

”Ens sociale hjerte banker jo”

Sygehusocialrådgiveres strategier mellem patienternes behov,
organisationens krav og faglige idealer

**Ulla Søbjerger Nielsen, Karin Højbjerg, Niels Sandholm Larsen
& Kristian Larsen**

Based on empirical/theoretical analyses, this article shows that social workers employed at hospitals in the Copenhagen area experience a complicated work environment. The number of social workers has diminished in later years. This is due to NPM measures strengthening the focus on cutting costs and the fact that the provision of social workers services are not mandatory. Social workers in hospitals do not have the authority to grant benefits or services and consequently must rely on close cooperation with social servants in the municipalities in order to help their clients. Inside the hospital social workers are in a subordinate position to the medical professions and regarded as an ‘extra service’. This means, on the one hand, that social workers must fight for the recognition of the relevance of their services, and on the other, that they enjoy relatively great autonomy. Social workers face dilemmas and their strategies are formed by their professional habitus as well as personal emotions.

Keywords: Social workers, hospitals, profession, organization, bureaucracy, institutional spheres.

Indledning

Denne artikel omhandler en del af en profession, der er under pres, nemlig hospitalsansatte socialrådgivere, i en dansk institutionel sammenhæng. For denne gruppe af professionelle gælder det særlige, at den har som sit arbejdsområde at mediere/koordinere mellem forskellige institutioner og administrative systemer samtidig med, at der er betydelig fokus på sammenhæng i rehabilitering ved overgange mellem institutioner og sektorer. I de senere år er antallet af hospitalsansatte socialrådgivere faldet og deres arbejdsområde og funktion indskrænket. Spørgsmålet der behandles i denne artikel er, hvilke strategier sygehusocialrådgiverne tager i anvendelse i denne situation, og hvordan de udfylder deres handlerum. Det empiriske grundlag udgøres af dokumentanalyser og fokusgruppeinterviews, belyst gennem organisationsanalyser og sociologisk teori.

Vanskeligheder med koordinering og sammenhæng imellem sektorer og niveauer i velfærdsstatens netværk af institutioner er en kendt problemstilling (se fx Schrøder og Bangshaab 2012: 309; Danske Regioner 2012). At patienter ’falder

mellem to stole' og derfor ikke modtager den hjælp eller indsats, de har brug for eller er berettigede til, er naturligvis et problem for patienterne selv, men for de professionelle – her sygehussocialrådgiverne – giver det også anledning til udfordringer. Med gennemførelsen af kommunalreformen i slutningen af 00'erne ændredes ansvarsplaceringen af mange opgaver. Disse ændringer har imidlertid ikke minimeret problemerne med at koordinere indsatsen for borgere på tværs af sektorer (Astrid Kragh 2013; Danske Regioner 2012). Den aktuelle ansvarsfordeling, organisatorisk omstrukturering og problemer med at få ressourcerne til at slå til synes at modvirke idealforestillingen om et helhedsorienteret blik på patienten eller klienten. På hospitalerne har sygehussocialrådgiverne traditionelt været den profession, som har haft til opgave at sikre en sammenhæng mellem patienternes medicinske behandling og deres sociale situation, bl.a. i forbindelse med udskrivelse. Sygehussocialrådgivernes betydning for patienternes rehabilitering er da også anerkendt (Dansk Socialrådgiverforening og Danske Regioner 2012), men betingelserne for at løse opgaven er forandrede.

Opkomst og udvikling af socialrådgivervirksomheden på hospitaler

Sygehussocialrådgiverne blev de første i faget, der fik en egentlig uddannelse. Steinckes socialreform blev gennemført i 1933 og i 1937 oprettedes et halvandetårigt uddannelsesforløb på Kommunehospitalet (Nørrelykke 2013: 17). I kommunerne derimod, som stod for udmøntningen af socialpolitikken, mente man ikke, at der var brug for egentlig uddannet personale, da reformen byggede på et skift fra et skøns- til et retsprincip. Forestillingen var derfor, at lovgivningen burde give klarhed over, hvilken indsats folk havde krav på. De uddannede socialrådgivere var således på det tidspunkt primært knyttet til de statslige institutioner, hvor klienter var indlagt eller anbragt. Op igennem århundredet udvidedes socialrådgivernes arbejdsfelt til også at omfatte socialkontorer, mødrehjælp, erhvervs-hæmmede, særforsorgen, truede børn og deres familier samt kriminalforsorgen (Worning 2002).

Kommunalreformen i 1970 var et udtryk for decentralisering og betød, at amterne skulle tage sig af sygehusvæsen og særforsorg, mens kommunerne skulle tage sig af implementering af socialreformen (Klausen 2001: 60). Kommunernes ansvar for nye arbejdsopgaver betød et stigende behov for faguddannet personale, samtidig med at der opstod behov for grænsedragning mellem hvilke opgaver, der var amternes, og hvilke der var kommunens. I årene 1972-1976 fordobledes således antallet af socialrådgiverstuderende. Op gennem 1980'erne formulerede såvel borgere som politikere en stigende kritik af velfærdsstaten. Nogle kritikpunkter gik på en bekymring for, hvorvidt den offentlige sektors betragtelige volumen og ressourceforbrug ville løbe løbsk (Andersen 1999: 30). Den økonomiske udvikling var samtidig præget af aftagende økonomisk vækst, stigende arbejdsløshed, vækst i de offentlige udgifter og heraf voksende gældsætning (Johansen 2013: 53). I 1986 var der på landsplan ansat 600 sygehussocialrådgivere, men i 1990 ser vi tallet falde til 500 (Dansk Socialrådgiverforening 1990). I starten af 00'erne

fandt der yderligere nedskæringer sted over hele landet. Amtsborgmester Bent Hansen (S), der på det tidspunkt var formand for Amtsrådsforeningens sundhedsudvalg, beklagede i 2003 besparelserne, men sagde:

Der er ikke noget at gøre ved det. At have socialrådgivere på sygehusene har været et godt og trygt tilbud for patienterne, men samtidig udtryk for en høj service. Det har vi ikke råd til længere. (Politiken 2003)

I 2007 gennemførtes den seneste kommunalreform. De 14 amter blev nedlagt og ansvaret for bl.a. sygehusene blev flyttet fra amterne til 5 nyoprettede regioner. Kommunerne fik til gengæld i princippet det fulde ansvar for de patienter, der blev udskrevet fra hospitalerne, både i forhold til genoptræning og etablering af sociale foranstaltninger. Samarbejdet mellem sygehuse og kommuner reguleres i dag af sundhedsaftaler og afregning for sygehusets ydelser tager udgangspunkt i DRG-takster.¹ Sygehussocialrådgivernes ydelser er ikke en del af sundhedsaftalerne, og deres indsats afregnes ikke via DRG-systemet. Det betyder, at ydelser udført af sygehussocialrådgiverne let kommer i søgelyset i forbindelse med besparelser. Ved overenskomstforhandlingerne i 2008 fik socialrådgiverforeningen forhandlet sig frem til en aftale med regionerne om at få afdækket sygehussocialrådgivernes betydning for patienternes rehabilitering. Det resulterede i en rapport udarbejdet for Socialrådgiverforeningen og Danske regioners lønnings- og takstnævn: *Sygehussocialrådgiverne – faglighed, virke og indsats*. I konklusionen hedder det blandt andet:

Med deres indsigt i den sociale lovgivnings muligheder skaber sygehussocialrådgiverne i samarbejde med patienterne et overblik over patienternes livssituation og handlemuligheder: Igennem rådgivning af patienterne sørger sygehussocialrådgiverne for, at patienterne bliver bekendt med deres sociale rettigheder og sat i stand til at gøre brug af dem. På denne måde er sygehussocialrådgiverne med til at afhjælpe nogle af de sociale problemer i patienternes liv, der i værste fald kan blokere for sygehusets behandling og/eller udskrivning af patienten. Sygehussocialrådgiverne er her med til at give behandlingen den rette effekt, sikre en hurtig udskrivning samt skabe rum for, at det øvrige personale kan varetage deres behandlings-, pleje og træningsopgaver (Dansk Socialrådgiverforening og Danske Regioner 2012: 36).

Rapporten, som bl.a. bygger på interviews med læger og patienter, kan ses som dokumentation for betydningen af den indsats, sygehussocialrådgiverne yder. Antallet af sygehussocialrådgivere er dog stadig faldende. I 2010 betød en fyringsrunde i Region Hovedstaden at 2/3 af faggruppen forsvandt (Arbejderen 2010). På landsplan var der i 2013, ifølge faggruppens beretning, 212 medlemmer tilbage (Sygehussocialrådgiverfaggruppen 2013). Der er således tale om en betydelig reduktion af antallet af sygehussocialrådgivere over en årrække på knap 30 år.

Parallelt med reduktion i antallet af sygehussocialrådgivere har også den grundlæggende logik i velfærdsstaten og det sociale arbejde forandret sig. Forandringen er fx beskrevet som et skift fra velfærdsstat til konkurrencestat (Petersen 2011: 15). Denne tilgang knytter sig til udbredelsen af den neoliberalistiske kritik af velfærdstaterne, som de havde udviklet sig efter 2. verdenskrig. I socialpolitikken har denne bevægelse givet sig udslag i det, som mange har kaldt et skift fra 'wellfare' til 'workfare' eller fra 'social sikring' til 'social disciplinering' (Thorning 2004; Larsen, Abildgaard og Bredgaard 2010). De neoliberale reformideer har ført til store ændringer i organiseringen af den offentlige sektor med markedet som forbillede. Under samlebetegnelsen New Public Management (NPM) er markedsrationaliteten rykket ind i det offentlige (Johansen 2013: 55). I forhold til organiseringen af den offentlige serviceproduktion er køber/sælgerrelationer introduceret, og der er skabt konkurrence og adskillelse mellem de, der bestiller, og de der producerer offentlige serviceydelser (Klausen 2001: 45). Internt i organisationerne er bl.a. indført mål og resultatstyring, professionel entreprenøragtig ledelse, der går væk fra en fagprofessionel orientering, og der er etableret en række 'low-trust' relationer snarere end tillidsbaserede relationer i forhold til medarbejderne (Klausen 2001: 45-46). Især det sidste har ført til en tiltagende procesregulering, standardisering og metodestyling i det sociale arbejde, som udgør en udfordring for socialrådgivernes faglighed og autonomi (Johansen 2013: 67).

Analyseramme

Analysen beskæftiger sig med, hvilken betydning sygehussocialrådgivernes særlige position i hospitalet har for de strategier, de iværksætter for at gøre sig gældende som fagpersoner. Hasenfeldts (Hasenfeld 1983: 5-6) differentiering mellem 'people changing' (menneskeforandrende), 'people sustaining' (menneskeopretholdende) og 'people processing' (menneskebehandlende) organisationer skal bidrage til en forståelse af sygehussocialrådgivernes særlige placering i arbejdet med patienternes rehabilitering. Menneskeforandrende organisationer er karakteriseret ved at have et eksplicit formål, der går ud på at ændre klientens trivsel eller funktion. Menneskeopretholdende organisationer har til formål at forebygge, opretholde eller forsinke forringelser af klienternes personlige velfærd eller velbefindende; mens menneskebehandlende organisationer har til formål at kontrollere adgang til og tildele forskellige goder, fx sociale ydelser og services. Et hospital kan karakteriseres som en menneskeforandrende organisation, idet hospitalets kerneopgave forstås som at flytte patienterne fra kategorien 'syg' til kategorien 'rask'. Den menneskebehandlende funktion, fx tildeling af ydelser, er, i relation til de mennesker som er indlagt på hospitalerne, placeret i kommunerne. Det er i rummet mellem disse to opgaver, i en 'menneskeopretholdende' funktion, sygehussocialrådgiverne må agere. Sygehussocialrådgiverens væsentligste arbejdsopgave er at vurdere, hvilke sociale tiltag, der vil bidrage positivt til en patients helbredelse og rehabilitering. men sygehussocialrådgiveren kan ikke selv tildele de ydelser eller indsatser, der er brug for. Den kompetence ligger i kommunerne.

Friedson skelner mellem primære og sekundære institutionelle sfærer og gør opmærksom på, at den autoritet en professionel kan udøve afhænger af, hvorvidt vedkommende arbejder i sin primære institutionelle sfære (Friedson 2001: 159). Sygehussocialrådgiverne er netop placeret på hospitalet, som er en institutionel sfære, eller et felt i Bourdieusk forstand, hvor den medicinske professionsviden traditionelt dominerer (Petersen 1997; Højbjerg 2012). Når vi ser på hospitalet som del af medicinsk felt, er der desuden tale om en institutionel sammenhæng som, ikke mindst gennem de sidste 20-30 år, har ændret sig radikalt med korttidsindlæggelser, øget specialisering, intensiverede og standardiserede arbejdsprocesser til følge (Larsen 2009). Der er tale om dominans af medicinske begreber (fx biomedicinsk/latinske betegnelser) og klassifikationer (fx af syg/rask, centrale/perifere begivenheder) og logikker (fx forestillinger om hvordan fysiologi/anatomi, kroppen, sundheden og velvære skal opfattes). Disse forhold fungerer på et doxisk niveau, hvor der er en implicit fælles konsensus som fx stiller den biologiske krop og sygdomsbehandling over den sociale krop, sundhedsfremme, forebyggelse eller genoptræning (Larsen 2013).

Der er tale om, at en række strukturelle betingelser danner rammen om sygehussocialrådgivernes praksis og samtidig skaber rum for forskellige måder at ansue opgaven på. Med inspiration fra Bourdieus sammentænkning af struktur- og aktørperspektivet (Bourdieu 1996; 2005), kan man tale om socialarbejderens betingede handlerum (Caswell 2005: 70-72). På baggrund heraf ses sygehussocialrådgivernes strategier som betingede af organisatoriske og kontekstuelle begrænsninger i form af institutionel arbejdsdeling, placeringen i en sekundær institutionel sfære, nemlig det medicinske felt og NPM-inspirerede styringsformer som opblandes med personlige præferencer og ønsker for patienterne. Sygehussocialrådgiverne opfattes her, som havende en 'professionshabitus' (Caswell 2005: 77; Højbjerg 2012). Professionshabitusbegrebet lægger fokus på det kollektive og transindividuelle perspektiv. Et perspektiv som betoner socialarbejderens dispositioner eller indlagrede handlingstendenser, der blandt andet er konstrueret gennem erfaringer og strukturelle betingelser, og som til stadighed udvikles gennem påvirkninger og nye erfaringer (Caswell 2005: 158). De individuelle træk, der stammer fra agenternes primære erfaringer er i mindre grad betonet.

Sygehussocialrådgivernes hovedopgaver kan beskrives som at agere i sammenhænge, hvor det sociale og det medicinske felts logikker brydes. Disse af og til modsætningsfyldte arbejdsbetingelser er kendetegnende for socialrådgiveres arbejdsbetingelser på hospitaler. Lipsky taler i relation til professionelle om, at netop de fælles arbejdsbetingelser, er afgørende for, hvordan 'frontlinjearbejdere'² udvikler forskellige 'copingstrategier' for at magte arbejdet. Der kan være tale om at begrænse tilgangen til eller efterspørgslen efter services, at rationere sine services, (dvs. at administrere dem ulige), at tage kontrollen over klienten eller at automatisere servicen eller kategoriseringen af klienter (Lipsky 2010: 81-151). Lipsky er blevet kritiseret for et pessimistisk syn på frontlinjens praksis. Han anklages for udelukkende at se praksis som et udtryk for interesser, der har mere at

gøre med de professionelles egen overlevelse end med klienternes behov. Lipsky kan dog forstås mindre negativt (Winter og Nielsen 2008: 128) og mere konstruktivt (Caswell 2005: 87) og Lipsky understreger selv vigtigheden af at understøtte de professionelles bestræbelser på at opretholde høje standarder og modarbejde rutinisering (Lipsky 2010). Lipskys begreber bruges til at analysere, hvorledes sygehussocialrådgiverne udfylder deres betingede handlerum i praksis.

Empiri og metode

Den foreliggende artikel er et af resultaterne af et såkaldt kundskabsprojekt, som er en del af forskningssamarbejdet Phlegethon. Der er tale om et norsk-dansk forskningsarbejde med fokus på samtidige transformationer af staten, professioner, klienter, organisationer og kundskaber. Disse transformationer studeres i forhold til rehabilitering i et samarbejde mellem syv institutioner og 25 forskere i Norge og Danmark. Der er, i det indledende stadie, foretaget 15 fokusgruppeinterviews med repræsentanter for velfærdsprofessioner i Danmark og Norge.³ Informanterne er udvalgt ud fra et ønske om at dække et bredt spektrum af praksiskontekster, der spiller en rolle i rehabiliteringsfeltet og kommer derfor fra forskellige institutionelle sammenhænge. Denne artikel bygger på fokusgruppeinterviews med sygehussocialrådgivere i København samt studier af relevante dokumenter. På baggrund af udviklede interviewguides er der foretaget 2 interviews med 3 sygehussocialrådgivere i hver gruppe. Der blev stillet spørgsmål til informanternes uddannelse og erhvervsmæssige baggrund (antal års erhvervs erfaring, uddannelse/kurser). På baggrund af informanternes beskrivelser af typiske og afvigende praksissituationer fra 'sidste arbejdsdag' blev der spurgt til patientens/klientens situation (alder, køn, klasse/etnicitet og særlige forhold) og vedkommendes kundskaber og interesser, herunder hvordan vedkommende selv deltog og var virksom med krav og ønsker (aktiv/passiv, ekspertpatient/afventende). Desuden var der fokus på organisatoriske forhold og styringsformer, informantens egen forberedelse og deltagelse i praksissituationen, herunder i forhold til deltagelse, typer af kundskaber (livshistoriske erfaringer, professionelle erfaringer, instrukser/manualer, evidensbaseret viden), samt ikke mindst om samspil og modspil mellem kundskabsformer, faglige idealer, faglig praksis og patientbehov. I denne artikel fremhæves særligt typer af spændinger relateret til medicinsk felt og socialt felt, socialrådgiverpositionen og dens autonomi samt omkring styringsformer og logikker. Der er foretaget 2 interviews med 3 sygehussocialrådgivere i hver gruppe. Informanterne er udvalgt, så de dækker de fleste større sygehuse i Region Hovedstaden og repræsenterer samtidig en spredning i forhold til afdelingstyper og specialer. Interviewene er foretaget i et mødelokale på Socialrådgiveruddannelsen. Interviewene blev udført af to forskere, optaget på bånd og udskrevet in extenso.

På nåde i systemet – arbejdsdelingen mellem regioner og kommuner

For socialrådgivere på hospitalerne er det en særlig udfordring at manøvrere mellem hensynet til kommunale og regionale aktører. Arbejdsdeling mellem regioner

og kommuner er inspireret af NPM og fastsat i lovgivningen. Den implicerer en skarp arbejdsdeling og en incitamentsstruktur, som henholdsvis straffer og belønner aktørerne. Hospitalerne mister indtjening, hvis patienter ikke effektivt behandles og udskrives, og der kan kun forlanges betaling for ydelser, som de professionelle er forpligtet til ifølge de sundhedsaftaler, som er indgået med kommunerne. Sygehussocialrådgivernes ydelser er, som tidligere anført, ikke omtalt i sundhedsaftalerne, men der lægges implicit et pres på socialrådgiverne for at medvirke til gennemførelse af behandlingerne på en effektiv måde. Den sociale del af rehabiliteringen forventes fuldt og helt varetaget af kommunen, men tilsyneladende sker det ikke altid i praksis. En socialrådgiver fortæller:

Så skal kommunerne tage over med rehabilitering, og det gør de jo også med genoptræning, men den sociale del er fuldstændig væk. Det er lige som om, at problemet ikke eksisterer. Vi ser det jo, fordi vi møder patienterne, men i virkeligheden er vores eget system ikke for, at vi skal gøre en hel masse. De siger jo at: 'I skal jo ikke gøre socialforvaltningens arbejde'. Så et eller andet sted kan man også godt føle, at man er lidt på nåde i systemet.

I og med at socialrådgivernes arbejde ikke er en del af sundhedsaftalen og derfor ikke afregnes via DRG-takster, opfattes deres indsats som 'en ekstra service', som en af informanterne udtrykker det, eller som hospitalet uvedkommende:

Altså, hvis du tager økonomi-brillerne på, så hører vi jo slet ikke hjemme. For det er jo for hospitalsvæsenet hamrende uvedkommende, om patienten får betalt sin husleje. Det er jo ikke hospitalets problem. Det er sådan noget, jeg tænker, når jeg er i mit onde lune.

De økonomiske styringsredskaber og arbejdsdelingen mellem kommune og region kan på den måde komme til at stå i vejen for det helhedsorienterede blik på patienten og i værste fald føre til unødvendig ubehag og til dyre genindlæggelser. Dette vises fx i et studie af hvordan NPM og den særlige økonomiske rationalitet bliver styrende for behandling, sygepleje og patientens kår i en norsk kontekst (Brænd 2014).

Sygehussocialrådgiverne er desuden i en situation, hvor de ikke har myndighedsrollen i forhold til patienterne. De har ikke kompetencen til at kategorisere og bevilge midler til forsørgelse eller anden indsats borgerne har behov for. Ansvar og kompetence ligger i kommunerne, som altså har det, som Hasenfeld kalder den menneskebehandlende funktion (Hasenfeld 1983: 5). Det betyder, at sygehussocialrådgivere, som har den menneskeopretholdende funktion (Ibid.), bliver afhængige af sagsbehandleren i kommunen i situationer, hvor der skal træffes afgørelser.

Sidst han kom ind i februar, der havde han ikke fået betalt sin husleje, og det

var han meget bekymret for, og han kom så ind få at blive afruset. Det talte jeg med ham om, fik fat i sagsbehandleren osv., og hun lovede at tage over, fordi jeg tænkte, nå, men det er jo socialforvaltningen, der her skal tage over. Så kommer han ind igen, nu her før weekenden, og jeg møder ham så her mandag – her i går – og så viser det sig, at der ikke er sket noget i den huslejesag, og jeg kan sådan mærke lidt selv, at jeg skulle nok lige have tjekket det her...

Eksemplet viser hvor afhængig sygehussocialrådgiveren er af samarbejdet med kommunen og den frustration det kan give anledning til, når der ikke følges op. Det fremgår af materialet, at sygehussocialrådgiverne ofte kommer til at spille en rolle som koordinator af processer, som egentlig er kommunernes ansvar. Det gælder både i relation til at presse på for at sagsbehandlingen i det hele taget finder sted og i forhold til at sikre samarbejdet mellem specialiserede afdelinger i kommunerne og samarbejde mellem kommunerne og andre aktører, fx forsikringsselskaber eller Udbetaling Danmark.⁴

Det socialfaglige skøn på udebane – strategier i en underordnet position i et medicinsk felt

Sygehussocialrådgivernes autoritet svækkes af, at de er ansat på et sygehus hvor logikker i det medicinske felt er fremherskende og dominerende. En professions muligheder for at udøve faglig autoritet og forfølge interesser er størst i professionens primære sfære. Her er den på faglig hjemmebane og refererer ubesværet til eget vidensgrundlag, egne rationaler og traditioner. Omvendt forholder det sig i en professions sekundære sfære. Her er den underlagt et regime, eller i Bourdieusk forstand, felt, hvor kapitalfordelingen definerer de dominerende positioner. I sygehusfeltets optik er patienten måske færdigbehandlet og skal udskrives, mens socialrådgiverens faglige vurdering ikke er gangbar kapital i feltet:

Der må jeg sige, at jeg har efterhånden, for jeg har haft rigtig rigtig svært ved at tackle de her situationer. Med hvad man gør, når man synes, det er så synd for denne her patient, at man – vi – ikke kan give et ordentligt tilbud. Det har jeg haft det rigtig, rigtigt skidt med, og når jeg så bliver, nu billedligt talt, truet med, at vi udskriver patienten, så bliver jeg selvfølgelig ked af det.....og så må jeg sige 'nårh nej, hvem er det nu lige, der har ansvaret for udskrivninger og indskrivninger her på hospitalet', så der hjælper det mig gevaldigt, at jeg har lært at sige: 'hvis I virkelig synes, at det er lægeligt og plejemæssigt forsvarligt', fordi så synes jeg, at jeg har løftet problemet lidt væk fra mig selv.

Informanten anerkender og understreger det forhold, at hendes profession er 'på udebane', at hun praktiserer i en for professionen sekundær sfære og beskytter på den måde sig selv mod en følelse af ikke at kunne honorere eget professionsetos om at arbejde for klientens bedste. Sygehussocialrådgiverne vender ofte tilbage til det forhold, at patienter udskrives, før der er kontrol over den situation, de vender

hjem til. Det kan være en lejlighed, der trænger til en hovedrengøring, hjælpemidler der ikke er på plads, forsørgelsesgrundlaget der ikke er afklaret eller lignende. I den situation kan en udvej være at få fat i 'den rigtige læge'. En informant fortæller:

Men vi er jo alle sammen underlagt den der med, at det skal gå stærkt, og vi skal nogle gange overveje, okay, hvad er det for en læge, vi skal have fat i, hvis vi skal forlænge denne her indlæggelse nogle dage. Fordi vi kan se, at vi kan måske lægge en plan, der hedder, at om tre dage kan vi få patienten ud. Men så gælder det om at få fat i den læge, som vi ved, der kan være med på det, og som kan skrive i journalen. Og det er lidt anstrengende, fordi pludselig bliver det ens personlige ansvar, at den patient får en god behandling.

Fordi socialrådgiveren er placeret i et felt, hvor det sundhedsfaglige personales kapitalformer er gangbare og dominerende, må socialrådgiveren alliere sig med en læge, som har forståelse for vigtigheden af den sociale indsats i rehabiliteringen. En læge som har magt og vilje til at forlænge en patients indlæggelse på social indikation, selv om vedkommende ud fra en rent lægefaglig betragtning er færdigbehandlet og ud fra en økonomisk betragtning er en dårlig forretning for sygehuset. Sygehussocialrådgiverne praktiserer som del af et medicinsk felt, hvor en menneskeforandrende organisation har til formål at flytte mennesker fra kategorien syg til kategorien rask. Her har medicinsk kapital forrang, dvs. at beherske en medicinsk sprogbrug, og at håndtere den syge patient gennem medicinske klassifikationer og logikker. Her indgår det sociale, herunder fx forhold omkring patientens bolig og økonomi ikke som centrale. Socialrådgiveren er således lavt eller perifert positioneret, og strategierne er baseret på en kropslig bevidsthed om de dominerende kapitalformer.

Faglighed mellem fornuft og følelse – strategier ud fra begrænsede ressourcer i en position med relativ stor autonomi

Sundhedssektoren er, ligesom resten af de velfærdsstatslige institutioner, præget af et krav om omkostningseffektivitet. Det har, som nævnt, betydet at antallet af sygehussocialrådgivere er faldet støt over en årrække, og eftersom forventningerne ikke er væsentligt ændret, er der derfor begrænsede ressourcer til at løse opgaverne. I denne særlige position taler Lipsky om copingstrategier, dvs. at frontlinjearbejdere forsøger at gøre et godt arbejde på en eller anden måde på trods af de indskrænkede handlemuligheder: "...How is the job to be accomplished with inadequate resources, few controls, indeterminate objectives and discouraging circumstances?" (Lipsky 2010: 81). Sygehussocialrådgivernes arbejde er ikke underlagt den samme kontrol og registrering som fx sygeplejerskernes (Larsen m.fl. 2015) eller den metodestyrt, som ellers har fået et stort gennemslag på det sociale område (Guldager & Skytte 2013). En enkelt informant fortæller, at hun skal nå et bestemt antal sager om dagen, men følgende udsagn er mere typisk:

... vi er sådan nogle underlige fritsvævende nogle, så den eneste måde, det bliver hos os, det er, at vi registrerer, når det er, vi har patientkontakt, og det er sådan set det, vi gør og ellers – vi disponerer over vores tid selv. Fuldstændigt.

Socialrådgiverne oplever altså relativ stor autonomi og kan derfor i høj grad selv prioritere med hensyn til karakter og omfang af indsats imellem de klienter, der bliver henvist af sundhedspersonalet, og dem der selv eller hvis pårørende henvender sig.

Materialet viser, at sygehussocialrådgiverne udtrykker frustrationer over, at de pga. begrænsede ressourcer ikke kan yde den service, de ud fra deres professionelle etos finder nødvendig. En socialrådgiver fortæller:

Jeg ved og kan stå inde for den service, den enkelte patient og den pårørende får, den er der ikke noget galt med. Men fx er der hele det infektionsmedicinske område, som jeg godt ved, at der må være et kæmpe behov for en socialrådgiver, fordi mange af dem, tænker jeg, er socialt belastede og har været i systemet i rigtig mange år. Men jeg opsøger det simpelthen ikke, for jeg kan ikke honorere det behov, der er ...

Informanten må se bort fra visse klienter og deres behov, selvom hun ved, de er til stede, fordi hun ikke har ressourcer til at imødekomme disse behov og derfor simpelthen ikke opsøger bestemte afdelinger. Hun rationerer i stedet for sine ydelser (Lipsky 2010: 87 ff.). En anden informant fortæller, hvordan hun forsøger at afslutte sager og overlade patienten til kommunen, sådan som systemet tilsiger, men der er en tydelig ambivalens og frustration i udsagnet:

Ja, jeg vil sige at, i princippet, er de jo, lige præcis de her patienter, når de flytter videre fra vores afdeling til yderligere genoptræning, så er de jo i princippet færdige hos os. Det kan man sige, det er jo også det klogeste for socialrådgiverne, fordi man kan jo blive ved, fordi folk bliver ved med at have problemer... Men ellers prøver jeg på at få dem afsluttet, hvis jeg kan, eller give det videre. Men det kan være rigtig svært med nogle af dem, fordi de jo netop har en tillid til systemet. Men ellers er det jo sådan, at man vil prøve på at få dem afsluttet og jeg kan ikke have så mange, som hænger i systemet.

En af de strategier, Lipsky omtaler i forbindelse med frontarbejderes coping, er 'creaming'. 'Creaming' finder sted når frontarbejdere vælger at prioritere klienter, som de har større sandsynlighed for at lykkes med, højere end klienter, hvor indsatsen har ringere udsigt til at lykkes. Dette fænomen er velkendt fx indenfor socialt arbejde på beskæftigelsesområdet og er på mange måder en logisk følge af forskellige former for resultatstyring (Bredgaard og Larsen 2006). Eksempler på 'creaming' er ikke særlig fremtrædende i vores empiri fra sygehussocialrådgiver-

nes praksis, måske på grund af den relativt store autonomi og mangel på egentlig kontrol.

Informanternes fortællinger giver dog også et billede af, at sygehussocialrådgiverne føler større glæde ved at samarbejde med nogle klienter frem for andre. Karakteristisk er denne udtalelse:

Fordi opfølgning, det er altså en by i Rusland, når du først er udskrevet, hvis du har været i mine hænder. Fordi, jeg har ikke tid. Simpelthen. Det sker selvfølgelig, at jeg får nogle historier, som gør, at jeg ikke kan se mig selv i spejlet, hvis ikke jeg tager mig af sagen. Fordi sådan er det altså, ens sociale hjerte banker jo.

Det ”sociale hjerte” forstås her som referende til et professionsetos med elementer af kald og et personligt følelsesmæssigt engagement. Det forhold, at kommunerne ikke altid lever op til deres forpligtelser i forhold til at overtage sagerne, når patienterne bliver udskrevet eller lever op til vejledningsforpligtelsen overfor patienternes familier, kombineret med de begrænsede ressourcer socialrådgiverne har til rådighed, betyder, at det ofte er følelser, der afgør, hvilke patienter der bliver taget ekstra hånd om. Nedenfor er en socialrådgiver opmærksom på en patients døtres situation:

...Og jeg tænkte bare ’nej, de der stakkels piger’ – de var i starten af tyverne, og så gik jeg jo meget ind i det også for at beskytte dem, og så fik jeg hendes lejlighed gjort rent, og så fandt vi så ud af, at nåh, men nu var hendes formue under de der – hun havde en kapitalpension, så den talte ikke med de første seks måneder – og nu var hendes formue under de der 10.000, så nu måtte jeg hjælpe hende med at søge kontanthjælp og hjælpe hende med at søge boligstøtte...

Her er det angiveligt et ønske om at beskytte patientens døtre mod at skulle løfte et, efter informantens opfattelse, for stort ansvar for deres mor, der bliver anledning til, at hun gør et stort arbejde for at få løst problemerne i offentligt regi. Andre gange er der mere tale om, at indignation over oplevelsen af en utilstrækkelig kommunal indsats bliver anledningen. En anden informant fortæller:

...Umiddelbart derefter – det her sker den ene uge, den næste uge skal han så op og tale med kommunen og kommer tilbage meget, meget ked af det og synes, han har fået en rigtig dårlig behandling, og jeg tænker sådan lidt ligesom dig, at ’ved du hvad, jeg tager med dig næste gang’, og vi laver en ny aftale, og vi tager ud til kommunen, det er så X kommune, og jeg har... det er lang tid siden, jeg har set så ond en behandling. Altså, jeg var virkelig rystet...

Socialrådgiverne skal i princippet og især efter udskrivelsen overlade varetagelsen

af patienternes sociale forhold til kommunen, når der er tale om tildeling af ydelser eller services, fordi kommunen har myndighedsansvaret og det fulde ansvar for hele borgerens situation, når denne er udskrevet. Sygehussocialrådgiverne ser sig af samvittighedsmæssige årsager nødsaget til at varetage opgaver, der ikke er inden for deres virke, fordi det kommunale system svigter, og desuden fordi specialiseringen i kommunerne gør det endog overordentlig vanskeligt for borgerne selv at overskue deres pligter og rettigheder. I en situation hvor ressourcerne er begrænsede, betyder det, at det ikke nødvendigvis er en strengt faglig vurdering af, hvor behovet er størst, der kommer til at afgøre, hvem der får hjælp, men nærmere i hvor høj grad den enkelte socialrådgiver selv lader sig påvirke følelsesmæssigt af den enkelte patient. Dilemmaer løses således på baggrund af faglige og personlige vurderinger, som ikke altid er i overensstemmelse med de politiske prioriteringer og lighedsgrundsætningen (Winter & Nielsen 2008: 110).

Socialrådgiverne er, som det fremgår, positioneret i et medicinsk felt med særlige præmisser for, hvad der opfattes vigtigt og centralt, samt hvad der ikke gør det. Der er på hvert hospital kun ansat ganske få socialrådgivere, hvilket udgør en spændetrøje, men de har alligevel et vist råderum. Når det ”sociale hjerte” banker hos aktørerne, og der er få aktører og det sociale er marginalt i feltet, så levnes der dog en vis plads til at iværksætte initiativer fx overfor patienter (at have særlig empati og opmærksomhed for nogle og fortrænge andre) eller overfor læger (at vælge nogle ud, der kan overbevises).

Om at holde hovedet koldt – når rammevilkårene naturliggøres

Sygehussocialrådgiverne vender ofte tilbage til helhedssynet, som opfattes som et væsentligt pejlemærke for deres professionelle praksis, men giver også udtryk for at denne tilgang er under pres.

Det kan godt være at vi ikke har den luksus om ti år, men indtil videre har vi jo den luksus, at vi kan tage vores helhedssyn indover de mennesker, vi møder. Det ... er at man skal tage udgangspunkt i hvor patienten er. Det kan godt være at det ikke er systemet, hospitalets eller kommunens behov, at man er nødt til at acceptere, at patienten er der, hvor patienten er, og ikke et helt andet sted, men patienten er der, hvor patienten er (griner), og det bliver man ligesom nødt til at tage udgangspunkt i, fordi man kan jo ikke få et samarbejde med vedkommende ellers.

Informanterne har en lang erfaring med socialt arbejde i hospitalet og deres professionshabitus er, for de flestes vedkommende, udviklet under andre rammer end de nuværende. Positionen i den institutionelle sammenhæng afgøres af mange forhold i og udenfor feltet. Desuden spiller det ind, at antallet af sygehussocialrådgivere er faldet, hvilket har betydning for deres gennemslagskraft:

Det handler om det organisatoriske i det, fordi gruppen er så lille. Nu ved jeg jo

heller ikke hvordan, altså, da jeg var på X hospital – en rimelig stor socialrådgivergruppe, som faktisk også var rigtig respekteret, da var der et helt andet samspil med afdelingerne og med ledelsen og med ... socialrådgiverafdelingen. Men det er klart, at det er ikke særlig nemt, når man kun er en enkelt person. Så er man jo en lille bitte faggruppe, som på mange måder virker ikke-vigtig i sygehusvæsenet.

Sygehusocialrådgiverne giver generelt udtryk for, at deres udgangspunkt i mødet med klienterne er det enkelte menneskes særegenhed og særlige situation – set i et helhedsperspektiv – og der lægges vægt på eget professionelt ansvar som udslagsgivende for at træde til, når der er behov for det. Men fordi socialrådgiverne er blevet færre, har de mindre føling med patienterne, og de er afhængige af, at sundhedspersonalet sørger for at henvise de patienter, der har brug for det. Derfor opleves der et behov for et kategoriseringssystem, der sikrer patienter, der har behov for socialrådgivernes bistand:

Det er jo også sådan som ... at jeg betjener et ret stort område, så vi snakker rigtig meget om, hvordan kan vi lave den rigtige visitering og kan vi sætte folk ind i nogle kasser, som vi gør i resten af samfundet. Det er jo rigtig svært, men det er sådan, at det er primært lærerne og sygeplejerskerne som henviser.

Der er i materialet en gennemgående kritik af de korte indlæggesler, som ofte gør den tid, socialrådgiverne har, til afklaring af patientens situation og etablering af samarbejde med andre aktører omkring patienten ved udskrivelse kortere. Der er dog enkelte udsagn, som peger på, at man accepterer et faldende serviceniveau:

Men man kan måske nok sige, at det er indlæggelserne er blevet kortere, på en måde er det jo ikke kun skidt. Selvfølgelig er det godt for patienten, at de ikke skal være indlagt i så lang tid, men det skærper jo også lidt ens egen – det er jo ikke sådan, at vi er fuldstændig (utydeligt) altså det er jo det her med at holde hjertet varmt og hovedet koldt, selvfølgelig skal man jo heller ikke hoppe ombord i hvad som helst. Der er jo også noget hvor man må sige 'det må patienterne selv finde ud af'. Hvis de har pårørende, så er det altså de pårørende, der skal gøre det.

Sygehusocialrådgiverne, som deltog i den empiriske undersøgelse, har været formet under andre vilkår end de nuværende. De erfarer en diskrepans mellem hvad der tidligere kunne og skulle udføres som fagligt arbejde og så de mulighedsbetingelser, der er virksomme aktuelt. På den ene side har hospitalet, som del af det medicinske felt, skærpet sine aktiviteter og fokusering på det medicinske, sygdomsbehandlingsmæssige – i dette tilfælde på bekostning af socialfaglige logikker rettet mod andre dele af patienternes levede liv (sociale ydelser, rettigheder og pligter, boligforhold m.v.). På den anden side er den internaliserede professi-

onsetos stadig virksom i sygehussocialrådgivernes måde at orientere sig på i det faglige arbejde. Dette sammenstød mellem de (ændrede) ydre mulighedsbetingelser i den organisatoriske struktur som del af det medicinske felt – og de internaliserede (mere stabile) indre mulighedsbetingelser (habitus) – giver anledning til både frustration, bekymring og afmagt, men også til nye måder at anlægge strategier og fokuseringer på.

Opsummerende

Artiklen baserer sig på empirisk-teoretiske analyser og viser at sygehussocialrådgiveren er i den situation, at hun eller han ingen myndighedsrolle har, men er henvist til at være bindeled mellem patienter, de kommunale sagsbehandlere og andre aktører, der har kompetence til at tildele ydelser og services. I en større samfundsmæssig sammenhæng undergår ikke mindst offentlige institutioner store forandringer af styring og regulering fx italesat gennem begreber som konkurrencestaten og NPM, samt gennem ændrede videnskrafts krav til det faglige arbejde (evidensbaseret praksis). Undersøgelsen viser, at mange sygehussocialrådgivere, pga. deres status som en slags 'ekstra service', ikke i så høj grad som fx sygeplejersker er underlagt regler, standarder og dokumentationskrav. Disse rammevilkår betyder, at sygehussocialrådgiverne på den ene side har en relativt stor faglig autonomi, men samtidig udøver deres praksis i en sektor, hvor deres indsats ikke – og i stadig mindre grad – ses som en integreret del af sektorens ydelser, og hvor ressourcerne er begrænsede. Det kan også beskrives sådan, at socialrådgivere er positioneret og virksomme i et medicinsk felt, hvor medicinske begreber, klassifikationer og logikker er stadig mere fremherskende. Man kan sige at det medicinske felt, gennem de sidste 20-30 år, er blevet stadig mere medicinsk, og samtidig mindre socialt fx i forhold til det socialfaglige arbejde. Her er patienters sociale, bolig-mæssige og økonomiske situation perifer for det medicinske blik. Denne position, at skulle varetage forhold omkring sociale problemer på baggrund af social lovgivning m.v., er kompliceret og modsætningsfyldt, og den fører til dilemmaer. Socialrådgivernes praktiske løsninger tager udgangspunkt i både de indlejrede handlingstendenser, baseret på inkorporerede faglige dispositioner for at handle på vegne af de trængende; men også i den enkeltes umiddelbare personlige følelses-mæssige reaktioner som aktiveres gennem "et bankende socialt hjerte".

Ulla Søbjerg Nielsen, Cand. merc.int., Master i læreprocesser, lektor, Institut for Socialt arbejde, Professionshøjskolen Metropol; Karin Højbjerg, Phd., lektor, Institut for læring og filosofi, AAU; Niels Sandholm Larsen, Phd., Lektor, Institut for sygepleje, Professionshøjskolen Metropol; Kristian Larsen, Professor, Institut for læring og filosofi, AAU

Noter

- ¹ Diagnose Relaterede Grupper (DRG) vedrører omkostninger for en diagnoserelateret gruppe og udtrykker det relative ressourceforbrug for den pågældende patientgruppe (Helsedirektoratet 2011).

- ² Lipsky anvender den engelske term Street-Level Bureaucrats om medarbejdere i offentlig service, så som skoler, politiet og socialvæsenet, der interagerer direkte med borgerne.
- ³ I Danmark: 3 grupper jordemødre, 2 grupper sygeplejersker, 2 grupper sygehussocialrådgivere, 1 gruppe fysioterapeuter. I Norge: 3 grupper fysioterapeuter, 2 grupper sygeplejersker og en gruppe socialrådgivere.
- ⁴ Udbetaling Danmark er en offentlig myndighed, der har ansvaret for udbetaling af en række offentlige ydelser.

Referencer

- Andersen, L. 1999. *Facader og facetter. Modernisering og læreprocesser i socialpædagogik og forvaltning*. Roskilde: Roskilde Universitetsforlag.
- Arbejderen 2010. Mod al fornuft at fyre hospitalsocialrådgivere. 3. marts.
- Bourdieu, P. 2005. *Udkast til en praksisteori*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Bourdieu, P. og L.J.D. Waquant 1996. *Refleksiv sociologi*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Bredgaard, T. og F. Larsen 2006. *Udlliciteringen af beskæftigelsespolitikken: Australien, Holland og Danmark: Markedets usynlige eller statens synlige hånd?* København: Jurist- og Økonomforbundet.
- Brænd, J.A. 2014. *Nær penger og pasienter: Perspektiver på pasientens kår, sykepleie og nærhetsetikk når økonomisk rasjonalitet endrer sykehusdriften*. Thesis.
- Caswell, D. 2005. *Handlemuligheder i socialt arbejde*. Roskilde: Institut for samfundsvidenskab og erhvervsøkonomi, RUC
- Danske Regioner. 2012. *Det hele sundhedsvæsen - regionernes vision for et helt og sammenhængende sundhedsvæsen*.
www.regioner.dk/~/.../Det%20hele%20sundhedsvaesen_marts2012.ashx
- Dansk Socialrådgiverforening. 1990. *Brobyggerne*.
- Dansk Socialrådgiverforening og Danske Regioner. 2012. *Sygehussocialrådgivere – faglighed, virke og indsats*.
http://www.google.dk/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.socialraadgiverne.dk%2Ffiles%2Ffiler%2FPublikationer%2FRapporter%2F2012-06-Sygehussocialr%25C3%25A5dgiverne-faglighed-virke-indsats.pdf&ei=SFO-VK3xIYn8UpTSg6gN&usg=AFQjCNEsnJKSINK7AcS5Cx0WcEfuYi_vZg&bvm=bv.83829542,d.d24.
- Friedson, E. 2004. *Professionalism –The Third Logic*. Cambridge: Polity. [2001]
- Guldager, J. og M. Skytte. 2013. Aktuelle fællestræk og udfordringer for socialt arbejde. I *Socialt arbejde – teorier og perspektiver*, red. J. Guldager og M. Skytte.

- Hasenfeld, Y. 1983. *Human Service Organizations*. Engelwood Cliffs: Prentice Hall.
- Helsedirektoratet. (2011). DRG-ordliste. Helsedirektoratet. Forsiden, Finansiering og helseøkonomi. DRG-systemet 'Ordliste' DRG-ordliste: <http://www.helsedirektoratet.no/finansiering/drg/ordliste/Sider/default.aspx>, 10.8.2013
- Hjort, K. 2005. *Professionalisering i den offentlige sektor*. Frederiksberg: Roskilde Universitets Forlag.
- Hjort, K. og S. Engel 2006. *Internationalisering og professionalisering*, Viden om pædagoger 3.
- Højbjerg, K. 2012. Pierre Bourdieus praktikteori udlagt gennem eksempler fra forskning i professionalisering af undervisningspraksis. I *Refleksiv praksis: Forskning i forandring*. 1 udg, vol. 1, red. A. Bilfeldt, J. Bloch-Poulsen, T. Børsen, M. Gammelby, K. Højbjerg og A. Juel Jacobsen, 44-67. Aalborg: Aalborg Universitetsforlag.
- Højbjerg, K. 2014. Students' Performative Strategies in the Practical part of Nursing Education: An International Collection of Ethnographic research on Learners Experiences. I red. ARJGB Bob Jeffrey *Performativity in Education: An international Collection of Ethnographic research on learners' experiences*. Gloucestershire: E & E Publishing,
- Johansen, H. 2013. Profession og socialt arbejde. I *Socialrådgivning og socialt arbejde*, red. R. Porsborg, H. Nørrelykke og H. Antczak, 45-77. København: Hans Reitzel
- Klausen, K. K. 2001. *Skulle det være noget særligt – organisation og ledelse i det offentlige*. København: Børsen.
- Kragh, A. Ministeriet for sundhed og forebyggelse
http://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Kommunale_sundhedsopgaver/2013/Juni/Kommuneaftale-styrker-behandlingen-af-kronikkere-og-aeldre-medicinske-patienter.aspx
- Larsen, F., N. Abildgaard og T. Bredgaard 2010. *Kommunal aktivering - mellem disciplinering og integration*. Aalborg: Aalborg Universitetsforlag.
- Larsen, K. 2009, Hospitalet mellem stabilitet og forandring: sociologiske og historiske perspektiver. i *Akut, kritisk og kompleks sygepleje: samfunds- og humanvidenskabelige perspektiver*, red. M. Holen & B. Winther, s. 89-113. København: Munksgård.
- Larsen, K. 2013. Social position i rum, krop og identitet. En sociologisk analyse af sygeplejens position i medicinsk felt med fokus på hvorfor det kan være let eller svært at give injektioner. I *Nødvendige omveier. En vitenskapelig antologi til Kari Martinsens 70-årsdag*, red. H. Alvsvåg, Å. Bergland og O. Førland.
- Larsen, N.S.; Nielsen, U. S; og Nielsen, I. H. 2015. *Mellem bureaukrati og profession – et komparativt blik på sygeplejerskers og socialrådgiveres erfaringer*

med hospitalsarbejde Forthcomming. Praktiske Grunde. Tidsskrift for kultur- og samfundsvidenskab.

- Lipsky, M. 2010. *Street Level Bureaucracy*. New York: Russell Sage Foundation
- Nørrelykke, H. 2013. Socialrådgiverfagets opståen og udvikling. I *Socialrådgivning og socialt arbejde*, red. R.Porsborg, H. Nørrelykke og H. Antczak, 11-45. København: Hans Reitzel
- Petersen, K. A. 1997. *Sygeplejevidenskab - myte eller virkelighed? Om genese og struktur af feltet af akademiske uddannelser og forskning i sygepleje i Danmark. Ph.d. afhandling*. Aarhus: Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Aarhus Universitet.
- Petersen, O. K. 2011. *Konkurrencestaten*. København: Hans Reitzel.
- Politiken* 2003. Sygehuse fyrer socialrådgivere. 22. maj.
- Schrøder, I. og J. Bangshaab. 2012. Dilemmaer og spændingsfelter i rehabilitering. I *Sociologi og Rehabilitering*, red. I. Schrøder og K. Schultz Petersen, 289-312, København:Munksgaard.
- Thorfing, J. 2004. *Det stille sporskifte i velfærdsstaten*. Århus: Århus Universitetsforlag.
- Winter, S.C. & V.L. Nielsen. 2008. *Implementering af politik*. Århus: Academica
- Worning, A. 2002. 75 års socialpolitik set gennem Socialrådgiverforeningens briller, *Uden for nummer* 4:1-14.

