bilag 2, s. 16)

Hospitalet forstås så et socialt felt, hvor bestemte fagprofessionelle stemmer og arbejdslogikker får mere tyngde end andre i de fagprofessionelle samtaler. Hermed bruger

Sofie både sin kulturel kapital og social kapital i spil for at få handlerum i feltets fagprofessionelle interaktioner (Mik-Meyer & Villadsen, 2013, s. 53-54). I denne optik arbejder socialsygeplejersken ikke for at ændre patienten, så han passer bedre ind i hospitalets rammer, men arbejder med at påvirke, hvordan patientens sociale vilkår kan indgå som legitim og relevant i de fagprofessionelle samtaler om patientforløbet for at skabe et bedre sammenhængende forløb for den socialt udsatte.

Del 1 sammenfatning

Første del af analysen viser, at socialsygeplejersker beskriver deres arbejde med at skabe sammenhæng i patientforløb som et relationelt og koordinerede praksisarbejde, der udfolder sig i hospitalets organisatoriske mellemrum. Sammenhæng skabes ikke gennem faste metoder, men gennem vedholdende tilstedeværelse, konkrete handlinger og løbende afstemning af viden, ansvar og tempo i patientforløbet. Socialsygeplejerskerne arbejder med at gøre patientens sociale vilkår behandlingsrelevante, så forløbet ikke bliver afhængigt af patientens egen evne til at navigere i et komplekst og accelereret system.

Samtidig viser analyse del et, at socialsygeplejersker navigerer i hospitalets organisatoriske rammer og tværfaglige samarbejde ved at tilpasse deres faglige bidrage til feltets doxa og hierarkier. De opnår handlerum gennem relationel tillid, vidensoversættelse og respekt for eksisterende ansvarsplacering frem for gennem formel autoritet. Samarbejds forstås som en vedvarende og skrøbelig proces, hvor social kapital mellem fagprofessionelle kan styrke koordinering og fremdrift. Socialsygeplejerskens rolle fremstår dermed som en brobyggende og faciliterende funktion, hvor sammenhæng i patientforløb opstår i det fælles fagprofessionelle arbejde – ikke som en individuel kontrol, men som delt ansvar.

Analysedel 2

Denne del af analysen belyser, hvordan socialsygeplejersker i deres daglige hospitalspraksis håndterer de sociale barrierer, der kan opstå i mødet med socialt udsatte patienter. Fokus er på, hvordan stigmatiserende signaler kan påvirke interaktionen og risikere at svække sammenhængen i patientforløbet. Socialsygeplejerskerne arbejder aktivt for at fremme et mere respektfuldt og samarbejdsorienteret møde – både i kontakten med patienten og i dialogen med de øvrige fagprofessionelle – så sociale udfordringer ikke bliver en hindring for opfølgning, deltagelse og kontinuitet.

Stigma i hospitalskonteksten

Dideriksen et. al., (2019) viser, at socialt udsatte patienter kan mødes med stigmatiserende *dem og os*-forståelser på hospitalet, som blandt andet kan komme til udtryk gennem uformelle vurderinger af, at patientgruppen er vanskelig at hjælpe, kræver mange ressourcer eller ikke forventes at få gavn af støtte efter udskrivelse. Disse vurderinger er ikke nødvendigvis udtalte, men kan skabe social distance i det kliniske møderum og dermed øge risikoen for usammenhængende eller afbrudte patientforløb (Dideriksen et.al., 2019, s. 232-233).

Dette afspejles også i mit empiriske materiale, hvor både Malene og Anne fortæller, at stigma fortsat er et vilkår, som de aktivt må navigere i, i deres daglige praksis. I interviewet med Malene udfoldes dette eksempelvis således:

“R: Og oplever du stadig at den her stigma, den fylder, altså på afdelingerne?

M: Bestemt, ja bestemt... Jeg synes at stigma og at sætte patienter i bestemte kasser, er øøhmm en udfordring vi desværre ofte møder stadigvæk i dag (...).” (Bilag 4, s. 2)

Anne bekræfter ligeledes, at stigma er synligt i hospitalshverdagen, men tydeliggør også, at det er noget hun arbejder aktivt med at dæmpe:

“R: (...) om stigmatisering er noget som øhm fylder? Eller ja om det er noget du lægger mærke til?

A: Øhmm ja altså både og. Det gør jeg, ja det vil jeg sige. Men slet ikke i samme grad som jeg har gjort. Det er noget vi arbejder med og bruger meget tid på (...).” (Bilag 5, s. 7)

Udsagnene påpeger, at stigmatisering fortsat kan præge de sociale møder på hospitalet. Hospitalet kan i denne sammenhæng forstås som en arena præget af højt tempo og standardiserede arbejdsgange, hvor fagprofessionelle ofte må skabe hurtigt overblik og træffe beslutninger på kort tid. Sociale kategoriseringer kan derfor fungere som et praktisk redskab i travle situationer, men indebærer samtidig en risiko for, at patienten forstås gennem en forenklet og stereotype rolle, hvor individuelle sociale forhold og behov ikke får plads. Når patientens sociale udtryk eller adfærd ikke matcher de implicite forventninger i mødet, kan stigma blive aktiveret som en usynlig og distancerede mekanisme snarere end et direkte udtalt *stempel* (Mik-Meyer & Villadsen, 2013, s. 32-33). Denne problematik fremhæves også i rapporten *Socialsygepleje i somatik og psykiatri*, hvor flere fagprofessionelle beskriver, at mødet med socialt udsatte patienter kan opleves som vanskeligt – ikke primært på grund af patienten selv, men på grund af strukturelle vilkår som tidspres, snævre dokumentationskrav og manglende adgang til socialfaglige redskaber. Disse vilkår kan begrænse fagprofessioners mulighed for at arbejde helhedsorienteret i de patientforløb, hvor sociale forhold har stor betydning (Ludvigsen & Brünés, 2013, s. 114-145). I krydsfeltet mellem hospitalets institutionelle forventninger og patientens sociale virkelighed bliver socialsygeplejerskens rolle særlig interessant. Hun bringer en faglig ekspertise i spil, som forener sygeplejefaglig viden og praksiserfaring fra arbejdet med socialt udsatte patienter. Denne kombination kan understøtte en helhedsorienteret tilgang, hvor fokus på patientens individuelle behov, ressourcer og livsomstændigheder i det konkrete indlæggelsesforløb (Dideriksen et.al., 2019, s. 231-235).

I forlængelse af dette beskriver Helle hvordan hendes rolle indebærer et ansvar for at beskytte patientens plads i praksis – særligt når systemets rammer opleves faste og svært tilgængelige:

“Men selvfølgelig har vi altså, så tror jeg også vi har det sådan lidt at når de ikke passer ind i kasser, at de i hver fald passer i vores kasser. Det tror jeg vi bruger meget krudt på også at sige, at det er ikke nogen der skal falde igennem fordi deres sociale problemstillinger er for mærkelige eller så har de ikke lige det misbrug, der er vores kerneopgaver eller så hører de ikke hjemme her, så vi prøver også at forme nogle gode rammer i et system hvor rammerne er meget faste”. (Bilag 3, s. 1)

Helle beskriver i citatet, hvordan hun arbejder aktivt og vedholdende for, at patienten kan føle sig hjemme og have en legitim plads under indlæggelsen – også selv hospitalets rammer og forventninger ofte er faste og klinisk styrende. Når Helle siger, at patienter, der ikke passer ind i *kasserne*, for i hver fald plads i *vores kasser*, kan dette tolkes som at hospitalet opererer med normative kategorier og forventninger til, hvordan en patient bør være i mødet med fagprofessioner. Med Goffman kan denne type *kasser*, forstås som en del af den tilsyneladende identitet, hvor patienten risikerer at blive læst gennem andre antagelser og labels, før relationen og dialogen overhovedet er etableret. Dette kan skabe et misforhold til patientens faktiske identitet – den identitet, der rummer patientens egne erfaringer, behov og ressourcer – og dermed øge risikoen for, at sociale vilkår tolkes som afvigelser, der følger patienten, snarere end vilkår, der påvirker mødet og patientforløbet udefra (Goffman, 1975, s. 13-15). Når hun understreger, at *ingen skal falde igennem*, viser det, hvordan hun arbejder med at udvide rummene mellem kasserne, så sociale problemstillinger og behov kan tænkes med i patientens forløb. Det sker uden at positionere sig selv som *redderen*, men derimod som en fagprofessionel aktør, der forsøger at mindske social kategorisering og stigmaets dominans i mødet, så patientens muligheder for deltagelse ikke låses fast i den snævre patientrolle fra start.

Den tilsyneladende identitet og faktiske sociale identitet

Ifølge Goffman forsøger mennesker, der bærer eller får tilskrevet et stigma, at beskytte deres identitet ved at trække sig fra sociale møder, hvor de oplever – eller forventer – at blive vurderet gennem fordomme eller stereotyperoller (Goffman, 1975, s. 12-14). Dette kan have betydning for, hvordan socialt udsatte patienter deltager i deres patientforløb under indlæggelse, særligt i den tidlige fase af indlæggelsen, hvor patienten endnu ikke har opbygget kendskab eller tillid til de fagprofessionelle, han møder, og hvor utryghed derfor lettere kan påvirke interaktionen og deltagelse i patientforløbet. I forlængelse heraf fortæller Malene eksempelvis:

“ (...) fordi de bliver mødt lidt måske fordomsfuldt eller lidt for forudindtaget, de er bange for at de måske ikke må gå ud at ryge eller lige gå ud at drikke en øl hvis det er det man har brug for mellem nogle undersøgelser. Så nogle gange vælger de også at undgå at møde op”.
(Bilag 4, s. 2)

Malene peger her på, at stigma kan fungere som en forventet begrænsning allerede før relationen til de fagprofessionelle er etableret. Patientens frygt handler ikke nødvendigvis om konkrete afslag, men om forudgående oplevelser og forventninger til hospitalets udskrevne spilleregler, hvor patientrollen kan opleves snæver. Med Goffman kan dette kobles til begrebet *impression management*, hvor personen – bevidst eller ubevidst – forsøger at styre, hvilke sider af sig selv der opleves som trygge at vise af sig selv i mødet. Når stigma er forbundet med negative forventninger, kan det påvirke, hvor meget patienten tør gøre synligt af vaner eller behov, fordi det sociale indtryk opleves som sårbart eller potentielt genstand for vurdering hos den fagprofessionelle. I dette lys kan fravalg at møde op ses som en stigma-undvigende strategi, der har til formål at:

- Beskytte sit ansigt i interaktionen med de fagprofessionelle
- Styre hvilke oplysninger og behov der deles ud
- Og undgå at blive læst gennem en snæver eller negativ patientrolle, som han ikke selv kan spejle sig i (Mik-Meyer & Villadsen, 2013, s. 32).

Fravalg af fremmøde bliver dermed ikke nødvendigvis et udtryk for manglende vilje til behandling, men snarere et forsøg på at bevare værdighed og handlefrihed i en arena, hvor man som patient kan føle sig vurderet og potentielt sat uden for normen.

underoverskrift

Ifølge Goffman kan der i store træk skelnes mellem tre forskelligartede typer af stigma. I dette speciale er fokus på det karaktermæssige stigma, som opstår, når man i en konkret interaktion får tillagt negative egenskaber – for eksempel manglende selvkontrol, svag vilje eller uansvarlighed (Goffman, 1975, s. 16-17). I det empiriske materiale ses denne form for stigma for eksempel i Malenes beskrivelser af, hvordan unge med selvskade eller medicinoverforbrug omtales i hospitalet:

“(...) vi har de her formløse panodilpiger og folk der kommer ind og har skåret i sig selv og bliver mødt med, de fordomme, som nu er påhæftet de her udfordringer, som de her mennesker har (...).” (Bilag 4, s. 7)

I citatet beskriver Malene, hvordan de unges patientrolle og sociale identitet kan være i risiko for at blive formet af forhåndsantagelser og stereotype forventninger blandt fagprofessioner

på hospitalet, frem for at tage afsæt i de unges egne fortællinger og konkrete behov under indlæggelsen. I forlængelse heraf beskriver Goffman hvordan mennesker – især når de oplever deres identitet som sårbar – forsøger at styre det indtryk, de giver af sig selv i sociale møder (Mik-Meyer & Villadsen, 2013, s. 42-45). Citatet sigter ikke direkte, at de unge trækker sig eller fravælger fremmøde, men det indikerer, at fordomme kan være en forventet del af hospitalsmødet for denne patientgruppe. Derfor kan potentiel tilbagetrækning, tavshed eller fravalg af fremmøde forstås som en analytisk mulighed: en strategi for at beskytte egen identitet og bevare kontrol over, hvordan man kan være patient i mødet med fagprofessioner, især før en tryk relation er etableret – og dermed ikke nødvendigvis som manglende motivation for behandling.

Socialsygeplejersker arbejder samtidig med at nuancere og mindske betydningen af karaktermæssige stigma, når sociale behov får betydning i patientforløb for socialt udsatte. Deres funktion i praksis bliver at omsætte og oversætte patientens sociale situation til fagligt relevant viden, at bidrage med relationelt fokus, der kan understøtte mere individuelle måder at være patient på i det tværfaglige samarbejde. På den måde udfordres de forsimplede kategorier, som nogle patientgrupper ellers risikerer at blive læst igennem, og sociale forhold bliver i stedet synlige som et væsentligt vilkår i samlede patientforløb – og ikke som en afvigelse ved patienten selv (Dideriksen et.al., 2019, s. 231-235).

Samtidig påpeger Sofie:

“Jeg synes det er rigtig vigtigt at vi ikke er med til at forstærke stigmaet, fordi det kan være meget stigmatiserende at det kommer en socialsygeplejerske. For eksempel hvis du er fattig, så skal du have en socialsygeplejerske altså niks, sådan er det ikke og det er klart at nogle der godt kan være sådan lidt bekymret for... hovv hvem er du? Fordi hvis man dårlige erfaringer med de sundhedsprofessionelle eller kommunale instanser og så videre så er man jo også skeptisk...” (Bilag 2, s. 6)

Sofie fortæller her hvordan selve henvisningen til en socialsygeplejerske kan blive opfattet som en stigmamarkør i hospitalets praksisfelt – fordi der i hospitalskulturen kan eksistere en implicit logik om, at *hvis en patient er tilknyttet en socialsygeplejerske, må det være noget galt*. Denne logik kan skabe usikkerhed og skepsis hos patienten og i nogle tilfælde føre til, at patienten helt eller delvist trækker fra kontakten, fordi han frygter at blive forstået gennem en tilsyneladende identitet, der reducerer han til sine sociale behov.

Når fagprofessioner primært tolker sociale behov som noget, der tilhører patienten, frem for at se dem som et vilkår, der også skabes og forhandles i interaktionen og grundet hospitalets forventninger, kan der opstå et identitetsbrud. I disse situationer kan den tilsyneladende identitet få forrang og overskygger patientens egen selvforståelse og patientrolle (Goffman, 1975, s. 14-15).

Når socialsygeplejersken arbejder for at skabe et mere ligeværdigt og trygt samspil i interaktionen mellem hende, patienten og de øvrige fagprofessioner, øges der muligheden for at patientens faktiske identitet og patientrolle kan få plads i mødet. Det betyder ikke, at stigma forsvinder eller ophører, men at dets betydning dæmpes og blive mindre styrende for, hvordan patienten deltager og samarbejder under indlæggelsen. Sofies rolle bliver hermed et fagligt bidrag, der kan være med til at understøtte kontinuitet og sammenhæng i den socialt udsatte patients videre forløb.

Sofie fortæller hvordan socialt udsatte ofte kan blive mødt med en forventning om modstand eller besvær:

“Man kan sige, at borgeren kommer jo ikke ind med den mission om at generere os vel? Og man må sige at uanset hvordan og hvorledes, så er det de færreste der synes at hospitalet er det fedteste sted at være, så man kan sige at grunden til at de kommer er ikke på grund af lyst (...).” (Bilag 2, s. 14)

Og hun tilføjer:

“(...) husk på at de ikke kommer for at generere. Det er ikke agenden med at komme ind på hospitalet. Det er det ikke og tit er det fordi der ikke er andre alternativer. Altså hvis man har valgt at lade sig indlægges her på hospitalet, så er det fordi de alternativerne er værre.”
(Bilag 2, s. 14)

Her skabes der en tydelig rød tråd til Sofies faglige bestræbelse på at udfordre de forhåndsforventninger, der kan forme mødet mellem socialt udsatte patienter og de øvrige fagprofessionelle. Som nævnt tidligere forbinder hospitalet forestillingen om *den gode patient*, ofte med egenskaber som ro, overblik, samarbejdsvilje og evnen til at følge hospitalets standardiserede forløb og instruktioner (Pedersen, 2009). Når en patient ifølge Sofie ikke kan leve op til disse implicite spilleregler for, hvordan man bør opføre sig i et

patientforløb, kan det skabe et møderum, hvor fagprofessionelle hurtigt kommer til at forstå patienten gennem en tilsyneladende identitet, der fremstår mere styrende end den faktiske identitet, patienten selv oplever at have under indlæggelse.

Dette ses også i Helles udsagn, hvor hun beskriver, hvordan socialt udsatte patienter kan blive omtalt og forstået, før relationen til patienten reelt er opbygget:

“men jeg synes nogle gange bare at det bliver for stenet og at stigmatisere dem uden at tænke så meget over det, og så sker det også det her dobbelte stigma ikke? Vi skal først finde ud af hvordan man møder de socialt udsatte, fordi jeg ved at de kan være udadreagerende og har drukket meget og derfor er jeg lidt bange for dem i forvejen og at de kan være intimiderende og kræve noget andet... jeg skal holde øje med at de ikke stjæler og så lugter de altså heheh, hvad er det som ligger i det ikke? Mødet med mennesket, hvordan kan jeg behandle det her menneske, som de gerne vil behandles ikke?” (Bilag 3, s. 7)

Helle peger her på, at stigma kan få karakter af en dobbelt forhåndsforventning: dels en bekymring for, hvordan patienten vil opføre under indlæggelse, og dels en forestilling om, hvilke udfordringer han kan bringe med sig ind i patientforløbet. Når patienten primært læses gennem en tilsyneladende identitet, kan hans position i interaktionen blive skrøbelig og præget af social afstand og mistillid, hvilket kan vanskeliggøre opbygningen af en tryk relation. Helle understreger Helle betydningen af at se og forstå patienten bag forventningerne, da dette kan være med til at give plads til flere måder at være patient på under indlæggelse. Stigma bliver dermed ikke kun et vilkår i patientens møde med hospitalet, men også en interaktionel mekanisme, som socialsygeplejersker aktivt må navigere i og arbejde for at dæmpe i den kliniske hverdag. Dette for at sikre, at det ikke bliver for styrende for, hvordan patienten kan være og deltage i sit eget indlæggelsesforløb.

De egne og de kloge i hospitalsmødet

Goffman beskriver, at der i mødet med stigmatiserede mennesker ofte findes to særlige positioner: de egne og de kloge. De egne er personer, der har oplevet stigma eller kender til dets konsekvenser og derfor kan være ekstra opmærksomme på, hvordan de bliver set i mødet med systemer og institutioner. De kloge er dem, der ikke selv bærer stigmaet, men som gennem viden eller professionel indsigt udvikler en evne til at forstå og møde sociale udsathed uden automatisk at dømme eller gentage fordommene (Goffman, 1975, s. 34-46). I

forlængelse heraf beskriver Malene hvordan hun forsøger at skabe plads til patientens egne forudsætninger:

“(...) hjælpe dem med at være i et hospitalsmiljø med de forudsætninger, de nu måtte komme med (...)” (Bilag 4, s. 2)

Malene kan i denne sammenhæng forstås som værende den kloge, fordi hun ikke forsøger at korrigere patientens adfærd eller reparere ham som menneske, men i stedet rette blikket mod de institutionelle normer og forventninger, der kan blive styrende i mødet mellem patienten og de øvrige fagprofessionelle. Med Goffman kan den kloges position handle om:

- At udvide rummet for, hvordan man kan være patient under indlæggelse
- At insistere på patientens legitime plads under indlæggelse, også når han ikke passer ind i den klassiske patientrolle,
- Og at tilpasse samtalens tone og fokus, så patientens egne oplevelse af sig selv ikke drukner af de forventninger, der allerede ligger i rummet.

Malene fortæller videre:

“øhm... ja så er vi jo også med til at sådan afstigmatisere det at være social udsat bare ved at vi kan være pårørende for en patient, som ikke har nogle der kommer og sådan, og går i kiosken og køber et sæt blomster, sådan at deres natbord ligner de andres (...)” (Bilag 4, s. 2)

Her bliver det tydeligt, hvordan Malene anvender små, praksisnære handlinger til at påvirke indlæggelsens sociale rammer. Blomsterne fungerer i denne optik som et synligt og socialt genkendeligt symbol, der typisk forbindes med familie og vennebesøg – og dermed med en form for normalitet i hospitalsarenaen. Ved at placere blomster på patientens natbord forsøger hun ikke at fjerne stigma, men at dæmpe dets aftryk i situationen, så patienten i højere grad kan spejles i en almindelig patientposition.

Helle prøver også som vedvarende den kloge at arbejde bevidst med sit sprog og sin fremtoning i mødet med den socialt udsatte for at skabe en mere tillidsfuld relation:

“Jeg bruger ofte gadesprog eller humor, for mig så handler det om at møde dem, hvor de er, ikke hvor systemet synes, de burde være (...)” (Bilag 3, s. 3)

Her arbejder Helle aktivt som den kloge med sit eget indtryk interaktionen – det Goffman betegner som *impression management* (Mik-Meyer & Villadsen, 2013, s. 32). Hun tilpasser bevidst sit sprog og sin tone, så de ligger tættere på hverdagskommunikation end på hospitalets kliniske etikke og formelle kommunikationsnormer. Formålet er at mindske den sociale afstand i mødet og gøre interaktionen mere tilgængelig for patienten. Helle beskriver videre, at hendes tilgang handler om at møde patienten der, hvor han er, frem for der, hvor systemets *kasser* og *normer* ellers kan placere ham. På den måde forsøger hun at skabe plads til patientens faktiske identitet som patient.

Informationskontrol i de professionelle interaktioner

Pointen understøttes og suppleres også i rapporten *Social Udsattes møde med sundhedsvæsenet*, som beskriver, at stigma ofte kommer til udtryk i de fagprofessionelles uformelle samtaler mellem hinanden, hvor socialt udsatte kan omtales gennem forenklede og forhåndsdefinerede kategorier. Selvom patienten formelt har adgang til behandling, kan selve italesættelse af patienten skabe afstand i interaktionen og påvirke, hvordan patientens rolle formes i den kliniske hverdag (Pedersen, 2018, s. 52).

Denne problematik genfindes i mit empiriske materiale, hvor Malene beskriver, hvordan hun som fagprofessionel til tider træder aktivt ind i de interne samtaler for at udfordre de første antagelser, der kan forme den socialt udsatte:

“(...) også når vi kommer ud, da har vi også et ansvar, når vi kommer ud og vi ligesom hører at der bliver mumlet omkring i krogerne, at den her og den her patient er sådan og sådan og sådan, at vi ligesom tager fat i dem og siger ved du hvad, jeg hørte jer lige sige det her, kan du ikke lige prøve at uddybe altså hvad er det der gør at du tænker sådan her eller er det noget jeg kan gøre for at du ikke føler det så belastende at skulle hjælpe ham der (...)”. (Bilag 4, s. 3)

Også Anne beskriver en lignende oplevelse i interaktionen med sine kolleger:

“Ja altså... det handler jo både om at tage det i opløbet hvis man hører en af mine kolleger snakke lidt dårligt om en af vores borgere, så tager jeg snakken (...)”. (Bilag 5, s. 7)

Sammen med Malenes udsagn viser citaterne, at socialsygeplejersker kan forsøge at påvirke interaktionen mellem fagprofessionelle ved at invitere til dialog og refleksion. Det centrale bliver dermed ikke, om patienten har sociale behov, der kræver støtte, men om hvordan disse behov bliver forstået og fortolket i hospitalets praksisfelt. Med Goffman kan dette knyttes til den kloge, hvor fagprofessionelle med indsigt i udsathed arbejder for at gøre mødet mere nuanceret og mindre fastlåst i forhåndsdefinerede patientfortællinger (Goffman, 1975, s. 34-36). Ved at åbne for forklaringer, udfordre kassetækning og tilpasse sprog og tone i mødet, søger socialsygeplejersken ikke at ændre patienten som person, men at mindske den sociale afstand, der kan opstå i interaktionen mellem patient og fagprofessionelle aktører i hospitalet.

Sofie beskriver også, at frustrationer er og kan være en naturlig del af fagprofessionelle hverdag, men at de bør udtrykkes i et fagligt og ikke-personrettet sprog:

“Og man kan sige, det er ikke fordi, altså man må gerne tale om sin frustration på sygeplejestuen, men det er bare vigtigt at det bliver i nogle faglige ord ikke?”. (Bilag 2, s. 14)

Udsagnet peger på, at hurtige og ureflekterede frustrationer om socialt udsatte patienter kan være med til at skabe et forenklet patientbillede i det kliniske møderum. Når sådanne billeder allerede ligger i rummet, før interaktionen reelt udfolder sig, kan patienten begynde at regulere, hvad den deler om sig selv – enten ved at holde igen, tilpasse det, han viser og fortæller, eller helt trække sig fra situationer, hvor han ikke føler sig tryk.

Denne dynamik kan forstås som et identitetsmisforhold mellem patientens faktiske identitet og den tilsyneladende identitet. Ifølge Goffman kan sådanne misforhold få påvirke patientens strategier under indlæggelse, fordi han forsøger at beskytte sit ansigt og sin identitet under indlæggelse. Dette kan blandt andet ske gennem, det Goffman kalder for informationskontrol – hvor patienten – bevidst eller ubevidst – begrænser eller styrer, hvad han deler om sig selv for at undgå at blive fastholdt i en snæver, stemplende patientrolle (Goffman, 2009, s. 83-84). Dette kan også relateres til *impression management*, hvor patienten forsøger at bevare kontrol over det indtryk, han giver af sig, særligt når mødet opleves identitetssårbart (Mik-Meyer & Villadsen, 2013, s. 32).

Lignende oplevelse træder frem hos Bodil, når hun fortæller, hvordan helt selv små signaler fra fagprofessionelle kan få betydning for oplevelsen af at være indlagt som den udsat patient:

“(...) Det kan være sådan noget helt småt, en suk, et blik, en kommentar i døren, og så mærker borgeren med det samme (...)”. (Bilag 6. s. 4)

Ovenstående citat viser, hvordan stigma kan opleves gennem subtile, kropslige og stemningsbårne reaktioner i interaktionen. For patienten kan sådanne små signaler skabe en øget opmærksomhed på, hvordan han træder frem under indlæggelsen, og hvilke sider af sig selv der føles trygge eller risikable at vise, fordi han kan opleve, at hans tilsyneladende identitet kan overskygge ham i interaktionen med de fagprofessionelle.

Bodil beskriver samtidig, hvordan hun – fra sin fagprofessionelle position, som kan forstås som værende den kloge – forsøger at gøre mødet til de øvrige fagprofessioner mindre styret af hurtige, personlige stempler, og mere orienteret mod faglige forklaringer og dialog.

I forlængelse heraf fortæller Bodil videre hvordan sådanne oplevelser kan opleves fra patientens perspektiv:

“Lige præcis. Og borgeren fanger det lynhurtigt. Jeg har oplevet at en borger fortæller mig direkte, at han kan kunne mærke at dem på afdelingen de havde ikke lyst til at bøvle med ham lige nu (...) Og det er jo det, vi netop prøver at undgå med vores arbejde (...)”. (Bilag 6, s. 5)

Citatet tydeliggør, at stigmatisering ikke kun kommer til udtryk gennem ord, men også gennem små, implicite signaler i interaktionen – og at patienten ofte registrerer disse med det samme. Selv et kort sut, et blik eller en kommentar i døren kan dermed på betydning for, hvordan patienten oplever sin plads og rolle under indlæggelsen. Når en patient tidligt fornemmer modvilje eller føler sig som besværlig, kan det skabe et identitetspres i mødet med fagprofessionelle. Her kan den socialt udsatte patient begynde at holde igen med at vise eller dele behov, som han frygter, vil blive læst som en bekræftelse af en allerede etableret negativ kategori. Med Goffman kan denne dynamik samtidig knyttes til begrebet informationskontrol, hvor den socialt udsatte forsøger at bevare kontrol over sit sociale indtryk, han efterlader i interaktionen med fagprofessioner (Goffman, 2009, s. 83-84).

Helle beskriver et lignende mønster i sit interview:

“Jeg oplever en helt anden taknemlighed og så oplever jeg en patientgruppe, der ikke forventer særligt meget. Det kan godt være at de er dem der buler højest, men de råber meget lidt højt op om deres behov. Det er fordi de også ved god at man ikke må forstyrre ikke?”. (Bilag 3, s. 3)

Udsagnet peger på, at socialt udsatte patienter kan opleve, at sociale behov implicit bliver forstået som noget, der forstyrrer den kliniske hverdag – særligt i en kontekst, hvor hospitalets primære mandat er at sikre effektiv, somatisk behandling. Det er netop hospitalets opgave at behandle sygdom, og derfor skal det somatiske også have en central plads. Men når de sociale behov forstås som en forstyrrelse snarere end et vilkår, der kan påvirke behandlingsforløbet, kan det skabe hierarki i praksis, hvor den somatiske logik vinder i mødet med fagprofessionelle, og hvor sociale hensyn dermed let skubbes til side. Dette kan med Goffman forstås som informationskontrol (Goffman, 2009, s. 83-84), hvor patienten holder igen med at udtrykke eller dele behov, som han frygter, vil blive tolket som negativt af fagprofessionelle. At holde igen med sine behov udspringes altså ikke af manglende engagement i behandling, men af en forventning om, at det sociale kan kompromittere hans legitimitet som patient i den fagprofessionelles interaktionsorden.

Face-work i fagprofessionelle interaktioner

Stigma kan opstå, når patientens sociale identitet ikke stemmer med hospitalets dominerende idealer om, hvordan man bør være patient. I disse situationer kan sociale udfordringer blive det mest synlige i mødet, mens de strukturelle vilkår, som former interaktionen, træder i baggrunden. Dette ses for eksempel i Annes fortælling:

“(...) jeg har for eksempel oplevet at en kaldte en borger narkomanen på stue 12. og det er sådan noget som jeg kan blive meget vredt over, og hvor jeg så lige skal minde dem om at de er også mennesker lige som alle os andre ikke?”. (Bilag 5, s. 8)

I citatet beskriver Anne en situation, hvor en patient omtales gennem en stigmatiserende og identitetsreducerende betegnelse i en kollegial samtale. Når patienten kaldes *narkomanen på stue 12*, bliver han ikke refereret til som patient eller menneske, men som en social label,

der fremhæver misbrug som hans mest definerede kendetegn. Anne reagerer her med at afbryde den stemplende omtale og forsøger at genetablere patientens status som et ligeværdigt menneske i samtalen. Hos Goffman handler *face-work* om den sociale processer, hvor mennesker forsøger at beskytte eller genoprette værdighed i interaktioner, hvor deres *face* – altså deres sociale fremtoning og status – er i *fare* for at blive svækket (Mik-Meyer & Villadsen, 2013, s. 35). Annes reaktion kan i dette lys forstås som et interaktionelt forsøg på at skærme patientens sociale værdighed, ved at forstyrre den snævre identitetslæsning og mindre fagprofessionerne om patientens menneskelighed, før en negativ rolle får lov at sætte retningen for mødet. Når Anne går ind i og arbejder med at genoprette patientens faktiske sociale identitet som menneske frem for tilsyneladende identitet, bliver *face-work* et praksisgreb, der bidrager til at mindske den sociale afstand, som stigma kan skabe under indlæggelse.

I forlængelse af dette beskriver både Sofie og Helle, hvordan sproget og tonen i de fagprofessionelles rum kan påvirke patientens oplevelse af sin egen plads under indlæggelse – dermed, hvilke måder det føles muligt og trygt at være patient på under en indlæggelse. Sofie siger for eksempel:

“Jeg oplever, at når vi taler ordentligt om folk, så taler vi også længere med dem. Det er som om tålmodigheden vokser med sproget.” (Bilag 2, s. 15)

Og Helle beskriver en lignende dynamik i en mere konkret situation, hvor hun deltager i stuegang:

“Jeg oplever også nogle gange, at når jeg sidder med til en stuegang (...) så kan jeg godt opleve at tonen blive anderledes hos lægen (...) og så tør patienten også at sige mere og være mere ærlig omkring situationen (...)” (Bilag 3, s. 6)

Begge udsagn illustrerer, at interaktionens sociale klima former, hvor længe fagprofessioner bliver i dialog med patienten, og hvor meget patienten tør gøre synligt af sig selv i mødet. Sofie peger på, at et mere værdigt sprog ikke kun ændrer samtalens længde, men også relationens dynamik – når patienten omtales og mødes med respekt, bliver mødet i indlæggelsen ikke forhastet, men nysgerrigt og mindre præget af mistillid. Helle viser samtidig, hvordan en tilpasset tone i et klinisk møde kan åbne for større ærlighed og

deltagelse, fordi patienten ikke længere skal bruge lige så meget energi på at forsvare eller skjule sin faktiske identitet. Set i lyset af *face-work* (Mik-Meyer & Villadsen, 2013, s. 35). kan Sofie og Helle i interaktionen med de øvrige fagprofessionelle forsøge at påvirke samtalens tone, så patientens rolle ikke bliver låst ind i et negativt første indtryk, og dermed ændre, hvilke informationer der opleves som sikre at dele i mødet med de øvrige fagprofessionelle.

Miskrediteret og potentielt miskrediteret i fagprofessionelle interaktioner

Begrebet stigma og dets synonymmer skjuler et dobbelt perspektiv: en person kan være miskrediteret, når stigmaet allerede er synligt eller kendt i interaktionen, og andre dermed kan gå ind i samtalen med et fast billede af, hvem personen må være. Derudover kan en person være potentielt miskrediteret, når stigmaet ikke er synligt endnu, men hvor borgeren synes at forvente, at han kan blive læst igennem en negativ rolle, og derfor kan blive mere forsigtig med, hvad han deler eller viser i interaktionen (Goffman, 1975, s. 16-17). Denne mekanisme bliver praksisnært synligt i interviewet med Malene, som giver et konkret eksempel på, hvordan sociale udsatte patienter kan blive omtalt i de fagprofessionelles rum:

“Ja, samtidig så oplever jeg også at komme ind på en afdeling og høre ”ahhh bare skideirriterende at nu er han her kraftedeme igen’ og ’såå har hun ondt i maven, og hvad havde hun ellers forventet, hun har jo lige taget 40 Panodiler (...)”. (Bilag 4, s. 3)

I citatet bliver det tydeligt, hvordan en patient, der allerede er kendt gennem negative fortællinger eller sociale labels, risikerer at få sin identitet fastgjort i en miskrediteret patientrolle, hvor kan i mindre grad forstås som patient og i højere grad som den fagprofessionelle må håndtere eller reagere på. Når en identitet er miskrediteret fra start, kan det skabe social afstand i mødet og begrænse, hvilke behov eller deltagelsesformer, der fremstår legitime eller mulige i interaktionen med de øvrige fagprofessionelle. Malenes rolle bliver i denne optik ikke en redningsfigur, men en støttende aktør, der arbejder inden for systemet ved at forsøge at skabe mere rummelige interaktionsvilkår, så patientens sociale forhold ikke alene definerer den udsattes plads i indlæggelsesforløbet.

Samtidig beskriver Helle, hvordan stigma kan få aftryk i interaktionen gennem den måde, den socialt udsatte patient selv oplever at blive set på og vurderet af de fagprofessionelle:

“Hvorfor skal jeg så være her? De synes jo alle sammen at jeg er så irriterende og jeg har fået at vide at jeg koster så mange penge i samfundet. Så måske bliver det bare nemmere hvis I giver mig nålen (...)”. (Bilag 3, s. 6)

I citatet træder patienten allerede ind i interaktionen med en forventning om at være med miskrediteret på forhånd – ikke som en identitet, han selv ønsker at indtage, men som en identitetsposition, han oplever allerede, er etableret i rummet fra tidligere hospitalsindlæggelser. Forslaget om *nålen* kan her forstås som et socialt lært respons, der udspringer fra tidligere erfaringer med at blive mødt gennem irritation, afvisning eller fordomsfortællinger. Patienten tilpasser dermed sine mulige måder at deltage på i interaktionen – ikke ud fra et ønske om at afbryde relationen til de øvrige fagprofessionelle, men ud fra en oplevelse af, at den forhåndsdefinerede identitet begrænser, hvilke behov og reaktioner der er legitime eller trygge at udtrykke under indlæggelse.

Lignede ses i Sofies fortælling, hvor hun fortæller om en patient der gik ind i møde med hende fra en potentielt miskrediteret identitetsposition – altså med en forventning om, at hans udsagn og behov ikke vil blive tillagt troværdighed:

“(...) jeg sidder sammen med en voksen mand, som skulle ringe til jobcenteret, og han siger ved du hvad, kan du ikke bare ringe for mig, fordi mig tror de alligevel ikke på (...)”. (Bilag 2, s. 8)

Selvom patienten ikke omtaler sig selv med et synligt stigma, bærer udsagnet et aftryk af tidligere erfaringer med ikke at blive lyttet til eller troet på i fagprofessionelle systemmøder. Når patienten forventer mistillid på forhånd, kan det indsnævre hans oplevede muligheder for at deltage i interaktionen, fordi han forsøger at undgå en miskrediteret identitetsrolle, hvor han på forhånd vurderes gennem negative karaktertræk. Patientens udsagn om *ikke at blive troet på* kan forstås som en mestringsstrategi i mødet med fagprofessioner, og ikke som et fravalg af hjælp. Tværtimod viser det, hvordan patienten forsøger at tilpasse sin deltagelse, fordi han frygter at blive læst gennem en rolle, der kan mindske hans sociale værdi.

Sofies funktion bliver her et understøttende bidrag i mødet mellem hende og den socialt udsatte, hvor hun arbejder for at stigma ikke bliver den dominerende præmis for interaktionen. Hendes praksis kan ses som et forsøg på at beskytte patientens mulighed for

at være i mødet med mindre identitetstruende vilkår, så fagprofessionelle i højere grad kan bygge på patientens samlede situation og ikke kun på et reduceret patientbillede.

Del 2 sammenfatning

Socialsygeplejersker oplever, at socialt udsatte patienter kan møde forudindtagede holdninger i hospitalsmiljøet. Det udtrykkes sjældent direkte, men kommer til syne gennem små reaktioner som suk, blikke eller nedsættende omtale i kollegiale samtaler. Sådanne signaler kan skabe utryghed og påvirke patientens engagement, særligt i den tidlige del af et forløb, hvor relationer endnu er skrøbelige

Hospitalets tempo og standardiserede arbejdsgange giver ofte begrænset tid til dialog, hvilket kan føre til misforståelser og til, at patienten trækker sig eller undlader at møde op. Socialsygeplejersker arbejder derfor målrettet for at skabe et møde, hvor sociale behov håndteres uden moralisering, og hvor patientens situation ikke reduceres til personlige karakteristika. I praksis bidrager de til et mere respektfuldt kommunikationsklima ved at deltage i møder og stuegang, hvor de støtter patientens stemme og tilstedeværelse. De tager samtidig ansvar for at forklare deres rolle tydeligt, så deres involvering ikke i sig selv bliver misforstået som et negativt signal. Når kolleger udtrykker frustrationer, opfordrer de til, at udfordringer beskrives fagligt og præcist, så samtalen flyttes fra vurdering af patienten til konkrete forhold i mødet.

Samlet set viser analysedel to, at indsatsen både retter sig mod patienten og mod det fagprofessionelle miljø. Socialsygeplejersker forsøger at styrke samarbejdet omkring patienten ved at mindske den sociale afstand og skabe bedre betingelser for dialog, opfølgning og kontinuitet i forløbet.

Konklusion

Der kan konkluderes, at socialsygeplejersker praktiserer socialt arbejde på hospitalet ved at indtage en brobyggende og koordinerede rolle, hvor de aktivt arbejder for at skabe sammenhæng i patientforløb for socialt udsatte patienter. I et hospitalsfelt præget af faste rutiner, tidspres og medicinsk fagsprog beskriver socialsygeplejerskerne, at deres arbejde i høj grad handler om at gøre sociale vilkår organisatorisk relevante og behandlingsunderstøttende i samarbejdet med andre fagprofessioner. De navigerer i hospitalets rammer ved løbende at indsamle, oversætte og formidle social viden, så den kan indgå i de ofte korte, klinisk styrede fagprofessionelle samtaler, uden at udfordre feltets medicinske logik som den dominerende doxa. Sammenhæng i patientforløbet skabes dermed gennem situeret koordinering og vidensdeling på tværs af afdelinger og sektorer, hvor aftaler og behov gøres konkrete og delbare i interaktionen, så ansvaret for kontinuitet ikke individualiseres hos patienten selv.

Der kan videre konkluderes, at socialsygeplejerskerne udøver en praksisform, hvor deres handlerum og faglige autoritet ikke er fast formaliseret, men forhandles relationelt i feltets interne og tværfaglige samarbejde. Her bringes deres kapital i spil på en strategisk måde, hvor klinisk erfaring og organisatorisk systemkendskab fungerer som kulturel kapital, mens allerede etablerede samarbejdsrelationer og netværk aktiveres som social kapital, der kan styrke mulighederne for smidig og effektiv tværfaglig koordinering. Når denne kapital anerkendes af kolleger og ledelse, opnår socialsygeplejerskerne symbolsk legitimitet, hvilket giver dem reelt handlerum til at påvirke, hvordan sociale hensyn integreres i organiseringen af patientforløbet.

Endelig kan det konkluderes, at stigmatisering og sociale barrierer beskrives som nedvarende vilkår i hospitalets interaktionsarena, og at socialsygeplejerskerne arbejder aktivt for at dæmpe stigmaets styring i mødet med patienten og i de kollegers samtaler. Dette gøres gennem impression management, hvor sprog, tone og tempo i interaktionen afstemmes, så patientens identitet ikke reduceres til sociale labels, men i højere grad kan få plads som legitim og relevant i behandlingsforløbet. Når socialsygeplejersken påvirker det relationelle i de kliniske møder, øges muligheden for, at patienten tør udtrykke behov, stille

spørgsmål og indgå mere ærligt i samarbejdet, hvilket kan gøre patientforløbet mindre sårbart og mere sammenhængende i praksis.

Samlet set kan der dermed konkluderes, at socialsygeplejerskens sociale arbejde på hospitalet ikke handler om at ændre den socialt udsatte patient, men om at påvirke og genforhandle de interaktionelle og organisatoriske forudsætninger, der omgiver patientforløbet, så sociale vilkår bliver en legitim og operationel del af det tværfaglige samarbejdsspor – også i komplekse og gentagne indlæggelsesforløb.

Litteraturliste

Abbott, A. (1988): *The System of Professions - An Essay on the Division of Expert Labor*. The University of Chicago Press, Chicago

Abbott, A. (1995) *Boundaries of Social Work or Social Work of Boundaries?* The Social Service Review Lecture. *Social Service Review* 69(4): 545-562

Andrés, E. M., Højbjerg, K., Jensen, C. J. & Gadgaard, C.I. (2023) At gøre det umulige muligt: en governmentality analyse af én socialsygeplejerskes arbejde, *Tidsskrift for arbejdsliv*, bind 25, nr. 1, s. 44-58

Bourdieu, P. & Wacquant, L. J. D. (1992) *An invitation to reflexive sociology*. Chicago: The University of Chicago Press, pp. 74-141

Dideriksen, T. L., Lisby, M., Brünés, N. & Dreyer, P. (2019) *Social Nurses' Descriptions of Nursing: A Qualitative Study of What Social Nursing is and Does?*. *The Open Nursing Journal*, 12, pp. 228–236

Enheden for Brugerundersøgelse (2013) *Socialsygeplejerske for lighed i sundhed*, <https://www.regionh.dk/patientinddragelse/udgivelser/udgivelser/Documents/Socialsygeplejerske%20for%20lighed%20i%20sundhed.pdf> [08.10.2025]

Gilje, N. (2017) Hermeneutik - teori og metode, I: Järvinen, M. & Meyer, N.M. (red.) *Kvalitativ analyse - syv traditioner*, Hans Reitzels Forlag, København, pp. 127-149

Goffman, E. (1975) Stigma og social identitet, I Goffman, E. *Stigma: om afvigerens sociale identitet*, Gyldendals samfundsbibliotek, København. pp. 13-59

Goffman, E. (2009) Informationskontrol og personlig identitet, I: Goffman, E. *Stigma – Om afvigerens sociale identitet*, Samfundslitteratur, pp. 7-25

Kristiansen, S. (2017) Fortolkning, forforståelse og den hermeneutiske cirkel, I: Järvinen, M. & Meyer, N.M. (red.) *Kvalitativ analyse - syv traditioner*, Hans Reitzels Forlag, København, pp. 153-171

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015) *Interview. Det kvalitative forskningsinterview som håndværk*. 3. udgave, Hans Reitzels Forlag, København

Larsen, J. E. (2009) Forståelser af begrebet social udsathed, I: Brandt, P., Henriksen, B. L., Jensen, K. B. & Rasmussen, N.C. (red.) *Udsat for forståelse – Antologi om socialt udsatte*, Rådet for Socialt Udsatte, København, pp. 17-42

Ludvigsen, K. B. & Brünes, N. (2013) *Socialsygepleje i somatik og psykiatri*, <https://www.regionh.dk/til-fagfolk/Sundhed/socialsygeplejerske/Artikler%20og%20rapporter/Socialsygepleje%20i%20somatik%20og%20psykiatri%20-%20KABS%20VIDEN.pdf> [11.10.2025]

Mik-Meyer, N. & Villadsen, K. (2013) Goffman: Interaction and identity negotiations, I: Mik-Meyer, N. & Villadsen, K. *Power and welfare – Understanding Citizens Encounters with State Welfare*, Routledge, pp. 29-47

Mik-Meyer, N. & Villadsen, K. (2013) Bourdieu: Field, symbolic violence and domination, I: Mik-Meyer, N. & Villadsen, K. *Power and welfare – Understanding Citizens Encounters with State Welfare*, Routledge, pp. 29-47

Monrad, M. & Olesen, S. P. (2018) Kvalitet og kritik, I: Olesen, S. P. & Monrad, M. (red.) *Forskningsmetode i socialt arbejde*, Hans Reitzels Forlag, København, pp. 293-318

Olesen, S. P (2018), Analysestrategi, I: Olesen, S. P. & Monrad, M. (red.) *Forskningsmetode i socialt arbejde*, Hans Reitzels Forlag, København, pp. 145-169

Packer, M. (2011) The Qualitative Research Interview, I: Packer, M. *The Science of Qualitative Research*, New York: Cambridge University Press, pp. 42-56

Payne, M. (2005) Konstruktionen af teorier i socialt arbejde, I Payne, M. *Teorier i Socialt arbejde*, Hans Reitzels Forlag, København, pp. 15–40

Pedersen, P. V. (2018) *Social Udsattes møde med sundhedsvæsenet* <https://udsatte.dk/files/media/document/Socialt%20udsattes%20m%C3%B8de%20med%20>

[sundhedsv%C3%A6snet SIF%20for%20R%C3%A5det%20for%20Socialt%20Udsatte.pdf](#)

[08.10.2025]

Pedersen, P. V. (2009) *Dårligt liv – Dårligt helbred. Socialt udsattes oplevelse af eget liv og sundhed*, https://udsatte.dk/files/media/document/D%C3%A5rligt%20liv%20d%C3%A5rligt%20helbred_socialt%20udsattes%20oplevelse%20af%20eget%20liv%20og%20sundhed_SIF%20for%20R%C3%A5det%20for%20Socialt%20Udsatte.pdf [08.12.2025]

Region Hovedstaden (2025) *Om Socialsygeplejerskerne*, <https://www.regionh.dk/til-fagfolk/sundhed/socialsygeplejerske/sider/om-socialsygeplejerske.aspx> [16.09.2025]

Social-, Bolig- og Ældreministeriet (n.d.) *Udsatte voksne*, <https://sm.dk/arbejdsmraader/udsatte-voksne> [07.09.2025]

Soss, J. (2018), On casing a study versus studying a case. *Qualitative and Multi-Method Research*, Vol. 16, No. 1: 21–27

Statens Institut for Folkesundhed (2022) *SUSY UDSAT 2022 – Sundhedsprofil for socialt udsatte mennesker i Danmark og udviklingen siden 2007*, https://udsatte.dk/files/media/document/SUSY%20Udsat%202022%20Sundhedsprofil%20for%20socialt%20udsatte%20mennesker%20i%20Danmark%20og%20udviklingen%20siden%202007_a.pdf [12.09.2025]

Sundhedsstyrelsen (2025) *Om ulighed i sundhed*, https://www.sst.dk/vidensbase/ulighed-i-sundhed-og-sygdom/ulighed-i-sundhed-og-sygdom/om-ulighed-i-sundhed?utm_source=chatgpt.com [20.09.2025]

Sundhedsstyrelsen (2024) *Social Ulighed i sundhed og sygdom*, <https://www.sst.dk/media/awaefe4q/social-ulighed-2013-2021.pdf> [20.09.2025]

Sundhedsstyrelsen (2022a) *Sundhedsindsatser målrettet socialt udsatte borgere: Udvalgte eksempler*, <https://www.sst.dk/media/cnipygvo/sundhedsindsatser-maalrettet-socialt-udsatte-borgere.pdf> [12.09.2025]

Sundhedsstyrelsen (2022b) *Social Ulighed i mødet med sundhedsvæsenet – en systematisk litteraturgennemgang*, https://www.sst.dk/media/hrgp0m24/8947-sst-rapport-ulighed-i-moedet_tilg.pdf [12.09.2025]

Tanggaard, L. (2017) Fænomenologien som kvalitativ forskningsmetode, I: Järvinen, M. & Meyer, N.M. (red.) *Kvalitativ analyse - syv traditioner*, Hans Reitzels Forlag, København, pp. 81-102.

Tanggaard, L. & Brinkmann, S. (2020) Interviewet: samtalen som forskningsmetode, I Brinkmann, S. & Tanggaard, L. (red.) *Kvalitative metoder – En grundbog*, Hans Reitzels Forlag, København, pp. 33-63

Wilken, L. (2011) Bourdieus begreber, I: Wilken, L. *Bourdieu for begyndere*, Samfundslitteratur, København, pp. 39-70