

# DEN SYNLIGE OG OPSØGENDE SYGEPLEJERSKE

## Forfattere

Brigitte Sørensen, lektor, sygeplejerskeuddannelsen UCN, Jette Cortnum, tidligere lektor mm., sygeplejerskeuddannelsen UCN, Annegrethe Nielsen, lektor, Københavns Professionshøjskole

## Indledning

”Vi oplevede, at en af kvinderne ikke kunne være hjemme, da vi skulle komme. Men hun sms’ede: ’Vil du stille det ind?’ Jeg spørger, om jeg skal stille kølevarerne i køleskabet – og svaret er ’ja’ og smileys. Da jeg stiller kasserne ind, tænker jeg, at dette er en tillidserklæring.”

”Jeg kan mærke lidt utålmodighed allerede efter to gange. Jeg skal da i gang med at gøre noget som sygeplejerske. Den ene kvinde havde SÅ uren hud i ansigtet, jeg måtte da gøre noget. Men det går jo ikke, en del af vores design er at arbejde på relation og tillid. Og er det egentlig det, en sygeplejerske skal her?”

Citaterne stammer fra den logbog, som de to projektdeltagere skrev i forbindelse med projektet

Den synlige og opsøgende sygeplejerske. Projektet finansieres af Forsknings- og udviklingsafdelingen i Udsathed og Chanceulighed, UCN, og sygeplejerskeuddannelsen, UCN. Formålet med projektet er at undersøge, hvordan sygeplejersker i fremtiden kan arbejde sundhedsfremmende og forebyggende med udsatte grupper i deres nærmiljø. Syv enlige mødre deltog i projektet som repræsentanter for en udsat gruppe.

Denne artikel bygger på resultaterne fra dette samarbejde. Fokus er på betydningen af en tillidsfuld relation i det opsøgende arbejde og det at træde i karakter som sygeplejerske på nye måder. Betydningen af tværprofessionelt samarbejde vil afslutningsvis blive diskuteret.

## Baggrund

I publikationen *Ulighed i sundhed – Årsager og indsatser* (Sundhedsstyrelsen, 2011) beskrives det, at der er en social ulighed i det udbytte, den enkelte borger får i mødet med sundhedsvæsenet, på trods af at socialt udsatte har et overforbrug af sundhedsydelser. Kontakten med sundhedsvæsenet beskrives her som et samspil eller en forhandling

mellem bruger og sundhedstjeneste. En forhandling, hvor brugerens tidligere erfaringer, viden, sociale status og sociale netværk spiller en stor rolle. Uligheden er ikke mindst markant i brug af forebyggende tilbud, fx børneundersøgelser, mammografiundersøgelser og screening for livmoderhalskræft (Sundhedsstyrelsen, 2011).

Undersøgelser viser også, at socialt udsatte borgere er interesserede i at gøre en indsats for at forbedre deres helbred, men at socialt udsatte ikke har særlig stor tillid til sundhedssystemet. Når sundhedspersoner knyttes til det sociale arbejde, kan tillid imidlertid opbygges (Sundhedsstyrelsen & Socialstyrelsen, 2012).

Sygeplejersken skal altså genoprette borgernes tillid til ’systemet’ tilbage, hvis hun skal arbejde sundhedsfremmende og forebyggende i samarbejdet med socialt udsatte borgere. Vi, som repræsenterer sundhedsvæsenet, skal med andre ord gøre os fortjent til tilliden for at kunne indgå i et samarbejde, der virker sundhedsfremmende og forebyggende.

Projektet har socialt udsatte enlige mødre som målgruppe. Det

betyder ikke, at vi pr. automatik enlige mødre som socialt udsatte, men enlige mødre er potentielt en socialt udsat gruppe i samfundet, fordi de kun har én indkomst og skal forsørge et eller flere børn. Det behøver ikke betyde, at de er dårligt stillede. Det afhænger af deres indkomst- og forsørgelsesmuligheder samt de støtteordninger, som samfundet har etableret.

Ifølge Per Schulz Jørgensen kan enlige mødre være en af de grupper i det danske samfund, der er allerringest stillet i forhold til levevilkår. Dette gælder såvel økonomi og materielle forhold som sociale relationer, faglig og politisk deltagelse og helbredsforhold (Jørgensen, 2013). Udsatte enlige mødre har ofte følelsen af at være set ned på, være uden for, og de kan føle sig stemplet. De ser sig selv som nogle, der skiller sig ud, og som nogle, der skal slås for at få det til at hænge sammen. Det gør de – men for nogle bliver det svært, fordi de sidder fast i deres situation. Som en af de interviewede enlige mødre siger:

”Man er bare sådan sat helt udenfor på et sidespor”

(Jørgensen, 2013)

Denne oplevelse bringes med i mødet med sundhedsvæsenet og det kommunale system.

Vi har således fokus på en gruppe socialt udsatte enlige mødre, der er udfordret på mental sundhed, somatisk sygdom og sociale faktorer. En del har dårlige oplevelser med både sundhedsvæsenet og det kommunale system. De har følt sig stigmatiserede og har derfor mistillid til systemet. Vi kan som sygeplejersker ses som endnu en repræsentant for systemet, og vi

skal derfor gøre os fortjent til at indgå i en tillidsfuld relation, og vi skal bevise, at vi kan bidrage med noget, kvinderne kan bruge.

Dertil har vi et sundhedsvæsen, der i disse år gennemgår en udvikling, hvor det behandlende, forebyggende og sundhedsfremmende arbejde i væsentligt højere grad skal foregå der, hvor borgerne lever deres liv, i deres nærmiljø (Vallgård & Krasnik, 2016).

Vi har et sundhedssystem, der skal rumme alle, og samtidig er der grupper, som har brug for systemet, men som er tilbageholdende med eller har opgivet at benytte sig af det. Hvis sygeplejersker skal gøre en forskel, er der brug for, at de har de nødvendige kompetencer, så de kan arbejde sundhedsfremmende og forebyggende også i samarbejdet med udsatte borgere i deres nærmiljø.

Med afsæt i ovenstående er der i projektet gennemført et forløb, hvor vi i et samarbejde med syv udsatte enlige mødre har undersøgt, hvordan og med hvilke kompetencer sygeplejersken kan indgå i dette samarbejde i mødrenes nærmiljø.

#### Forskningsspørgsmål

På baggrund af allerede eksisterende viden om socialt udsatte enlige mødre ønsker vi svar på følgende forskningsspørgsmål:

- Hvordan vil socialt udsatte, dansktalende enlige mødre bruge en sygeplejerske, hvis hun er synlig og kommer som et tilbud i deres nærmiljø?
- Hvordan kan konstruktionen af en synlig og opsøgende sygeplejerske være, hvis hun skal arbejde sundhedsfremmende og forebyggende til gavn for socialt udsatte enlige mødre?

I de følgende afsnit beskrives gennemførelsen af projektet samt vores metode og fund. Disse fund danner baggrund for vores bud på konstruktionen af en synlig og opsøgende sygeplejerske.

#### Gennemførelse af projektet

Projektet startede i foråret 2017. Det første halve år blev brugt til at søge viden om målgruppen og til at skabe kontakt mellem os og de enlige mødre.

Indledningsvis gennemførte vi et kvalitativt interview med en freelancesocialsygeplejerske med det formål at indhente ekspertviden forhold til samarbejdet med vores målgruppe. Vi havde under interviewet specielt fokus på etablering af en tillidsfuld relation som betingelse for dette samarbejde.

I vores søgen efter en måde at få kontakt med målgruppen på blev vi henvist til en frivillig forening, som indsamler kasseret frugt og grønt fra udvalgte butikker og giver det væk på forskellige uddelingssteder og i enkelte tilfælde i modtagernes hjem. Lederen af den frivillige forening udvalgte syv enlige mødre, som vi inkluderede i vores projekt, og vi begyndte derefter at køre ud til kvinderne med kasser med frugt og grønt. Fra det indledende interview med freelancesocialsygeplejersken vidste vi, at sms'er med smileys havde stor betydning, når hun skulle etablere relationer. Vi valgte derfor konsekvent at sms'e inden vores ugentlige besøg.

De enlige mødre, som er inkluderet i projektet, har alle det til fælles, at de modtager en kasse med frugt og grønt og evt. nogle kølevarer fra en frivillig forening. Ud over dette har det eneste selektionskriterie været, at de skulle tale et forståeligt dansk, så vi havde mulighed for at kommunikere verbalt med dem. Vi arbejdede ud fra den hypotese, at når man beder om kasseret frugt og grønt, er man i en situation, der kan sammenlignes med den definition af socialt udsat, som vi tidligere i artiklen har redegjort for. Det har vist sig, at alle kvinderne er på kontanthjælp eller i et ressourceforløb, hvor de får en ydelse, der ca. svarer til kontanthjælp.



Foto: Colourbox.dk

Vores projekt har haft form af et feltarbejde, som har strakt sig over ca. otte måneder, hvor vi en gang om ugen er kørt ud med frugt og grønsager til de syv kvinder.

Vi har præsenteret os som sygeplejersker, der kommer som et tilbud i deres nærområde, og vi har i forløbet ført logbog og nedskrevet refleksioner.

#### **Aktionsforskning som metode**

Formålet med dette projekt har været at afdække, hvordan socialt udsatte, dansktalende enlige mødre vil bruge en sygeplejerske, hvis hun er synlig i deres nærmiljø. For at komme dette spørgsmål nærmere har vi valgt aktionsforskning som metode. Husted skriver, at der ikke er nogen gylden regel for,

hvornår aktionsforskning er egnet, men metoden kan især synliggøre og inddrage udsatte og marginaliserede aktører, som ellers har vanskeligt ved at sætte deres viden og situation igennem i udformningen af praksis (Husted, 2015).

Ideen i dette projekt er at samarbejde med målgruppen om at udvikle en praksis, der virker sundhedsfremmende og forebyggende. Vi har som aktører i feltet stillet os til rådighed for at hjælpe og støtte målgruppen mentalt og praktisk med det, de selv definerer og ønsker hjælp til. Det er altså ikke os, som

bestemmer, hvor fokus og indsats skal være.

Husted beskriver videre, at aktionsforskning handler om at lade lægmandsviden udfordre de sundhedsprofessionelles svar på 'hvorfor' og 'hvordan' og at udvikle en ny sundhedspraksis sammen. Aktionsforskerens særlige opgave er at beskrive, analysere og drøfte, hvad han/hun, professionen og verden kan lære i samarbejde med lægmand (Husted, 2015). Vi har således over for kvinderne positioneret os selv som 'sygeplejersker i lære' med det formål at undersøge, hvordan konstruktionen af en sygeplejerske kan være i forhold til målgruppen og konteksten.

### Dataindsamling

Andersen og Bilfeldt skriver, at aktionsforskningen metodisk er præget af stor mangfoldighed. Såvel kvantitativ dokumentation, indsamlet med hjælp af spørgeskemaer, som kvalitative interviews, feltarbejde m.v. kan indgå i et aktionsforskningsprojekt (Andersen & Bilfeldt, 2014). Vi har her i projektets første år gjort brug af kvalitative interviews og feltarbejde. I løbet af vores feltarbejde har vi ført logbog og nedskrevet vores refleksioner. Disse observationer og refleksioner har vi løbende gjort til genstand for fælles diskussion ved inddragelse af relevant teori.

### Analyse af feltarbejdet

Vores fund er beskrevet ud fra en analyse af vores observationer og refleksioner fra den førte logbog samt uformelle interviews med informanterne. Fundene er analyseret med inspiration fra Kvale og Brinkmans meningskondensering og kategorisering (Kvale & Brinkmann, 2015). Herved fremkom der flere hovedtemaer, der yderligere blev delt op i undertemaer.

### Det er relationen, der virker

Kongsgaard skriver i bogen *Multiteoretisk praksis i socialt arbejde*, at

relationen mellem den professionelle og borgeren er mere afgørende og måske vigtigere end valget af metoder eller indsatser (Kongsgaard, 2017).

Relationen har således hele tiden været et omdrejningspunkt for os. Hvordan får vi etableret relationen? Vi startede med at komme hos kvinderne i august og allerede i september viste en logbogsrefleksion vores begyndende utålmodighed: "Jeg kan mærke lidt utålmodighed allerede efter to gange. Det går ikke, en del af vores design er jo at arbejde på relation og tillid. Tillid skal vi gøre os fortjent til...". Senere i samme refleksion: "Nogle patienter/borgere har brug for mange beviser på sygeplejerskens pålidelighed, før de er parate til at stole på hende, mens andre kun har brug for få. Måske skal der flere madkasseafleveringer til?" (fra logbogen).

Vores undren og utålmodighed fortsatte, hvilket fremgår af logbogen, hvor vi senere skriver:

"Jeg er kommet hos hende i næsten et halvt år, hvor hun én gang viste mig sin frustration i forhold til ex-manden, fordi hun havde fået en sms-besked fra ham, som hun havde svært ved at håndtere, ellers er det først efter fem mdr., at hun har 'lukket mig ind'"

(fra logbogen)

I vores fælles refleksioner diskuterede vi ud fra sygeplejeteoretiker Joyce Travelbee, der argumenterer

for vigtigheden af at fokusere på, hvad der sker mellem mennesker i sygeplejen frem for at fastholde professionel afstand mellem sygeplejerske og patient. Ifølge Travelbee er tillid noget, man må optjene. Sygeplejersken må gennem sin adfærd vise, at hun er pålidelig og til at stole på (Travelbee, 2010). Vi skal således gøre os fortjent til tillid fra vores målgruppe ved at vise, at vi er til at stole på, og at vi vil lytte og hjælpe i et menneske til menneske-samarbejde.

### Hvordan fik vi etableret relationen?

De første tirsdage kørte vi begge sammen ud med frugt og grønt. Det betød, at vi begge forsøgte at indgå i samtale. Det blev hurtigt klart for os, at det ville være en fordel at være alene i forhold til etableringen af en tillidsfuld relation til kvinderne. En logbogsrefleksion viser vores overvejelser: "Vi har oplevet, at vi kommer i samtale i dag. Men vi vil prøve at komme alene. Vi virker ret bastante, når vi står der begge to" (fra logbogen).

Vi delte os op efter vores observationer: "Vi har kigget efter, om kvinderne på en eller anden måde har valgt mest den ene af os, hvem af os de har haft mest øjenkontakt med" (fra logbogen).

Det viste sig da også at etableringen af den tillidsfulde relation tog fart, da vi begyndte at køre alene. Vi har fra begyndelsen sluttet alle sms'er med "Hilsen fra sygeplejersken". Vi har således ikke i vores etablering af kontakten lagt skjul på, at vi er sygeplejersker, og vi begyndte at italesætte dette ved fx at sige: "Jeg er jo også sygeplejerske, så hvis du tænker, der er noget, du kan bruge mig til, så sig til" (fra logbogen).

Vi fortsatte med at sms'e, overholde aftaler og være fleksible ved afbud. Men løbende reflekterede vi mere og mere over, hvad der egentlig er vores opgaver som synlige og opsøgende sygeplejersker.

### At træde i karakter som sygeplejersker på nye måder

Hvilke sygeplejeopgaver viste sig i vores projekt? Vi oplevede her tydeligt en sammenhæng mellem social udsathed, somatisk sygdom, mental sundhed og sociale fællesskaber. Denne sammenhæng skitseres i de følgende to eksempler på sygeplejeopgaver i projektføreløbet.

En af kvinderne har angst og har derfor svært ved at komme ud af lejligheden. Angsten bliver en stor forhindring for at kunne fungere i en dagligdag med indkøb og besøg hos offentlige myndigheder. At vurdere denne kvindes behov for hjælp giver anledning til refleksioner som: "Det (at komme med ud) giver mig mulighed for at kigge lidt mere på den angst. Jeg er fyldt med ubesvarede spørgsmål. Altså hvorfor er det egen læge, som styrer hendes medicin – ADHD-medicin, som hun ikke har råd til? Hvorfor kommer hun ikke i en ADHD-klinik?" (fra logbogen).

En anden af kvinderne fortalte, at det var ca. seks måneder, siden hun startede op med Gabaratio, og at hun har haft hudgener siden – kan det være medicinen? Hun havde en indlægsseddel, hvor hun egentlig selv kunne læse om bivirkningerne, men spurgte alligevel, hvilket gav anledning til følgende refleksion: "På den indlægsseddel, jeg fik med, kunne A.M. selv læse om bivirkningerne. Er det, fordi hun slet ikke orker? Vil hun gerne dele med nogen – her mig? Er det et led i relationsdannelsen? Jeg overvejer, hvad jeg skal sige på tirsdag angående medicinen – anbefale kontakt til læge, hvor jeg kan være med?" (fra logbogen).

Dette betyder, at vi i vores samarbejde med kvinderne skal være tvivlende og nysgerrige i forhold til processen og i forhold til spørgsmålene: Hvad kan du bruge mig til? og Hvad kan jeg hjælpe med? Vi skal som aktører i feltet være ydmyge, lytte og lade os overraske og samtidig bringe vores forforståelse

og viden i spil med borgerne (Husted, 2015).

Refleksioner over at slippe kontrollen og lade kvinderne blive medansvarlig beskrives i følgende citat: "Men jeg skal også tænke på ikke at tage over, så det bliver mine løsninger, X får præsenteret. Jeg tænker på Kongsgaard – den gode nok praktiker, der inviterer borgeren ind i sin tvivl og finder ud af, hvad der skal ske, sammen med borgeren" (fra logbogen).

Ifølge Kongsgaard (Kongsgaard, 2017) skal den professionelle opleve rollesikkerhed, når der opbygges en relation, og det forklarer han med, at man ofte er ansat til en bestemt funktion. Vi var ikke på forhånd ansat til en bestemt funktion som sygeplejersker. Vi var den synlige og opsøgende sygeplejerske, og den rolle var vi usikre på. Senere i logbogen skriver vi: "Vi vil tilbyde hjælp i forhold til de problemstillinger, vi bliver præsenteret for, uden at skele til, om vi synes, det er sygeplejerskearbejde eller ej.

I vores samarbejde med kvinderne har vi støttet os til Kongsgaard, der beskriver 'den gode-nok praktiker', der tør tilkendegive, når han er i tvivl, og tør invitere borgeren ind i denne tvivl, for at han sammen med borgeren kan finde ud af, hvad der så skal ske. Den gode-nok praktiker slipper så at sige kontrollen, og det bevirker, at borgeren får en ny position og bliver medansvarlig og en del af processen og ikke bare en, der venter hjælpeløst på, at 'den perfekte praktiker' leverer svarene

(Kongsgaard, 2017)

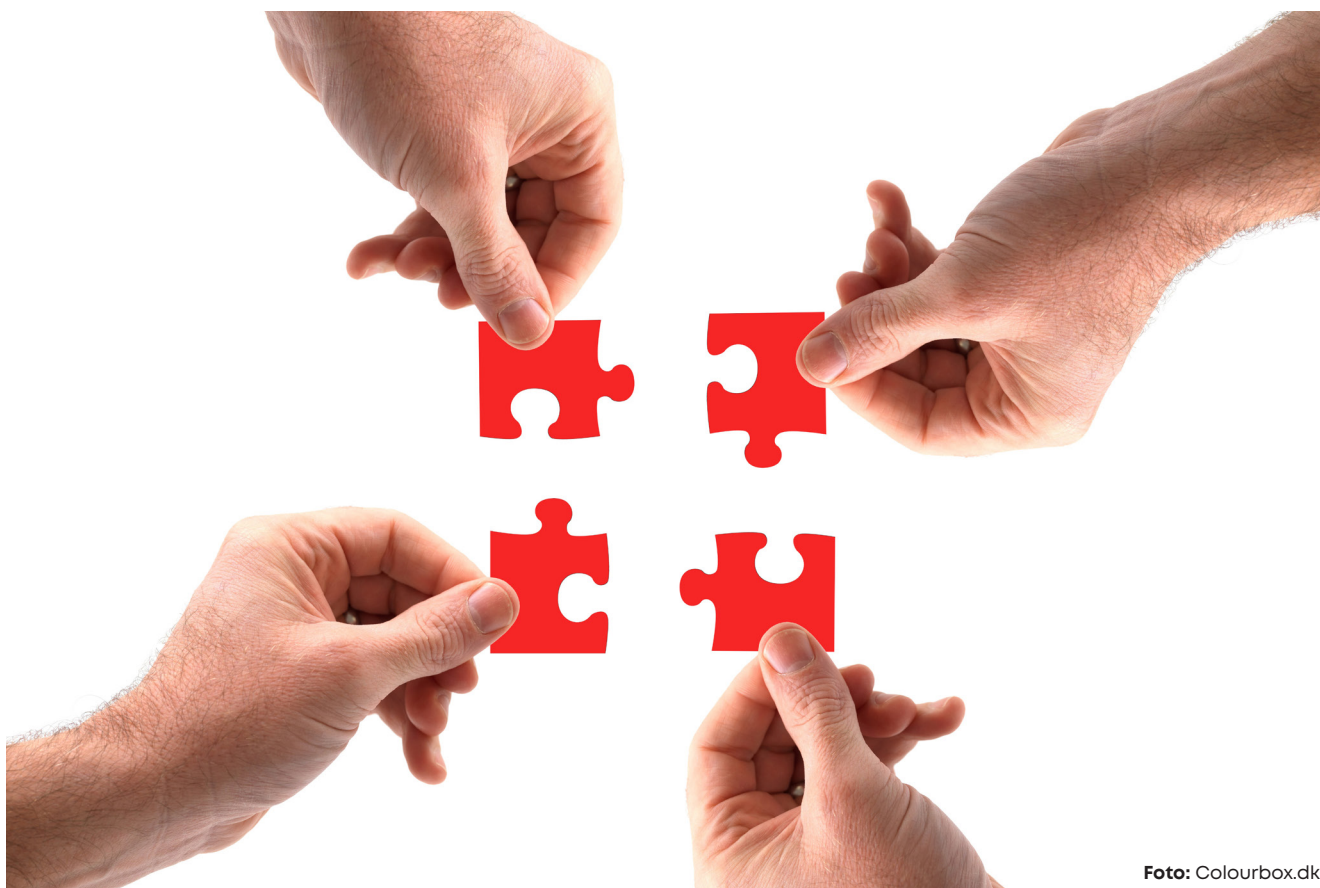


Foto: Colourbox.dk

– Vi ved jo i virkeligheden ikke, hvad det er i denne kontekst” (fra logbogen).

Vores faglige erfaringer er forskellige, idet Jette er forankret i psykiatrien, og Brigittes kliniske erfaring stammer hovedsageligt fra hjemmesygeplejen. Dette gav sig udslag i refleksioner som: ”Det virker på mig, som om Jettes lange virke i psykiatrien har givet hende erfaringer i bare at være til rådighed for patienterne og opleve det som sygepleje” (fra logbogen). Denne forskellighed betød, at vi kunne supplere og derved støtte hinanden i samarbejdet med kvinderne og i en begyndende indkredsning af vores rolle som synlig og opsøgende sygeplejerske.

At være synlig og opsøgende sygeplejerske har også givet anledning til overvejelser i forhold til, hvornår man skal udøve sin profession, og hvornår man skal observere/lade borgeren leve sit liv.

Vi har i vores samarbejde med kvinderne bestræbt os på at komme som et tilbud. I logbogen skrev vi eksempelvis i starten af projektet: ”Jeg er jo også sygeplejerske, så hvis du tænker, der er noget, du kan bruge mig til, så sig til” (fra logbogen). Med Kongsgaards ord, så slap vi kontrollen, og kvinderne blev medansvarlige og en del af processen. Alligevel opstod der tvivl, da en af kvinderne efter et besøg selv opsøgte egen læge med henblik på medicinændring. ”Det er flot, at hun har været ved læge, og jeg roser hende, men jeg synes, det er svært, at hun nu skal trappe ned uden erstatning. Jeg føler mig ansvarlig og må læne mig op ad Kongsgaard, der siger, at den gode-nok praktiker slipper kontrollen, så borgeren, her X, får en position og bliver medansvarlig og en del af processen” (fra logbogen). Sygeplejersken havde tidligere overvejet at tage initiativet og

foreslå, at de sammen tog til egen læge. Nu havde kvinden selv taget initiativet, men resultatet af besøget hos egen læge blev anderledes, end den pågældende sygeplejerske havde vurderet som det ønskværdige.

#### **Tværfagligt samarbejde i det opsøgende arbejde**

I vores baggrundsafsnit skriver vi, at undersøgelser viser, at socialt udsatte borgere er interesserede i at gøre en indsats for at forbedre deres helbred, men at de ikke har særlig stor tillid til sundhedssystemet. Men når sundhedspersoner knyttes til det sociale arbejde, kan tilliden opbygges (Sundhedsstyrelsen & Socialstyrelsen, 2012). Dertil kommer, at socialt udsatte enlige mødre er udfordret på såvel mental sundhed som somatisk sygdom og sociale faktorer. Vi har således fra projektstart været opmærksomme på samarbejdet mellem social- og



Foto: Colourbox.dk

sundhedsvæsen og haft et ønske om, at projektet kunne give fingerpeg om mulige tværprofessionelle samarbejdsmuligheder.

Som projektet skred frem, begyndte vi imidlertid at se et billede af manglende samarbejde mellem social- og sundhedsvæsen. I logbogen skrev vi eksempelvis: "Jeg overlever, men det kan godt være 'belastende' (eller hvad man skal kalde det), at være tilskuer til, at sådan er det for nogle mennesker – og især deres børn. Hvis man var fast sygeplejerske i dette, skulle der også være en afklaring af, hvad der er bostøttearbejde, og hvad der er sygeplejerskearbejde" (fra logbogen). Supplerende skrev vi senere: "Hun har tre sagsbehandlere og en mentor – og hun er stadig ikke kommet rigtig i gang. Det er slet ikke til at finde ud af, hvad der foregår, og det er tankevækkende, så mange personer der er omkring X, og ikke nogen med sundhedsuddannelse, når vi ser bort fra egen læge, hun har trods alt ADHD" (fra logbogen). Med diagnosen ADHD kan denne kvinde ikke magte at have overblikket over, hvad hun skal tale med hver enkelt professionel om. Hun bliver ladt i stikken, og økonomisk går der mange penge til spilde, fordi der mangler sammenhæng og koordination. En form for tovholder og et bedre samarbejde mellem social- og sundhedsvæsen kunne således bidrage positivt til det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde.

#### **Konklusion og perspektivering**

Hvordan kan konstruktionen af en synlig og opsøgende sygeplejerske se ud, hvis hun skal arbejde sundhedsfremmende og forebyggende til gavn for socialt udsatte enlige mødre?

En synlig og opsøgende sygeplejerske skal være fleksibel. Vi oplevede i projektførløbet, at der meget ofte blev ændret ved planerne. Det har både handlet om planlagte ting (øjenlæge, forældremøde,

fødselsdag) og ikke planlagte situationer (sygdom, akut møde med skole).

At være fleksibel handler også om at have tid. At skabe en tillidsfuld relation, som er en forudsætning for samarbejdet, tager tid.

At have mulighed for at lave nye aftaler, hvis borgeren aflyser en aftale, at sikre, at der er 'luft' til at forlænge besøg efter behov og at kunne tage med til samtaler med offentlige myndigheder kræver alt sammen tid.

I samarbejdet med de syv udsatte enlige mødre oplevede vi en tydelig sammenhæng mellem social udsathed, somatisk sygdom, mental sundhed og sociale fællesskaber. Sygeplejeopgaverne var ikke givet på forhånd, men blev defineret i et samarbejde med målgruppen, hvilket krævede en nysgerrig, undersøgende og rummelig sygeplejerske. At stille sig til rådighed som sygeplejerske og lade personer i målgruppen selv definere, hvad de ønsker hjælp til, kræver både psykiatriske og somatiske kompetencer – samt at man kan være handlende i ofte ikke planlagte situationer såsom akutte lægebesøg og besøg hos offentlige myndigheder.

Den viste sammenhæng mellem social udsathed, somatisk sygdom, mental sundhed og sociale

fællesskaber kalder på tværprofessionelt samarbejde. Men vi kan konstatere at der er påfaldende lidt sammenhæng mellem samfundets sociale tilbud og kvindernes sundhedsmæssige problemer, hvad enten de er psykiatriske eller somatiske. Kvinderne har ofte kun den praktiserende læge tilknyttet og ikke andre.

Perspektiverende vil vi derfor gerne pege på behov for tværprofessionelt samarbejde og derved læne os op ad Kongsgaard, der skriver:

”Når sundhedsfremmende og forebyggende arbejde kædes sammen med det sociale, genvinder socialt udsatte tilliden til sundhedsvæsenet”

(Kongsgaard, 2017).

I et uddannelsesperspektiv tænker vi således, at sygeplejersker i fremtidens sundhedsvæsen skal være åbne for og have kompetencer til det tværprofessionelle samarbejde med medarbejderne inden for det sociale felt. Konkret

kan der på sygeplejerskeuddannelsen i Aalborg være mulighed for undervisning sammen med socialrådgiveruddannelsen. På Campus i Thisted og Hjørring er der tværprofessionelle uddannelsesforløb, hvor studerende fra pædagoguddannelsen og sygeplejerskeuddannelsen samarbejder med fokus på udsatte grupper. Resultaterne fra projekt Den synlige og opsøgende sygeplejerske viser, at dette samarbejde med fordel kan udvikles og udvides.



#### Litteraturliste

- Andersen, J. & Bilfeldt, A. (2014). Social innovation og aktionsforskning. I: Bilfeldt, A., Jensen, I. & Andersen, J. (red.) Rettigheder, empowerment og læring. Aalborg: Aalborg Universitetsforlag.
- Husted, M. (2015). Aktionsforskning. I: Glasdam, S. (red.) Bachelorprojekter indenfor det sundhedsfaglige område. København: Nyt Nordisk Forlag.
- Jørgensen, P.S. (2013). Hvad ved vi nu? I: Center for Alternativ Samfundsanalyse (red.) Udsatte enlige mødre – En rapport om vilkår og hverdag. København: Center for Alternativ Samfundsanalyse.
- Kongsgaard, L.T. (2017). Multiteoretisk praksis i socialt arbejde (2. udg.). Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). Interview. København: Hans Reitzels Forlag.
- Mammen, D. (2018). Ulighed i sundhed rammer de socialt udsatte. Sygeplejersken, 7 (118), s. 22-34.
- Sundhedsstyrelsen (2011). Ulighed i sundhed – Årsager og indsatser. København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen & Socialstyrelsen (2012). Et sundt liv for udsatte borgere. København: Sundhedsstyrelsen.
- Travelbee, J. (2010). Mellemmenneskelige aspekter i sygeplejen (2. udg.). København: Munksgaard.
- Vallgård, S. & Krasnik, A. (2016). Sundhedsvæsen og sundhedspolitik. København: Munksgaard.