

# At gøre det umulige muligt – en governmentality analyse af én socialsygeplejerskes arbejde

*Emilie Marie Andrés, Karin Højbjerg, Carsten Juul Jensen & Christian Ildrup Gadgaard*

## Abstract

Socialsygeplejerskefunktionen er ved at vinde frem i sundhedsvæsenet. Formålet med funktionen er at mindske social ulighed i sundhed for socialt udsatte patienter, der har vanskeligt ved at tilpasse sig behandlingstilbuddene i det specialiserede og standardiserede sundhedsvæsen. Ud over sundhedsydelser har socialsygeplejersken fokus på det tværsektorielle samarbejde for at hjælpe socialt udsatte til bl.a. sociale ydelser og bolig. Denne artikel handler om, hvordan det er muligt for socialsygeplejersken at gøre sig gældende og lykkes med at udføre denne form for praksis i et sundhedsvæsen, hvor de professionelle arbejdsrutiner har en tendens til at blive medicinske. Artiklen udspringer af et projekt, hvor vi i vores forskningsprogram "Ulighed i sundhed" undersøgte socialsygeplejerskers arbejde på baggrund af deltagerobservationer på 10 hospitaler. I artiklen fokuseres på én informant, der tilsyneladende har succes med arbejdet. Informantens praksis undersøges gennem governmentality-analyser og i diskussionen ekspliciteres informantens arbejdsliv ud fra kontrolbegrebet, der omhandler mulighederne for at kontrollere arbejdsaktiviteterne. Governmentality-analyserne viser, at informanten er subjektiveret af professionsetikken og økonomiske rationaler. Informantens succes synliggøres gennem forøgede handlemuligheder og egenskaber til at arbejde på tværs af regler og sektorer. Socialsygeplejerskens egenkontrol sætter hende i stand til at udforme nye alternativer for behandling til socialt udsatte og styrke tværfaglige samarbejdspartneres kompetencer.

Keywords: velfærdsprofessionelle, socialsygepleje, egenkontrol, etik, tværsektorielt samarbejde

## Baggrund

Socialsygeplejerskefunktionen blev indført i 00'erne med det formål at skabe lige adgang til sundhedsvæsenet og mindske social ulighed i sundhed for socialt udsatte indlagt på hospital. Funktionen er nu ved at vinde frem i hele sundhedsvæsenet, efter den blev afprøvet i forskellige projektforsøg. Baggrunden er en bred politisk interesse for at optimere og udvikle indsatsen over for socialt udsatte patienter (Kjeld et al., 2022; Regionhovedsta-

den, 2021; Udesen et al., 2020; Benjaminsen et al., 2018).

I 2006 blev der taget initiativ til den første projektstilling i socialsygepleje i Danmark. De socialt udsatte havde nedværdigende oplevelser i sundhedsvæsenet, hvorfor de ofte undlod at kontakte læger og skadestuer. Formålet med projektet, der foregik på Bispebjerg Hospitals to ortopædkirurgiske afdelinger, var at garantere socialt udsatte indlagt på hospital en værdig behandling

(Brünés, 2007). Senere i 2011–2013 blev funktionen afprøvet på Herlev Hospital og i hospitalets seks optagekommuner. Dette projekt havde til hensigt at undersøge, om socialsygeplejersken kunne lette overgangen mellem hospital og kommune (Berg, 2013). På Aarhus Universitets Hospital blev socialsygeplejerskeordningen oprettet i akutcenteret i 2015 (Aarhus Universitetshospital, 2015).

I dag er der ca. 60 socialsygeplejersker i hele landet. De fleste er ansat i akutmodtagelser både på somatiske og psykiatriske hospitaler, og funktionen er så småt begyndt at brede sig til kommunerne (Professionshøjskolen Absalon, 2021). Ud over skadesreducerende sygepleje har socialsygeplejerskerne kompetencer i at løse sociale problemstillinger og skabe brobygning. Brobygning handler om koordination af samarbejde, der hjælper socialt udsatte patienter til at indgå i behandlingsforløb, både inden for hospitalet og på tværs af hospitalets og kommunens indsatser. For eksempel ved at hjælpe socialt udsatte til bolig, sociale ydelser, misbrugsbehandling og transport til hospitalet (Dideriksen, 2019).

Vi var en forskergruppe fra Professionshøjskolen Absalon, der i forskningsprogrammet "Ulighed i sundhed" i efteråret 2020 udførte deltagerobservationer på 10 hospitaler for at undersøge socialsygeplejerskers praksis. Artiklen fokuserer på én socialsygeplejerske, der tilsyneladende lykkes med arbejdet.

### *Socialsygeplejerskefunktionen og sundhedsvæsenet*

Socialsygeplejerskefunktionen tænkes at være løsningen på, at interaktionen mellem sundhedsprofessionelle og socialt udsatte patienter er udfordret. Forskning viser, at de sundhedsprofessionelle bliver provokeret af, at de socialt udsatte ofte ikke besidder de rette sociale kompetencer til at kunne tilpasse sig hospitalsbehandlingen. De socialt udsatte patienter oplever derimod, at de bliver

ignoreret, stigmatiseret og diskrimineret, hvorfor de ofte forlader hospitalet, inden de er færdigbehandlede (Pedersen, 2018). Det særlige ved socialt udsatte patienter er, at både stofafhængighed og sociale problemstillinger komplicerer sygdomsbilledet og behandlingsmulighederne, og deres sundhedstilstand er ofte påfaldende dårligere end resten af befolkningens (Benjaminsen et al., 2018; Mik-Meyer, 2018).

Evalueringsrapporter viser, at socialsygeplejerskefunktionen er en succes, der generelt har hjulpet de socialt udsatte patienter til at indgå i behandlingsforløb. I rapporterne forstås socialsygepleje som en holistisk og pragmatisk tilgang, hvor skadesreduktion spiller en særlig rolle. Skadesreduktion er både en ideologi og en praksis, der har til hensigt at yde en værdig pleje og behandling med udgangspunkt i den enkeltes behov, og hvis det er nødvendigt, bøjes regler fremfor at følge afdelingens gældende rutiner (Dideriksen, 2019; Aarhus Universitetshospital, 2015; Brünés & Siiger, 2014; Berg, 2013; Brünés, 2007). Den holistiske og skadesreducerende tilgang er i tråd med de monofaglige etiske standarder, *Sygeplejeetiske grundværdier* (2014) og *ICN's etiske kodeks* (2012), der omfatter en forpligtelse til at imødekomme særligt sårbare gruppers sociale og sundhedsmæssige behov og udvise solidaritet med den svage.

Imidlertid udfordres den humanistiske forståelse af de gældende styringsværktøjer i sundhedsvæsenet. Hjort (2012) har vist, at organisatoriske forandringer har sat sit præg på det affektive arbejde, hvor relationsarbejdet er essentielt. Forandringerne er inspireret af New Public Management, NPM og LEAN. Det har betydet, at der er foregået en standardisering af ydelser med fokus på øget produktion og gennemløbstider, hvor "patientflow" indikerer effektiviteten i arbejdet (Dybbroe, 2015; Hasle, 2014). De standardiserede pakkeforløb, der præger behandlingsudbuddene, fx inden for kræftbe-

handlingen, har til hensigt at sikre kvaliteten, således risikoen ved operationer nedsættes, og patienttilfredsheden øges (Sundhedsstyrelsen, 2022).

Men de standardiserede pakkeforløb har fået konsekvenser for patientrollen således, at patienterne forventes at indgå aktivt i behandlingsforløbene (Beedholm & Frederiksen, 2015; Vinge et al., 2012). Her udfordres særligt de socialt udsatte patienter, fordi de fx kan have besvær med at forstå skriftlig og mundtlig information. De har ofte kognitive problemer på grund af stofafhængighed, udover psykiske og sociale udfordringer. (Brünés & Siiger, 2014). Derfor er det vanskeligt for de socialt udsatte at tilpasse sig behandlingstilbuddene. Ofte afbryder de behandlingsforløbene, og akutte forværringer i sundhedstilstanden nødvendiggør genindlæggelser (Pedersen, 2018). Samtidig har Danske Regioner fokus på at reducere antallet af genindlæggelser, som det ses gennem den politiske strategi "Brobygning" (Stephanie Lose i *Sundhedspolitisk Tidsskrift* om brobyggerstillinger, 2018).

Ydermere sikres kvaliteten i behandlingen gennem den biomedicinske optik. Det betyder, at den medicinske forståelse af patienten kommer til at usynliggøre omsorgen til patienterne (Dybbroe, 2015; Kamp & Dybbroe, 2013). Når arbejdsrutinerne i sundhedsvæsenet er reguleret af krav om øget produktivitet, kvalitet og standardiserede behandlingsforløb, bliver det vanskeligt for de sundhedsprofessionelle at udføre arbejdet på andre måder end de foreskrevne. Forandringerne har skabt en tendens til en medicinsk praksis, som foregår på bekostning af human og socialfaglige tilgange i arbejdet (se fx Kamp & Dybbroe, 2013; Beedholm & Frederiksen, 2015; Timmermann & Epstein, 2010; Pedersen, 2017).

Aktuelt har Ekman (2022) vist, at *udpiningen* af velfærdsinstitutionerne påvirker arbejdslivet. Det pointeres, at der er et misfor-

hold mellem på den ene side styring gennem kvalitetsstandarder, som har til hensigt at sikre relationelle indsatser, og på den anden side LEAN's fokus på de tekniske dimensioner i arbejdet. Dette sker på bekostning af det relationelle arbejde, således det nedprioriteres. Derfor er det formålet med artiklen at undersøge, hvordan det er muligt for socialsygeplejersken at gøre sig gældende og lykkes.

Arbejdslivsforskningen peger på, at kontrolbegrebet er vigtigt, når man vil undersøge, om professionelle kan kontrollere deres arbejdsaktiviteter. "To be in control" handler ikke alene om at have greb om det, der foregår, men at man er i stand til at påvirke den arbejdsmæssige kontekst gennem arbejdet (Holt et al., 2013; Hvid, 2009).

## Metode og undersøgelsesdesign

Artiklen er baseret på empiri, som forskergruppen, der består af artiklens forfattere, gennemførte i efteråret 2020. Empirien omfattede deltagerobservationer i omkring 200 timer på 10 akutmodtagelsesafsnit på forskellige urbane og landlige hospitaler på Sjælland. Vi tilstræbte en bred repræsentation i valget af somatiske hospitaler, der havde etableret socialsygeplejerskefunktionen. Valget af socialsygeplejersker blev foretaget på baggrund af deres erfaringer med funktionen. De er ansat under ledelsen af akutmodtagelserne eller i en stabsfunktion til oversygeplejersken.

Deltagerobservationerne blev udfoldet med et antal etnografiske interviews i form af uformelle dialoger. Ca. 6 måneder senere foretog vi 11 semistrukturerede interviews med de socialsygeplejersker, vi havde fulgt, på baggrund af en fælles interviewguide og vores individuelle erfaringer fra deltagerobservationerne (Spradley, 1980; 1979). Interviewene varede i mindst 60 minutter hver især.

Hver enkelt forsker i gruppen har læst de transskriberede feltnoter og interviews igennem flere gange. På baggrund af fælles

diskussioner blev vi enige om at beskrive de overordnede fortællinger, der er indlejret i det empiriske materiale. Resultaterne af disse analyser er formidlet andetsteds (Højbjerg, Andrés, Gadgaard, Andersen & Jensen, 2022).

Analysearbejdet tydeliggjorde, at særligt én socialsygeplejerske havde en eksemplærisk praksis, der repræsenterede socialsygeplejerskernes måde at udføre arbejdet på. Informanten har mere end 20 års erfaring hovedsageligt fra psykiatrien, blandt andet fra stillinger som afdelingssygeplejerske og udviklingssygeplejerske. Hun har ikke alene erfaring med socialt udsatte fra dette arbejde, men også fra akutmodtagelsen på somatisk hospital, hvor hun blev ansat til at etablere funktionen i en delestilling mellem somatisk og psykiatrisk hospital. Da deltagerobservationerne begyndte, havde hun været ansat i funktionen i ca. 2½ år.

Analysen bygger på et empiriske materiale med denne ene socialsygeplejerske. Det indeholder tre dages deltagerobservationer med indgående samtaler om arbejdet, et kvalitativt interview samt dokumenter udfærdiget af informanten, der i blandt en funktionsbeskrivelse og en statusrapport. Analysearbejdet fulgte Braun og Clarks (2006) seks faser, der går fra at gøre sig bekendt med det empiriske materiale, eksplicitering af initiale koder, gennemgang af mulige temaer til definition og navngivning af temaer. Kodning og tematisering af mønstre er en kontinuerlig proces, der har været præget af mere detaljerede og "recursive" læsninger af materialet, som tager afsæt i forskningsspørgsmålet og den teoretiske ramme. Processen blev gentaget adskillige gange for at udspecificere temaerne (Braun & Clark, 2006).

### *Etiske overvejelser*

Empiriproduktion og – behandling er foretaget i overensstemmelse med Datatilsynets regler (Datatilsynet, 2021). Der er indhentet

både mundtligt og skriftligt informeret samtykke. Informanterne er dels informeret om, at de er sikret anonymitet, dels at deltagelse er frivillig og at tilsagnet kan trækkes tilbage. Informanterne er desuden informeret om, at empirien kun anvendes til forskningsformål. Patienterne blev i deltagerobservationerne informeret om, at fokus var rettet mod socialsygeplejerskens arbejde.

### **Teoretisk perspektiv**

I artiklen er vi interesserede i at undersøge, hvordan det er muligt for socialsygeplejersken at gøre sig gældende i et standardiseret og effektiviseret sundhedsvæsen. Derfor har vi valgt governmentality-optikken til at fokusere på den tænkning, der er indlejret i informantens praksis og i den institutionelle kontekst (Dean, 2006). Vi har anvendt Michell Dean (2006) og Lene Ottos (2006) udlægninger af Foucaults tanker om governmentality som analytisk perspektiv på empirien. Fordelen ved denne optik er, at vi kan undersøge sammenhængen mellem den organisatoriske styring og de strategier, som præger informantens måde at udføre arbejdet på. Hermed kan vi belyse socialsygeplejerskens handlemuligheder til at udføre arbejdet med socialt udsatte. I diskussionen drøfter vi, hvad governmentality-optikken kan bidrage med og egenkontrollen i informantens arbejde.

Governmentality-perspektivet gør det muligt for os at studere, hvordan magt og viden kommer i spil gennem "frie" subjekters indre liv. Magten udøves ikke gennem kontrol, i stedet forstås individet som selvansvarligt. Individets moral ses som et forsøg på at gøre sig selvansvarlig for egne handlinger, og vi anskuer socialsygeplejersken som et subjekt, der danner sig selv gennem en forståelse af, hvad der er rigtigt og forkert at gøre i arbejdet med socialt udsatte (Dean, 2006).

Socialsygeplejerskens subjektivering er et udtryk for denne dannelsesproces, som styres og reguleres i menneskelige relationer og gennem de strukturelle betingelser, der fx bygger på retningslinjer og lovgivning. Processen er dobbelt, dels former subjektet sin praksis, dels formes subjektet gennem forskellige objektgørelser. Dette synliggøres i analysernes fokus på, hvordan informanten aktivt og frivilligt udfører operationer på sine tanker og sin adfærd for at forbedre sig selv til dannelse som socialsygeplejerske.

Individets professionelle adfærd udøves også ud fra normer, der fungerer som en slags ideal for adfærden. Normerne danner et grundlag for informantens vurdering af sin adfærd og de særlige handlemuligheder, den giver hende i praksis. I analyserne fokuserer vi ikke alene på de handlemuligheder, socialsygeplejersken har til rådighed, men også de strategier hun anvender til at opnå særlige mål i arbejdet. Vi har ydermere haft et blik for informantens problematisering af arbejdet, eftersom problematisering kan illustrere, hvordan hun styres og selv udøver styring (Dean, 2006; Otto, 2006).

I følgende afsnit præsenteres projektets analyser og resultater. Analysen er disponeret i fire overskrifter. De eksemplificerer ikke alene den tænkning, der er indlejret i de normer og værdier som subjektiverer socialsygeplejersken, men også de strategier hun anvender.

## Analyse og resultater

### *Kreativ brobygning forhindrer genindlæggelser*

Vi har valgt det nedenstående interviewcitater med socialsygeplejersken, fordi det synliggør, hvordan en særlig organisatoriske regulering former informanten og hvordan hun regulerer samarbejdet. Informanten er ble-

vet inspireret af kommunen til at anvende den koordinerende indsatsplan, KIP, som et arbejdsredskab. Det tværsektorielle samarbejde er centralt i informantens arbejde, og hun bruger arbejdsredskabet til at involvere kommunen i et tværsektorielt samarbejde omkring en borger, der har et massivt forbrug af alkohol og utallige genindlæggelser bag sig. Hun ikke alene forpligter kommunen til fremmøde i borgerens hjem, men de personer, der er ansvarlige for bevillingerne, møder fysisk frem og bevilliger behandlingen til borgeren.

*".. jeg valgte bare som arbejdsredskab, da jeg startede ... fordi du (har) en forpligtelse til at fremmøde, når man indkalder til sådan et møde... jeg ved ikke helt lovgivningen omkring det, men .. de (har) i hvert fald gjort det, at når de sender sådan én og indkalder til et møde, så har jeg ikke oplevet, at der ikke er nogen, der møder. ... fik jeg en tilbagemelding fra en kommune, hvor de ville komme to, og vi endte med at sidde 16 i hendes dagligstue, fordi de simpelthen havde taget chef og chefer med for at være sikker på, at der var grønt lys på nogle særlige ting i forhold til de problematikker, der var hos den borger. Det var én, der har været indlagt, jeg tror, det var 48 gange på et år. ... det gav ikke rigtig mening, for at hun skulle overleve og ikke... døse hen i leverkoma og eventuelt også dø af hendes massive alkohol overforbrug, og det var på seks liter om dagen. Så en kvinde på 50 kg, der indtager seks liter vin om dagen, det kan vel medføre døden på et eller andet tidspunkt i hvert fald, hvis der ikke sker noget."* (Socialsygeplejersken)

I interviewet fortæller informanten, at KIP-møder er et nyt "arbejdsredskab" for socialsygeplejersker på somatiske sygehuse, og hendes brug af KIP-mødet er en strategi, der skal forstås på baggrund af en funktionsbeskrivelse med overskriften "Brobygger-sygeplejerske", som hun selv har udformet.

Overskriften indikerer, at brobygning er et vigtigt mål for hendes arbejde. Under afsnittet "Kvalifikationer" i funktionsbeskrivelsen er det således beskrevet, at der skal være forståelse for "den koordinerende indsatsplan som metode". Funktionsbeskrivelsen er et eksempel på informantens viden om de tværsektorielle samarbejdspartneres ansvar for behandling, hvilket gør det muligt at inddrage dem i problemløsningen. Samtidig synliggøres det, at KIP en styringsteknologi i informantens praksis, hvor hun er subjektiveret af rationalet om at skabe tværsektorielt samarbejde.

Socialsygeplejerskens indkaldelse til KIP-møde er baseret på statslige retningslinjer, hvilket får kommunen til at stille op og samarbejde med de tilgængelige midler. Retningslinjerne for KIP er udarbejdet af Sundhedsstyrelsen (2014). De skriver bl.a., at formålet er "at støtte op om de enkelte regioner og kommuners generelle forpligtelse til at sikre at alle borgere kan modtage psykiatrisk behandling samt behandling for alkoholafhængighed og stofmisbrug" (Sundhedsstyrelsen, 2014, s. 4). Ydermere er det hensigten at styrke samarbejdet mellem regioner og kommuner omkring indsatsen.

Citatet eksemplificerer, hvordan informanten anvender arbejdsredskabet KIP som en strategi til at styrke de kommunale samarbejdspartneres motivation og styre dem til reelt at indgå i et løsningsorienteret samarbejde, ved at udarbejde en behandlingsplan for patienten og bevillige midlerne. I Ottos (2006) optik foregår styringen gennem de strukturelle betingelser og i form af bestemte strategier, og vi kan ud fra det vise, hvordan informantens anvendelse af arbejdsredskabet KIP etablerer samarbejdet. Vi ser hendes formulering om, at der skal være "grønt lys" som et udtryk for, at det er lykket for hende at involvere kommunen i samarbejdet.

Det store fremmøde fra kommunen viser, at der er stor opbakning til dette tværsektori-

elle samarbejde om borgerens situation. Indtil da har kommunen angiveligt ikke hjulpet borgeren med de nødvendige sociale foranstaltninger og rusmiddelbehandling. Empirien viser, at det er informantens initiativer, der gør udfaldet. Det tværsektorielle samarbejde lykkes også, fordi socialsygeplejersken (implicit) forpligter kommunen til at overholde dens lovgrundlag, *Service-loven* §101 om at varetage borgerens rusmiddelbehandling (Socialstyrelsen, 2020).

Det fremgår af citatet, at socialsygeplejersken anvender det tværsektorielle samarbejde som en strategi til at nedbringe borgerens ekstreme antal indlæggelser (48 i løbet af ét år). Genindlæggelserne er et problem, og de synliggøres som styringsrationalet i hendes praksis. Dette greb finder vi også i en såkaldt statusrapport, som socialsygeplejersken udarbejdede over projektet "Brobygger-sygeplejerske" (påbegyndt 1. august 2018 og afsluttet 31. december 2019). I rapporten er der ligeledes fokus på, at det er lykket at reducere antallet af genindlæggelser af patienter med sociale og psykiatriske problemstillinger. Statusrapporten betød, at socialsygeplejerskens midlertidige projektstilling blev ændret til en fast funktion. Vi betragter nedbringelsen af genindlæggelser som en strategi til at legitimere socialsygeplejerskefunktionen og som et udtryk for, at socialsygeplejersken er subjektiveret af den politiske dagsorden om at nedbringe antallet af genindlæggelser, der illustreres gennem Stefanie Loses og Danske Regioners udspil (2018) om selvsamme.

Deans definition af styring som en kunst- art, når aktiviteten bl.a. kræver fantasi og klog tilpasning (Dean, 2006), ser vi komme til udtryk i socialsygeplejerskens kreative samarbejdsstrategier i en akut og uforudsigelig situation. Socialsygeplejerskens måde at problematisere borgerens kritiske helbreds- tilstand på viser, hvordan hun henholdsvis regulerer sin egen adfærd og udøver styring. For det første er problematiseringen udtryk

for, at socialsygeplejersken er motiveret af sygeplejeetiske grundværdier, der forpligter hende som professionel til at finde en strategi, der hjælper patienten ud af den livstruende tilstand. For det andet involverer og forpligter hun på denne (dramatiske) måde (liv og død overtrumfer alt selv uden for hospitalsvæsenet) de tværfaglige samarbejdspartnere til at bruge de nødvendige ressourcer, så det er muligt at ændre borgerens uholdbare livssituation.

Den samlede analyse viser, at socialsygeplejersken har benyttet flere strategier til at udforme det tværsektorielle samarbejde. For det første har hun skrevet KIP ind i funktionsbeskrivelsen for arbejdet, dermed formaliseres KIP-mødet som en strategi til at etablere og udvikle et samarbejde med kommunen. En anden strategi, informanten benytter sig af, er, at hun italesætter borgerens helbredsproblemer som en livstruende tilstand, hvilket får samarbejdspartnerne til at bevillige ressourcerne til borgerens rusmiddelbehandling. Borgeren modtager behandling, og genindlæggelserne forhindres, hvilket er en strategi til helt overordnet at legitimere socialsygeplejerskefunktionen.

### *Forpligtelsen over for den socialt udsatte*

Det er formålet med socialsygeplejerskefunktionen at bistå patienter med misbrug og sociale problemstillinger. Følgende interviewcitater viser, hvordan informanten hjælper en borger ud af en vanskelig livssituation med sociale problemer og sygdom, og træder i karakter som fagperson. Hun har påtaget sig ansvaret som tovholder på KIP-mødet, fordi patienten befinder sig i en uafklaret og uholdbar situation, og det er uvist, hvem der er forpligtet til at hjælpe ham. Patienten er havnet i en gråzone i kommunen, og sagsbehandleren har sat ham ud af hans bolig fredag eftermiddag. Informanten træder til

og hjælper borgeren med at blive skrevet op i et boligselskab og med at bestille flyttefirma. Ydermere sørger hun for, at borgeren får behandlet sit skinnebessår, da han er forment adgang til ambulatoriet, hvor såret blev behandlet.

*"... det er faktisk omkring én, jeg tidligere har haft i et forløb, hvor at kommunerne havde nogle gråzoner, hvor han simpelthen faldt igennem alles zone ... og inden der overhovedet blev iværksat noget ... så havde fru (sagsbehandleren) sat ham ud af egen bolig og (han) stod på gaden, og som altid så skete det jo på en fredag efter kl. 12, og så var alt jo lukket..... Han har så haft nogle videre forløb, og vi har sådan løbende holdt de her koordinerende indsatsplanmøder, men det har egentlig været mig, der er tovholder på at indkalde, fordi han falder lidt ned mellem to stole, og hvem vil tage ansvaret? ... Nu igen bor han hos en veninde.... Så der er så et koordinerende møde i morgen, hvor jeg så har indkaldt alt, hvad der kan indkaldes og sige, at nu har jeg i hvert fald i en kortere periode hjulpet ham. Han er blevet skrevet op til boligselskab, han har fået registreret, hvilke boliger han ønsker, og at hans ting er blevet flyttet dernede fra det forsorgshjem. Det kommer op til ham via flyttefirma, så der er sådan nogle lavpraktiske ting, som faktisk har stor betydning for ham... Så havde han ikke det at tænke på, og det har været en del af også, at han fik behandling... Han har også sådan noget skinnebessår ... som også var i slem forværring. Han må ikke dukke op til – XX sygehus i sårambulatoriet dér – så det var ret inficeret af især stafylokokker, der var ved at ske en kæmpe forværring af." (Socialsygeplejersken)*

Det er bemærkelsesværdigt, at informanten indkalder til KIP-møde, fordi borgeren ikke er indlagt og derfor principielt ikke falder inden for socialsygeplejerskens virksomhedsområde. Citatet viser, hvordan hun motive-

res af borgerens uholdbare boligsituation til at påtage sig ansvaret som tovholder på KIP-mødet. Det er en opgave, der egentlig er de kommunale samarbejdspartneres, men socialsygeplejersken påtager sig tovholder-funktionen og udvider dermed sine kompetencer.

I empirien fremgår det, at hun tager initiativ til at hjælpe patienten med at blive skrevet op i et boligselskab og engagerer et flyttefirma til at hjælpe patienten med at flytte. Informanten påtager sig således ansvaret for at løse patientens uholdbare sociale situation og akutte sociale behov, selvom det er en opgave, der almindeligvis varetages af sagsbehandlere i kommunen. Dermed udvikler hun sin egen rolle som socialsygeplejerske. Hun tager borgerens vanskeligheder alvorligt og medinddrager ham i problemløsningen og lykkes dermed at hjælpe den nødstedte borger.

Citatet viser ligeledes, at et sårambulatorie (på et sygehus i regionen) har forment patienten adgang, så han ikke kan få behandlet sit skinnebenssår (angiveligt pga. uacceptabel adfærd). Ambulatoriets afvisning af patienten motiverer socialsygeplejersken til at arrangere en "virtuel-konsultation" hos en overlæge. Relationen til overlægen bliver i denne situation til hendes handlemulighed (relationen bliver uddybet i en senere analyse). Informantens kompetence til at skabe tværfagligt samarbejde betyder, at borgeren kommer i behandling, og hendes initiativer synliggør, at hun er subjektiveret af de professionsetiske grundværdier til at udøve omsorg i solidaritet med den svage (Sygeplejeetiske retningslinjer, 2014).

Empirien viser, at informanten ikke lader sig begrænse af sundhedsvæsenets arbejds-gange, hendes indgående kendskab til dem betyder, at hun kan mingelere og skaffe et råderum til at udfolde sin faglige ekspertise. Hun ikke alene sørger for, at borgeren får ordineret antibiotika, men hun sender sms-beskeder til borgeren, så han husker at tage

medicinen. I interviewet nævnes det, at det er billigere at forære borgeren medicinen frem for, at han risikerer en benamputation, hvis han ikke modtager behandling. Det viser, at socialsygeplejersken er motiveret af ambitionen om at sparre regionen for en kostbar operation og er subjektiveret af et økonomisk rationale.

### *"Knowhow" om lavpraktiske samarbejdsrelationer*

En stor del af socialsygeplejerskens arbejde handler om at initiere kontakten til kommunerne og gøre opmærksom på sin funktion for at etablere et fagligt og personligt samarbejde omkring det, som informanten udtrykker som "tunge borgere" med mange genindlæggelser, også tvangsindlæggelse. Problemet er, at "tunge borgere" er vanskelige at hjælpe, da relationen til dem kan være en "håbløs, umulig opgave", og genindlæggelserne er kostbare for hospitalet. Det tværfaglige samarbejde udfoldes gennem en fælles undersøgelse af, hvad de i fællesskab kan gøre i forhold til den reelle situation ude hos borgeren. I nedenstående interviewcitater får vi viden om, hvordan hun tager sin samarbejdspartner i hånden og viser denne, hvordan man gør. Det specifikke tekststykke omhandler samarbejdet med den kommunale rusmiddelbehandler i forhold til patienter med store psykiatriske og sociale problemstillinger.

*"... nogen som varetager de tungere borgere ... i kommunerne. Så derfor er det oftest nogle af de samme, man egentlig samarbejder med. ... Da jeg startede i stillingen, der tog jeg jo simpelthen rundt til en stor del af kommunerne her i nærområdet og simpelthen introducerede mig og sagde goddag, her er jeg, så ... Med tiden så får man nogen sager sammen, og så er det egentlig dér, man også får lidt mere personlig kontakt... fordi man sparrer også med hinan-*



den. Der er også sager, hvor ... begge parter siger, hvad stiller vi op her, det virker som en håbløs, umulig opgave at få en relation eller få patienten til at gøre noget, der kunne være hensigtsmæssigt for ham selv.

Så giver det bare rigtig meget mening at få lagt nogle kort på bordet. Vi kan jo ikke lige vide alt, og vi kan jo heller ikke gøre alt, men måske kan vi løfte en opgave sammen, hvis vi prøver at finde ud af... hvad ved vi begge to, ... så er det måske at starte helt lavpraktisk. Hvor man måske begge to kører ud til patienten og siger... goddag min ven, vi vil gerne hjælpe dig. .... fordi det kan være rigtig dyrt for hospitalet og psykiatrien at have en indlagt frem og tilbage mange gange og måske også tvang og andre ting." (Socialsygeplejersken)

Som man fornemmer i informantens måde at fortælle om, hvordan hun etablerer samarbejdet med kommunen, så anvender hun sine mangeårige arbejds erfaringer til at etablerer personligt forpligtende samarbejdsrelationer, der har til formål at forhindre genindlæggelser. Hun ved, hvad der virker og hvad hun skal gøre, hvilket sætter hende i stand til at udforme samarbejdsrelationer omkring "de tunge borgere".

Udsagnene "hvad stiller vi op her", "at få lagt nogle kort på bordet" og "vi (kan) løfte en opgave sammen" handler om, at de i fællesskab finder frem til en plan. Det viser, at samarbejdet er en forudsætning for at løse opgaven, og det skabes gennem faglig sparring, når de i fællesskab undersøger borgerens situation for at finde frem til en konstruktiv tilgang. Set i Deans (2006) optik styrer hun relationen med sin viden om, hvad og hvem der skal styres. Vi ser hendes mangeårige arbejds erfaringer som et "praktisk knowhow" om psykiatriske patienter, misbrugere og samarbejdsrelationer, der udtrykker hendes regulering af arbejdet.

Empirien viser, at informanten tager initiativet og giver udtryk for konkrete forestillin-

ger om, hvordan samarbejdet skabes. Ordet "personlig" antyder en forventning om, at relationen er gensidigt forpligtende i forhold til "sagen", de samarbejder om. Citatet eksemplificerer et mønster i det empiriske materiale, der viser, hvordan informanten regulerer samarbejdet gennem den personlige relation til den tværfaglige samarbejdspartner (rusmiddelkonsulenten). Dertil kommer, at hun forventer, at samarbejdspartnerne viser ydmyghed og samarbejdsvilje, og hun sørger for, at de drøfter samarbejdet, hvis det ikke fungerer (interview, 2021). På den måde bliver etablering af samarbejdsrelationen til en strategi, som har til hensigt at løse borgerens problemer. Samtidig handler socialsygeplejerskens relation til rusmiddelbehandleren også om at skabe en relation mellem denne og borgeren gennem fælles konkrete og "lavpraktiske" initiativer: "Goddag min ven, vi vil gerne hjælpe dig".

### *En alternativ strategi – at gøre patienterne "spiselige" for lægerne*

Samarbejdet med lægerne er afgørende for, at informanten lykkedes med sine indsatser, eftersom lægen har ordinationsretten og bestemmer den lægefaglige behandling. I udsnittet af interviewet fortæller hun om sin erfaringsbaggrund med mange års arbejde i psykiatrien. De sidste år, inden sin ansættelse som socialsygeplejerske, arbejdede hun i akutmodtagelsen, hvor hun samarbejdede med læger fra medicinske og kirurgiske specialer. Her skabte informanten et netværk, som hun trækker på i arbejdet. I citatet nævner hun sin egen faglighed som en væsentlig faktor til, at samarbejdet er kommet i stand. Hun har vist lægerne, hvad hun kan, og derfor har hun mulighed for at kontakte dem, når der er brug for det.

*"Altså, det netværk der er, det er jo fordi, jeg selv har arbejdet i klinikken jo... en hel del..."*

*og også her i akutspecialer kan man sige et par år, før jeg fik den stilling... Alle medicinere og kirurger, de kommer herovre... og tilser patienter ... (de har) kendskab til mig i forvejen. ... hvad min faglighed står for, hvordan jeg har arbejdet herovre... i akutspecialer... Det gør også, at man har en relation i forvejen, og derfor har det også været nemmere at egentlig komme med nogle patientsager og sige... jeg har brug for en overlæges faglig vurdering på det her... hvad tænker du, hvordan og hvorledes kan man gribe det an? De synes jo faktisk, det er rigtig spændende, især når de får præsenteret nogle af de her patienter, fordi de får dem præsenteret på den måde, at det også er ret spiseligt for dem, fordi de (patienterne) er jo afhængige af, at det er en god overlæge, der kommer.” (Socialsygeplejersken)*

Analysen viser, hvordan informantens samarbejdsrelation med overlægerne betyder, at hun dels udvikler sine muligheder for at udøve socialsygepleje til socialt udsatte, dels sætter hun lægerne i stand til at udføre deres arbejde som speciallæger. Informanten har fundet frem til en måde at gøre socialt udsatte patienter ”spiselige” for lægerne, og hendes faglige erfaringer sætter hende i stand til at ”oversætte” de socialt udsattes problemer, således det, der tilsyneladende er umuligt at håndtere, gøres tilgængeligt for lægerne.

Lægernes respekt for informantens faglighed og viden om socialt udsatte giver hende handlemuligheder. Samtidig opnår lægerne også handlemuligheder, fordi hun gør det muligt for dem at bruge deres specialviden til patienter, der ellers har vanskeligheder med at indgå i et behandlingsforløb. Hun appellerer til lægernes ekspertise, når hun siger: ”Jeg har brug for en overlæges faglig vurdering på det her... hvad tænker du, hvordan og hvorledes kan man gribe det an?”.

På den måde opnår lægerne en indsigt i den socialt udsattes perspektiv og en forståelse for, hvordan behandlingen kan tilpasses

den socialt udsattes livssituation. Socialsygeplejerskens samarbejde med lægerne kan betragtes som en strategi for at nå målet, at socialt udsatte borgere modtager behandling. Hun nævner både i interviewet og under deltagerobservationerne en overlæge, der er interesseret i hendes arbejde med socialt udsatte.

Overlægen har fået øjnene op for, at hun gør noget, der virker i forhold til de socialt udsatte patienter, hvilket har ført til, at hun har undervist overlægerne. Samarbejdet giver hende mulighed for at henvende sig direkte til overlægen, frem for at de akutte patienter skal igennem forvagten, som de ofte er nødt til at vente på. Ventetid betyder, at de socialt udsatte patienter ofte forlader hospitalet, inden lægen dukker op (feltnote, 2020).

Empirien viser, at socialsygeplejersken har mulighed for at lave særlige aftaler med overlægen, således at de socialt udsatte tilbydes behandling på andre præmisser end de gængse. For eksempel er hun i stand til at være til stede og følge patienterne, så de føler sig velkomne og ikke oplever at blive stigmatiseret (interview, 2021). Det viser, at hun kan hjælpe patienterne igennem sundhedsvæsenet på alternative måder. Samtidigt illustrerer det, at informanten regulerer arbejdet ud fra professionsetiske værdier om ”at gøre sygepleje tilgængelig for alle (vores fremhævelse) patienter der har behov” (Sygeplejeetiske retningslinjer, 2014).

I et nyhedsbrev fra socialsygeplejersken (oktober, 2020) skriver hun: ”Socialsygeplejerskens kernekompetence bygger på specialistviden om de socialt udsattes komplekse sociale og sundhedsmæssige problemer, og på kompetencen til at bygge bro mellem patient og sygehusets personale”. Hun er altså bevidst om, at værdien af hendes arbejde er vigtig at udbrede i organisationen. Set i Ottos (2006) optik bliver rationalet i arbejdet synligt i socialsygeplejerskens praktiske forsøg på at løse problemer, og det giver os

et blik for de handlemuligheder, som hun benytter sig af. Informantens samarbejde med lægerne viser hendes kreative evne til at udvikle funktionen til fordel for de socialt udsatte patienter og til at skabe tværfaglige samarbejdsrelationer, der gør det muligt at finde frem til løsninger inden for de gældende strukturer. Ydermere viser analysen, at informantens særlige kompetence i at udnytte de tilgængelige muligheder anerkendes af organisationen, der giver hende en masteruddannelse og opretter yderligere en socialsygeplejerskestilling.

## Diskussion

Projektets resultater adskiller sig fra den foreliggende forskning ved at anlægge governmentality-optikken, der giver et blik for rationale i én socialsygeplejerskes praksis og de handlemuligheder, der er indlejret i den. På den ene side er det et spinkelt empirisk materiale med én informant. På den anden side er udvælgelsen sket på grundlag af det samlede materiale, hvor vi har set lignende træk. Såfremt studiet havde været landsdækkende, ville grundlaget for udvælgelsen af informanten have været styrket. Mens forcen ved dette empiriske materiale er, at det er fremkommet på baggrund af metodetriangulering.

Resultaterne viser, at socialsygeplejerskens succes skal ses på baggrund af hendes handlemuligheder i det standardiserede og leanificerede sundhedsvæsen. Socialsygeplejersken har mulighed for at udfolde sin professionsfaglighed gennem egenkontrol til at planlægge og udføre arbejdet ud fra socialt udsattes sociale og sundhedsmæssige behov (Hjort, 2005). Her er artiklens resultater på linje med den foreliggende forskning om, at det er vigtigt at udøve skadesreducerende sygepleje til socialt udsatte (Bartlett et al., 2013; McNeil et al., 2015; Gray, 2014).

Analysernes fokus på, hvordan socialsygeplejersken lykkedes i en organisatorisk kontekst, bidrager til en ny forståelse af funktionen, hvor tidligere forskning skildrer de sygeplejehandlinger, der gør funktionen til en succes (Dideriksen et al., 2019; Hawk et al., 2017).

Governmentality-analyserne synliggør, at socialsygeplejersken forpligter sig til at varetage de socialt udsattes "sag" med de midler, hun har til rådighed. Ifølge Otto (2006) kan individer lede sig selv, når de er overbeviste om værdierne og praksisserne, da de dermed gør de "foreskrevne" opgaver til deres egen sag (Otto, 2006). Dette kommer ikke alene til udtryk, når informanten regulerer arbejdet i overensstemmelse med god etisk praksis ud fra en stærk retfærdighedssans med et blik for de socialt svages behov for sygepleje, men også når hun regulerer arbejdet ud fra et økonomisk rationale. Rationale synliggøres gennem informantens arbejde med at forhindre genindlæggelser, hvor hun bryder med den konventionelle forståelse af, hvordan patienter tilbydes behandling i sundhedsvæsenet.

Samtidig kunne analyserne tyde på, at socialsygeplejerskens regulering af arbejdet ud fra politiske mål om at forhindre genindlæggelser er et jobkrav. Ifølge Hvid (2009) forstås egenkontrol ud fra jobkravet, der bl.a. handler om mulighederne for at magte arbejdet, og det reflekteres i belønningsdimensionen. Informantens belønning består i, at organisationen forærer hende en masteruddannelse og opretter endnu en socialsygeplejerskestilling.

Resultaterne illustrerer, at socialsygeplejersken udvider sine handlemuligheder og egenskaber, hvilket i Ottos (2006) optik er et udtryk for en positiv magt. Hun er i stand til at arbejde på tværs af regler og standarder for at hjælpe socialt udsatte, og hun realiserer nye og anderledes måder at udføre socialsygepleje på. Den positive magt viser sig som

informantens kreative strategier, der ses som udtryk for hendes egenkontrol, hvor hun i kritiske situationer tilegner sig nye kompetencer og har frihed til at finde frem til nye handlemuligheder (Hvid, 2009).

Analyserne står i modsætning til Ekmans (2022) tre håndteringsstrategier, der opstår på baggrund af udpiningen af velfærdsinstitutionerne. Fx handler det om, at helheds-tænkningen i arbejdet bliver sat under pres af hyperspecialisering, og velfærdsmedarbejdere påtager sig et personligt ansvar, som overstiger deres viden og kompetencer.

Endvidere viser resultaterne, at informanten selv tager initiativ til at involvere sine tværfaglige samarbejdspartnere på en konstruktiv måde og overskrider de gængse arbejdsdelinger. Set i lyset af kontrolbegrebet betyder det, at socialsygeplejersken ikke alene kontrollerer sine egne handlinger, men hun besidder en kompetence til at kunne kontrollere og forme sine samarbejdsrelationer (Hvid, 2009). Socialsygeplejersken er altså i stand til at trække på og påvirke relationerne i arbejdsfællesskabet (ibid.). Hun har således styr på det, der sker, når hun med den Koordinerende Indsats Plan, KIP, forpligter kommunen til at samarbejde om formuleringen af et løsningsorienteret behandlingsforløb. Det indebærer, at hun har frihed til at tage beslutninger om, hvordan arbejdet skal udføres (ibid.). Dette synliggøres også i analysen af informantens udfoldelse af praktisk knowhow, der ses som udtryk for hendes arbejds- og livserfaringer, hvor hun har oparbejdet en evne til at mestre svære udfordringer i form af "håbløse og umulige opgaver" (ibid.).

## Konklusion

Artiklens governmentality-analyser synliggør den positive magt som socialsygeplejerskens kilde til succes, der bygger på hendes indgående kendskab til social – og sundhedsvæ-

senet. Det sætter hende i stand til at udføre arbejdet på andre måder end dem, der er gældende i praksis og opdage nye muligheder. Informantens egenkontrol betyder, at hun opnår handlemuligheder i det standardiserede og effektiviserede sundhedsvæsen til at finde frem til alternative løsninger til de eksisterende behandlingstilbud og tilpasse standarder og procedurer til socialt udsatte patienter. Hun hjælper socialt udsatte patienter til behandling, hvor andre professionelle er kommet til kort, og forhindrer genindlæggelser, så omkostningerne til behandling for særligt krævende patienter sænkes.

Artiklen viser hermed, hvordan socialsygeplejersken er subjektiveret af professionsetikken og af et økonomiske rationale.

Socialsygeplejerskens succes hænger sammen med, at hun har et blik for at skabe tværfagligt og tværsektorielt samarbejde ved at anvende lovgivningen og social- og sundhedsvæsenets gældende retningslinjer aktivt. Informanten bryder ikke med behandlingsrationalet og retningslinjerne, men viser, hvordan det kan lade sig gøre at målrette dem i forhold til socialt udsatte. Da hendes viden om de socialt udsatte formidles på systemets præmisser, sættes tværfaglige samarbejdspartnere ikke alene i stand til at tilpasse behandlingen til de socialt udsattes særlige livssituation, men deres virkefelt udvides. Artiklen illustrerer således, at socialsygeplejerskens høje grad af egenkontrol og udvikling af funktionen er en forudsætning for, at socialt udsatte patienter modtager socialsygepleje.

## REFERENCER

- Aarhus Universitetshospital. (2015). *Evaluering af socialsygeplejerskeordningen*. Hovedrapport. Sammenfatningen af evalueringen. Akutcentret & Center for akutforskning. Aarhus Universitetshospital. Region midtjylland. Retrived from <https://www.auh.dk/siteassets/afdelinger/falles-akut/afdeling/socialsygeplejersker/evalueringsrapport/hovedrapport-sammenfatning-socialsygeplejerskeordningen.pdf>
- Bartlett, R., Brown, L., Shattell, M., Wright, T., & Lewallen, L. (2013). Harm Reduction: Compassionate Care Of Persons with Addictions. *Medsurg Nurs.* 22(6): 349–358.
- Beedholm, K., & Frederiksen, K., (2015). Professioner og værdier i bevægelse – når målet er det aktive patientskab. *Michael 12*; 153 – 66.
- Bekendtgørelse af lov om social service. (2022). *Serviceoven*. Retrived from <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2022/170>
- Benjaminsen, L., Birkelund, J. F., Enemark, M.H., & Andrade, S.B. (2018). *Socialt udsatte borgeres brug af velfærdssystemet*. Samfundsøkonomiske aspekter. Det nationale forsknings- og analysecenter for velfærd. Retrived from <https://www.vive.dk/media/pure/6999/1717876>
- Berg, C. (2013). *Socialsygeplejerske på Herlev Hospital*. Evaluering af funktionen som socialsygeplejerske for lighed i sundhed. ETSUF. Region Hovedstaden. Retrived from <https://www.regionh.dk/til-fagfolk/Sundhed/socialsygeplejerske/Artikler%20og%20rapporter/Socialsygeplejerske%20p%C3%A5%20Herlev%20Hospital%202013.pdf>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology* 3.2: 77-101.
- Brünés, N. (2007). *Projekt socialsygeplejerske – fra indlagt stofmisbruger til indlagt patient*. Bispebjerg Hospital. Region Hovedstaden. Retrived from <https://udenfor.dk/wp-content/uploads/2021/08/projekt-socialsygeplejerske.pdf>
- Brünés, N., & Siiger C. (2014). Sygepleje til stofmisbrugere. I B. K. Nielsen (red.), *Sygeplejebogen 3 – Teori og metode*. 4 udg., Bind 3, s. 518-543). Gad.
- Dansk Sygeplejeråd. (2014). *Sygepleje Ethiske Retningslinjer*. Etisk Råd. Dansk Sygeplejeråd. Retrived from [https://dsr.dk/sites/default/files/479/sygeplejeetiske\\_retningslinjer\\_2014.pdf](https://dsr.dk/sites/default/files/479/sygeplejeetiske_retningslinjer_2014.pdf)
- Danske Regioner. (2018). *1.000 Brobyggersygeplejersker skal hjælpe i sundhedsvæsenet*. Retrived from Danske Regioner - 1.000 brobyggersygeplejersker skal hjælpe patienter i sundhedsvæsenet
- Datatilsynet (2021). Samtykke. [https://www.datatilsynet.dk/Media/0/C/Samtykke%20\(3\).pdf](https://www.datatilsynet.dk/Media/0/C/Samtykke%20(3).pdf)
- Dean, M. (2006). *Governmentality. Magt og styring i det moderene samfund*. Forlaget Sociologi.
- 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*; 13: 228-236. DOI: 10.2174/1874434601913010228
- Dybbroe, B. (2015) Sygeplejerskearbejde med mening og værdi. i Gleerup, J. (red) *Bladet fra munden – mod og vilje til et godt arbejdsliv*. Dansk Sygeplejeråd.
- Ekman, S. (2022). *Giftig gæld og udpint velfærd*. Hans Reitzel Forlag.
- Gray, M. T. (2014). Agency and Addiction in a Harm Reduction Paradigm: French Nurses' Perspectives. *Archives of Psychiatric Nursing.* 28, 35–42. <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2013.09.005>
- Hasle, P. (2014) Lean og professionel autonomi på hospitaler. *Tidsskrift for Arbejdsliv*, 16. årg. Nr. 1. <https://doi.org/10.7146/tfa.v16i1.108955>
- Hjort, K. (2012). *Det affektive arbejde*. Samfundslitteratur.
- Hjort, K. (2005). *Professionaliseringen af den offentlige sektor*. Roskilde Universitetsforlag.
- Holt, H., Hvid, H., Kamp, A., & Lund, H. (2013). *Et arbejdsliv i acceleration. Tiden og det grænseløse arbejde*. Roskilde Universitetsforlag.
- Hvid, H. (2009). To be in control – vejen til et godt psykisk arbejdsmiljø læring og innovation? *Tidsskrift for Arbejdsliv*. 11 årg. Nr. 1. <https://doi.org/10.7146/tfa.v11i1.108763>
- Hawk, M., Coulter, R. W. S., E. J. E., Fisk, S., Friedman, M. R., Tula, M., & Kinsky, S. (2017). Harm reduction principles for healthcare settings. *Harm Reduction Journal.* 14:70  
DOI 10.1186/s12954-017-0196-4

- Højbjerg, K., Andrés, E. M., Gadgaard, C. I., Andersen, H. M., & Jensen, C. J. (2022). Socialklinisk sygeplejerskepraksis – en kvalitativ undersøgelse af hospitalsansatte socialsygeplejerskers praksisformer i mødet med socialt udsatte patienter. *Klinisk Sygepleje*, Vol 36. Iss 4. <https://doi.org/10.18261/ks.36.4.2>
- International Council of Nurses. (2012). *The ICN Code of Ethics for Nurses*. Retrieved from 2012\_ICN\_Codeofethicsfornurses\_eng.pdf
- Kamp, A., & Dybbroe, B. (2013). Hvad tæller, og hvem tæller? – standardisering og emotionelt arbejde i psykiatrien. *Tidsskrift for Arbejdsliv*, 15. årg. Nr. 4. pp 225 -239. <https://doi.org/10.7146/tfa.v15i4.108947>
- Kamp, A., Kold, V., & Caraker, E. (2012). At arbejde i den offentlige sektor – velfærdsstat og velfærdsarbejde under forandring, i *Tidsskrift for Arbejdsliv*, 14. årg. Nr. 4.
- Kjeld, S. G., Brautsch, L. A. S., Svarta, D. L., Faber, A., Andersen, S., & Danielsen, D. (2022). *Social ulighed i mødet med sundhedsvæsenet – en systematisk litteraturgennemgang*. Udarbejdet til Sundhedsstyrelsen af Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. Retrieved from [https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2022/Ulighed/8947-SST-Rapport-Ulighed-i-moedet\\_TILG.ashx](https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2022/Ulighed/8947-SST-Rapport-Ulighed-i-moedet_TILG.ashx)
- McNeil, R., Kerr, T., Pauly, B., Wood, E., & Small, W. (2015). Advancing patient-centered care for structurally vulnerable drug-using populations: a qualitative study of the perspectives of people who use drugs regarding the potential integration of harm reduction interventions into hospitals. *Society for the Study of Addiction*, 111, 685–694. doi:10.1111/add.13214
- Mik-Meyer, N. (2018). *Fagprofessionelles møde med udsatte klienter. Dilemmaer i den organisatoriske praksis*. 1st ed. København: Hans Reitzels Forlag.
- Otto, L. (2006). *Foucaults Governmentalitetsteori. Styringsteknologi og subjektivitet*. Retrieved from <https://docplayer.dk/7041945-Foucaults-governmentalitetsteori-styringsteknologi-og-subjektivitet-arbejdsrapport-1-udkast-lene-otto.html>
- Pedersen, P.V. (2018). *Socialt udsattes møde med sundhedsvæsenet*. Syddansk Universitet – Statens Institut for Folkesundhed.
- Pedersen, K.M. (2017). Værdibaseret styring. Er det smitsomt? COHERE - Centre of Health Economics Research. COHERE discussion paper No. 3/2017.
- Professionshøjskolen Absalon (2021). Spørgeskemaundersøgelse. Projekt socialsygepleje, forskningsprogrammet Ulighed i sundhed. Professionshøjskolen Absalon.
- Regionhovedstaden. (2021). *Kerneelementer i socialsygeplejerskefunktionen*. Center for sundhed. Retrieved from [https://www.regionh.dk/tilfagfolk/Sundhed/socialsygeplejerske/Documents/Notat%20socialsygeplejerskefunktionen%20og%20den%20faglige%20koordinator\\_november%202021.pdf](https://www.regionh.dk/tilfagfolk/Sundhed/socialsygeplejerske/Documents/Notat%20socialsygeplejerskefunktionen%20og%20den%20faglige%20koordinator_november%202021.pdf)
- Socialstyrelsen. (2020). *Nationale retningslinjer for social stofmisbrugsbehandling*. Retrieved from Nationale retningslinjer for social stofmisbrugsbehandling.pdf
- Spradley, J. P. (1979). *The ethnographic interview*. Wadsworth Group/Thomson Learning.
- Spradley J. P. (1980). *Participant Observation*. Holt, Rinehart and Winston.
- Sundhedsministeriet. (2018). *Nationale mål for sundhedsvæsenet*. Sundheds & ældreministeriet, KL, Danske Regioner. Retrieved from <https://sum.dk/Media/637697073524473744/Nationale%20M%c3%a5l%20for%20Sundhedsv%c3%a6senet%202021.pdf>
- Sundhedspolitisk Tidsskrift. (2018). *Danske regioner foreslår: 1.000 sygeplejersker skal bygge bro i sundhedsvæsenet*. <https://www.sundhedspolitisktidsskrift.dk/nyheder/1318-danske-regioner-foreslar-1-000-sygeplejersker-skal-bygge-bro-i-sundhedsvaesenet.html>
- Sundhedsstyrelsen. (2014). *Retningslinjer for udarbejdelse af koordinerende indsatsplaner*. Retrieved from Retningslinjer for udarbejdelse af koordinerende indsatsplaner.pdf
- Sundhedsstyrelsen. (2022). *Styrket kvalitet*. Retrieved from <https://www.sst.dk/da/viden/Sygdomme/Psykiske-lidelser/Styrket-kvalitet>
- Timmermans, S., & Epstein, S. (2010). A World of Standards but not a Standard World: Toward a Sociology of Standards and Stan-

andardization. *Annual Review of Sociology*. Vol 36: 69-89. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.012809.102629>

Udesen, C. H., Skaarup, C., Petersen, M. N. S., & Ersbøll, A. K. (2020). *Social Ulighed I Sundhed Og Sygdom. Udviklingen I Danmark I Perioden 2010–20*. 1st ed. Danmark: Sundhedsstyrelsen. Retrieved from <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2020/Ulighed-i-sundhed/Social->

ulighed-i-sundhed-og-sygdom-tilgaengelig.ashx?la=da&hash=CB63CAD067D942FE-54B99034085E78BE9F486A92

Vinge, S., Rahbæk, A.E., Albæk, J., & Martedal, A. (2012). *Erfaringer med kræftpakker. Fra intentioner til implementering i praksis*. Det nationale analyse in- og forskningsinstitut for regioner og kommuner. DSI.

**Emilie Marie Andrés**, lektor, ph.d., cand.cur., sygeplejerske, Professionshøjskolen Absalon, Center for Sygepleje, eman@pha.dk (corresponding author)

**Karin Højbjerg**, seniorforsker, ph.d., cand. mag, sygeplejerske, Københavns Professionshøjskole, Institut for Sygeplejerske- og Ernæringsuddannelser, khho@kp.dk

**Carsten Juul Jensen**, adjunkt, ph.d., cand.cur., sygeplejerske, Ilisimatusarfik Grønlands Universitet University of Greenland, cajj@uni.gl

**Christian Ildrup Gadgaard**, adjunkt, ph.d., cand. comm., sygeplejerske, Professionshøjskolen Absalon, Center for Sygepleje, ciga@pha.dk