

Kandidatuddannelsen i socialt arbejde ved institut for Sociologi og Socialt arbejde.  
Aalborg universitet.

01.08.2017

# Hverdagslivets behov

- Undersøgelse af den kommunale ældreplejes understøttelse af den ældre borgers behov.

Marianne Aspegren Mortensen (20150862)

Vejleder: Kjeld Høgsbro

Anslag: 229.662

**Indholdsfortegnelse:**

<b>Abstract:</b> .....	<b>5</b>
<b>Resume:</b> .....	<b>6</b>
<b>Emner og problemstillinger:</b> .....	<b>7</b>
Udfordringer på ældreområdet:.....	7
Organisering af den kommunale indsats på ældreområdet: .....	8
Opgaveglidning i krydsfeltet mellem socialt og sundhedsfagligt arbejde:.....	8
Behov for øget opmærksomhed på ældres sociale behov:.....	9
Det sociale arbejde i ældreplejen: .....	11
Kan et øget fokus på medicinske tiltag og behandling være genererende for øgede sociale problemer hos den ældre borger med funktionsnedsættelse? .....	12
<b>Problemformulering:</b> .....	<b>14</b>
<b>Problemstilling:</b> .....	<b>14</b>
<b>Afgrænsning af problem:</b> .....	<b>15</b>
Fremgangsmåde: .....	17
Underspørgsmål: .....	17
<b>Antagelser og forventninger:</b> .....	<b>18</b>
<b>Metode og teorivalg:</b> .....	<b>19</b>
<b>Videnskabsteori:</b> .....	<b>19</b>
<b>Metode og design:</b> .....	<b>20</b>
Institutionel etnografi (IE): .....	22
Dataindsamlingsmetoder: .....	23
Omfang af empiri:.....	24
Udvælgelseskriterier: .....	25
Valg af setting:.....	25
Valg af område:.....	25
Valg indenfor området: .....	26
Tid:.....	26
Mennesker:.....	27
<b>Adgang til feltet:</b> .....	<b>31</b>

Feltrolle:.....	31
<b>Læringsprocessen mod etisk forskningsadfærd: .....</b>	<b>32</b>
<b>Formål og erkendelsesinteresse:.....</b>	<b>35</b>
Hvad kan specialet bruges til?: .....	35
<b>Specialets kvalitet: .....</b>	<b>35</b>
Validitet: .....	36
Reliabilitet:.....	37
Generaliserbarhed: .....	37
<b>Præsentation af det empiriske materiale:.....</b>	<b>38</b>
Observationer:.....	38
Det etnografiske interview .....	39
Dokumentstudier:.....	40
<b>Projektdesign: .....</b>	<b>42</b>
<b>Teori:.....</b>	<b>43</b>
<b>Erwind Goffman: .....</b>	<b>43</b>
<b>Pierre Bourdieus feltteori: .....</b>	<b>47</b>
<b>Analyse:.....</b>	<b>49</b>
Transskription af interviews: .....	49
Feltnoter: .....	50
Analysestrategi:.....	51
Analysens niveauer:.....	53
Analysens opbygning:.....	53
<b>Analysedel 1:.....</b>	<b>54</b>
Delkonklusion: .....	76
<b>Analysedel 2:.....</b>	<b>79</b>
Delkonklusion: .....	100
<b>Konklusion og perspektivering: .....</b>	<b>102</b>
<b>Perspektivering: .....</b>	<b>108</b>
<b>Anbefalinger:.....</b>	<b>108</b>
<b>Diskussion ift. metode: .....</b>	<b>110</b>

<b>Litteratur:</b> .....	<b>111</b>
Websider:.....	115
Love og cirkulærer:.....	116
<b>Bilagsoversigt:</b> .....	<b>117</b>

**Everyday needs**

- **A study of local authority care staff support of the needs of elderly citizens**

**Abstract:**

This field study examines the relationship between how local authority community care staff understand problems, and the needs of elderly citizens – in this case the elderly citizen with reduced physical function, still living at home and receiving home care.

The study has a profound ontological aim, which based on a critical realistic approach, seeks to uncover the needs of individuals, and care staff problem understanding, in an intransitive dimension.

It is based primarily on observational studies in a home care group practice, together with qualitative interviews with three senior citizens and three healthcare assistants.

The conclusion of the study shows that within the framework of local authority work with elderly citizens who have reduced physical function, there is a tendency to focus on the citizen's physical needs, while the social needs are overlooked.

An order of precedence occurs when considering the needs of individuals, where physical needs are seen as fundamental and worthy of action, whilst the holistic situation is forgotten.

This biological deterministic understanding can be seen within both the individual citizen and the care staff, and is formed by a number of translocal conditions including a social utilitarian tendency, and Taylorism of the elderly care system, with severe time management and focus on specific tasks related to the citizen's physical condition.

The study shows how the elderly citizen with reduced physical function, faces breaks in continuity in everyday life and altered living conditions, affecting their habitus and opportunities for actions related to everyday needs. One can see a need for maintaining and preserving social identity, as the citizen may struggle to act upon, and be proactive in relation to their identity. A need that increases as a result of the societal stigmatization of the unproductive citizen, resulting in the individual seeking recognition in other aspects of life. The lack of focus on these needs displayed by care staff creates adaptive reactions by the elderly citizen, making contact with care staff difficult. A social inequality is apparent among citizens, which is related to the individual's degree of attachment to their private networks.

In that care staff are not focused on the social and relational needs of the citizen, no compensatory measures are taken in relation to this social inequality on the part of the local authority, which is generating increased social inequality and social problems among elderly citizens.

## **Resume:**

Dette feltstudie undersøger forholdet mellem den kommunale hjemmeplejes problemforståelse og den ældre borgers behov – her den ældre hjemmeboende borger med fysisk funktionsnedsættelse, der modtager hjemmehjælp.

Undersøgelsen har et dybdeontologisk sigte, der ud fra en kritisk realistisk tilgang søger, at afdække borgerens behov og plejepersonalets problemforståelse i en intransitiv dimension.

Den baserer sig primært på observationsstudier i en udekørende hjemmeplejegrupes praksis samt kvalitative interviews med 3 ældre borgere og 3 social- og sundhedsassistenter.

Undersøgelsen konkluderer, at der i den kommunale indsats til den ældre borger med fysisk funktionsnedsættelse er en tendens til, at fokusere på borgerens fysiske behov, mens de sociale behov overses.

Der sker en rangordning af borgerens behov, hvor fysiske behov ses som grundlæggende og handlingsvejledende, mens helhedssituationen glemmes.

Den biologiske deterministiske forståelse ses både hos borgeren og plejepersonalet og formes af en række translokale betingelser bl.a. en samfundsmæssig utilitaristisk tendens og en taylorisering af ældreplejen med skarp tidsstyring og fokus på konkrete opgaver ift. borgers fysiske tilstand.

Undersøgelsen viser, hvordan den ældre borger med fysisk funktionsnedsættelse står overfor brud i hverdagen og ændrede livsvilkår, som påvirker dennes habitus og handlingsmuligheder ift. hverdagens behov. Der ses et behov hos borgeren for, at opretholde og bevare en social identitet, som denne har svært ved at handle på og være opsøgende i forhold til. Et behov som øges af en samfundsmæssige stigmatisering af den uproduktive borger, som dermed søger anerkendelse i andre forhold i livet. Plejepersonalets manglende fokus på disse behov hos borgeren skaber tilpasningsreaktioner hos borgeren, som besværliggør kontakten med plejepersonale. Der ses en social ulighed blandt borgerne, som følger borgerens grad af tilknytning til deres private netværk.

I og med, at der hos plejepersonalet ikke er fokus på sociale og relationelle behov hos borgeren sker der ingen kompenserende tiltag ift. denne sociale ulighed fra kommunal side, hvilket bliver genererende for øget social ulighed og sociale problematikker hos den ældre borger.

## **Emner og problemstillinger:**

### **Udfordringer på ældreområdet:**

Ældreområdet står i dag overfor flere udfordringer. Den demografiske udvikling går mod en stadig større gruppe af ældre mennesker over 80 år, samtidig med, at den erhvervsaktive gruppe falder.

Ældreplejen bliver i Danmark i overvejende grad varetaget af offentlige institutioner, hvilket udfordrer de offentlige budgetter.

Den kommunale ældrepleje er i dag udfordret, ikke kun igennem den demografiske udvikling, men også igennem en opgaveglidning i feltet, der sker som følge af visionen om ”det nære sundhedsvæsen”, hvor behandlingen af sygdomme flyttes tættere på borgerens eget hjem, med det formål at øge borgerens varetagelse af egen sygdom (sst.dk 2012, s. 4).

”Kommunerne løser i stigende grad nye og mere komplekse pleje- og behandlingsopgaver. Hurtigere udskrivninger og en markant omlægning fra stationær til ambulant behandling på sygehusene betyder, at kommunerne i større og større omfang løser sundhedsopgaver. Det vil fortsætte i de kommende år.”(kl.dk 2010, s. 3)

Som en del af løsningen på disse udfordringer beskrev Hjemmehjælpskommissionen i 2011 nødvendigheden af et paradigmeskifte i den kommunale ældrepleje, hvor det anbefales at den ressourcestærke ældre borger, rehabiliteres til at være selvhjulpeth længst muligt. (Børner et al. 2013, s. 14)

I 2015 blev det lovpligtigt for kommunerne, at tilbyde den hjælpsøgende borger med funktionsnedsættelse et rehabiliteringsforløb. (SEL 2017, § 83a stk 1 og 2)

Hjemmeboende ældre med behov for hjælp til praktiske gøremål eller personlig omsorg – dvs. alle ydelser der visiteres ud fra serviceloven - skal, som følge heraf, igennem en prøvning i samarbejde med en afklaringsterapeut, hvor der vurderes om der er mulighed for, at borgeren kan hjælpes til selvhjulpethed. Dette igennem et rehabiliteringsforløb, med overvejende fokus på den fysiske krop og den ældres fysiske formåen. (Rostgaard & Graff 2016, s. 9, Børner et al. 2013, s. 58)

I dag er det som følge af denne udvikling kun den svageste ældre borger der modtager varig hjemmehjælp efter serviceloven, mens sundhedsydelse, som følge af opgaveglidning fra sygehusvæsenet til borgerens eget hjem, bliver stadig mere dominerende i den kommunale ældrepleje. (Bernhard et al. 2012, s. 16)

### **Organisering af den kommunale indsats på ældreområdet:**

Organiseringen af den kommunale indsats på ældreområdet har igennem tiden gennemgået talrige forandringer i takt med den velfærdsstaslige udvikling.

Socialpolitikken er i dag præget af en neoliberalistisk og utilitaristisk tradition, (Jensen og Preur 2015, s. 159) som har haft konsekvenser for ældreområdet.

I kølvandet på en række neoliberalistiske reformer, som under en samlet betegnelse kaldes New Public Management, skete der i 1980'erne en modernisering af de offentlige ledelsesmetoder til markedsøkonomiske ledelsesstrategier, inspireret af det private erhvervsliv. Der blev sat fokus på konkurrence og på borgerens retssikkerhed. Konsekvensen heraf blev en taylorisering af ældreområdet. (Liebst & Monrad 2008)

I 2003 blev det vedtaget, at alle landets kommuner skulle organisere ældreområdet efter den såkaldte BUM model, hvor en opdeling i feltet i en Bestiller, Udfører og Modtager del, fandt sted, ligeledes blev ”fælles sprog” indført – et kategoriseringssystem til bestemmelse af borgers behov ud fra tidssatte indsatser. Dette betyder, at kortlægningen og kategoriseringen af borgerens behov, samt tidssættelse af indsatsen i borgerens hjem i dag sker af en myndighedsperson, der ikke er tilstede i plejesituationen.

Endnu en konsekvens af denne markedsgørelse er en udlicitering af ældreplejen og dermed en indførelse af et konkurrerende element. (kl.dk 2006, s. 4-5)

### **Opgaveglidning i krydsfeltet mellem socialt og sundhedsfagligt arbejde:**

Den kommunale hjemmepleje agerer i krydsfeltet mellem det sociale og det sundhedsfaglige arbejde – et krydsfelt hvor udmøntningen af 2 forskellige lovgivninger med forskelligt formål finder sted. En sundhedslovgivning, med formålet at forebygge og behandle sygdom (jvf. SUL 2016, §1) og en sociallovgivning med fokus på at forebygge sociale problemer. (jvf. SEL 2017, §1).



Der er i dag stor fokus på behovet for sundhedsfaglige og teknologiske kompetencer hos kommunens social- og sundhedspersonale, der arbejder i krydsfeltet mellem det social- og sundhedsfaglige område. KL skriver i deres ældrepolitiske udspil således:

*”I de kommende år vil det være nødvendigt at vurdere, om det er den rigtige personalesammensætning kommunerne har. Med de mange nye sundhedsopgaver vil der blive behov for flere sundhedsfaglige kompetencer.”* (kl.dk 2010, s. 14.)

En undersøgelse fra FOA fra 2016 viser, at der i ældreplejen i dag ”skæres ind til benet” – antallet af ansatte hjemmehjælpere er fra 2000 – 2015 faldet. Her ses det endvidere at personalesammensætningen ændrer sig. Der ses i samme periode en stigning i antallet af social- og sundhedsassistenter, mens ansatte social- og sundhedshjælpere er faldet. (FOA.dk 2016, s. 3)

I og med at flere og flere sundhedslovsydelser overgår til hjemmeplejen er bekymringen her, om der i feltet er opmærksomhed på såvel servicelovens (Lov om social service) som sundhedslovens overordnede indsatsområder og hvorledes vægtningen heraf sker.

### **Behov for øget opmærksomhed på ældres sociale behov:**

Den kommunale indsats synes, at have hovedvægt på den ældre borgers fysiske funktionsnedsættelse, mens opmærksomheden på borgerens psykiske og sociale funktion er mindre. Hjemmehjælpskommissionen henviser til en kortlægning, der viser at:

...kommunernes forebyggelsesindsatser i overvejende grad er rettet mod borgerens fysiske funktionsniveau og i mindre grad mod borgerens sociale og psykiske funktionsniveau. Det er således ofte borgerens fysiske funktionsniveau, der er årsagen til, at der iværksættes en forebyggende indsats, men indsatsen kan også have et socialt eller psykisk aspekt. (Børner et al. 2013, s. 58)

Samme kortlægning viser, at særlig 5 kerneproblematikker var fremtrædende og vigtige i forebyggelse af funktionsnedsættelse hos den ældre borger. ”Fysisk inaktivitet, fald, fejllærning, kognitiv funktionsnedsættelse og social isolation og ensomhed.” (Ibid s. 57)

Flere undersøgelser peger i dag på nødvendigheden af en opmærksomhed på den ældre borgers sociale behov – bl.a. skriver Jens Kofod, ph.d. ved det samfundsfaglige og pædagogiske institut, i sin bog ”Gamles sociale liv”, hvordan den ældre gradvist mister meningen med livet, når det sociale

liv, som følge af sundhedsmæssige og kropslige barrierer i form af fysiske funktionsnedsættelser, dør ud. Han problematiserer over den offentlige debats fokus, som han mener, helt overser den ældres behov for sociale tiltag.

Debatten præges hovedsagelig af Hjemmehjælpskommissionens og Produktivitetskommissionens oplæg til yderligere rehabilitering og mere velfærdsteknologi i de gamles hjem. Men oplæggene overser – og risikerer at forværre – de gamles oplevelse af social død, fordi de gamle med velfærdsteknologi og rehabilitering isoleres i eget hjem og fra de sociale fællesskaber i længere tid, end det i dag er tilfældet. (Kofod 2015, s. 8)

Særlig den understimulerede identitetsfølelse hos den ældre fremhæves i Kofods undersøgelse. Identitetsfølelsen er tæt knyttet til den sociale kontakt med andre, ligeledes er det præsentable hjem, hvor det er muligt at invitere gæster ind, tæt knyttet til den ældres følelse af fortsat, at kunne bidrage til og leve et aktivt socialt liv.

Mange ældre oplever manglende evne til, at gå nogen steder grundet deres fysiske funktionsnedsættelse.

Sundhedsstyrelsen har nyligt udgivet rapporten ”Styrket indsats mod ensomhed hos ældre mennesker med megen hjemmehjælp”, hvor det synliggøres, hvordan det netop er gruppen af ældre der modtager hjemmehjælp, som oplever ensomhed – dette fordi det primært er borgeren med helbredsmæssige problemstillinger og fysiske funktionsnedsættelser, der modtager hjemmehjælp og fordi disse helbredsmæssige barrierer, begrænser deres mulighed for at opretholde et socialt liv.

I rapporten pointeres vigtigheden af, at have fokus på ensomhed, da:

...de personlige og menneskelige omkostninger ved ensomhed er store. Forskning viser, at ensomhed øger risiko for en for tidlig død, men samtidig også er prædikator for en lang række sygdomme såsom hjerte-kar-sygdomme, demens, depression mm. (sst.dk 2016, s. 5)

Ligeledes er ensomhed dyrt for samfundet – der anslås, at ensomhed er skyld i 26.000 somatiske indlæggelser og 3800 psykiatriske indlæggelser.

I rapporten peges der på vigtigheden af den fortrolige relation mellem den ældre borger og hjemmeplejen og på vigtigheden af, at hjemmeplejen generelt har en høj faglighed ift. borgerens sociale behov (sst.dk 2016, s. 5-8)

I rapporten anbefales en kommunal indsats med fokus på ”en stærk relation mellem medarbejder og hjemmehjælpsmodtager, høj faglighed hos medarbejdere om sociale behov og klar organisatorisk og ledelsesmæssig understøttelse.” (Sst.dk 2016, s. 11) Der pointeres vigtigheden af, at have et fagligt fokus på betydningen af relationen, opsporing af ensomhed og dokumentation af indsatsen ift. borgerens sociale behov.

Med henvisning til opgaveglidningen på ældreområdet rejses her spørgsmål om hvordan den kommunale ældrepleje formår, at varetage de komplekse sundhedsfaglige opgaver, med behandlingsmæssigt fokus og samtidig have en faglig opmærksomhed på den ældre borger med fysisk funktionsnedsættelses sociale behov?

### **Det sociale arbejde i ældreplejen:**

Arbejdet i krydsfeltet er, som tidligere nævnt karakteriseret ved en udmøntning af både sundhedsloven og servicelovens indsatsområder. Dette betyder, at hjemmeplejen i praksis må varetage både sundhedsfagligt og socialt arbejde hos borgeren og dermed have øje for såvel borgerens sygdomsmæssige behov som sociale behov, der følger af borgerens manglende mulighed for, at bibeholde et socialt liv på trods af nedsat fysisk formåen.

Det socialt arbejde, er et meget omdiskuteret og svært definerbart felt, som igennem tiden er blevet forsøgt defineret på forskellige måder. Marianne Skytte kommer med et bud på en definition der lyder således: ”socialt arbejde er karakteriseret ved indsatser, som sigter mod, at muliggøre alles deltagelse i samfundet.” (Skytte 2013, s.11). Det sociale arbejdes fokusområder er menneskerettigheder og bekæmpelse af bl.a. social ulighed i samfundet og feltet er foranderligt, mangefacetteret og svært at indfange.

Det sociale arbejdes kompleksitet kan blive genstand for reducerende logikker i samfundet.

Skytte nævner, at det sociale arbejde i dag er præget af en socialpolitisk

”problemløsningstankegang” – en tankegang, der kendetegnes ved, at sociale problemer reduceres fra ”vilde” problemer til ”tamme” problemer. Dermed går der en dimension tabt – den

”omgestaltende” dimension – en dimension der omfatter arbejdet med borgerens sværeste og mest

komplekse forhold i livet, hvor et distanceret og objektivt forhold til borgeren ikke rækker. Mange sociale problemer er af kompleks art og kan ikke passes ind i den herskende problemløsningstankegang. Skytte nævner, at faren i den socialpolitiske og objektiviserende debat er, at hjælperen henfalder til ”distancens imperativ” – ”en flugt til enten- eller- ideologier og halverede menneskesyn.” (Ibid s. 26)

Spørgsmålet er om der, som følge af opgaveglidningen i krydsfeltet, kan være tendenser til en overvejende objektiviserende problemforståelse, der kan indeholde en fare for, at holde fokus på medicinske problematikker og overse problemstillinger af social art hos borgeren med fysiske funktionsnedsættelser?

### **Kan et øget fokus på medicinske tiltag og behandling være genererende for øgede sociale problemer hos den ældre borger med funktionsnedsættelse?**

Som nævnt i sundhedsstyrelsens rapport fører manglende sociale relationer og opfyldelse af sociale behov hos den ældre borger til øgede omkostninger, både personligt for borgeren, men også i samfundet generelt. Dette hænger sammen med, at manglende opfyldelse af sociale behov hos borgeren fører til fysiske og psykiske lidelser.

Der er i dag kommet fokus på sammenhængen mellem menneskets psykologiske, biologiske og sociale situation og på vigtigheden af, at have øje for helheden.

Sundhedsområdet har dog igennem tiden dog været genstand for stor kritik for et biologisk og medicinsk fokus og der er gennem de sidste år gjort flere tiltag for, at integrere sociale forhold i definitionen af sundhed og sygdom. (Kurth 2013, s. 35-50)

Og netop et medicinsk og biologisk fokus kan være bærer af en individorienteret tendens til at se funktionsnedsættelse som ”borgerens eget problem” – en individualisering der kan være i fare for at lade borgeren alene med de omsiggribende konsekvenser en funktionsnedsættelse kan bære med sig.

Den medicinske paradigme har historiske rødder i strukturfunktionalismen, hvor funktionsnedsættelser blev set, som en afvigelse fra normen og en belastning for den sociale orden. Borgeren med funktionsnedsættelse blev underlagt en sygerolle, hvor denne tog imod ordre fra lægen og blev underlagt dennes objektiviserende vurdering. (Thomas 2007, s. 16-18)

Der beskrives i dag 2 overordnede tendenser i samfundets forståelse af funktionsnedsættelse - den sociale og den medicinske model.

I den sociale model, skelnes der mellem *funktionsnedsættelse*, som den fysiske begrænsning for individet, og *handicap*, som de barrierer der er i omgivelserne, som begrænser individets handlemuligheder. Problemforståelsen er, at handicap skabes af omgivelsernes mangler og indsatser i fht. funktionsnedsættelsen retter sig mod disse barrierer i omgivelserne. Der er her et fokus på strukturelle forholds betydning og vigtigheden af, at indrette omgivelserne, således at borgeren med funktionsnedsættelse får de samme muligheder som borgeren uden funktionsnedsættelse.

I den medicinske model ses handicap som et produkt af borgerens funktionsnedsættelse, knyttet til en kropslig eller mental anormalitet hos den enkelte. I den medicinske model er problemforståelsen, at handicap er skabt af den enkeltes kropslige begrænsninger og indsatser er rettet mod individet, uden øje for omgivelserne. Der er her et individorienteret fokus, hvor borgeren ses som værende i en uheldig situation, som er knyttet til personen. Omgivelserne ses ikke som en del af dette og personen hjælpes bedst muligt ud fra individorienterede indsatser og lades alene med konsekvenserne af funktionsnedsættelsen. (Kurth 2013, s. 35-50)

Ringø og Høgsbro bekræfter, at rehabiliteringsområdet fra 80'erne og frem har været præget af et post-ontologisk menneskesyn, hvor problemforståelsen er individorienteret og præget af en ide om, at borgerens problemer kan løses ud fra et fokus på individet. Dette er et overfladisk syn, hvor konsekvensen kan være, at den professionelles antagelser om borgerens problemstillinger ikke stemmer overens med borgerens faktiske problemer og behov. (Ringø og Høgsbro 2015, s. 282)

Opgaveglidningen fra sygehuset til kommunen gør, at der i ældreplejen er stadig flere arbejdsopgaver med et behandlende og medicinsk fokus. Dette kan indeholde visse faldgrupper. Sygdomsbehandlingen har rod i et biologisk paradigme, hvor observation, beskrivelse af symptomer og diagnostisering er centralt – et fokus der stemmer godt overens med den førnævnte problemløsningstankegang i samfundet. Spørgsmålet er om dette fokus kan skabe logikker på ældreområdet, som overskygger en samtidig opmærksomhed på sociale strukturers indflydelse og det relationelle arbejdes betydning for borgerens livskvalitet og trivsel.

Som det synliggøres af ovenstående er der mange faktorer der indvirker på den kommunale indsats på ældreområdet. Opgaveglidningen, der bringer stadig flere medicinsk orienterede opgaver i feltet,

socialpolitiske strømninger, med en fristende problemløsningstankegang, der spiller godt sammen med det medicinske og behandlende fokus, samt markedsgørelsen og den skarpe tidsstyring af plejeopgaverne.

Flere studier har set på hvilke konsekvenser markedsgørelsen og den skarpe styring af ældreområdet har for udmøntningen af plejen (Skov 2001, Liebst & Monrad 2008, Møller et al. 2014). Møller et al. beskriver hvorledes udliciteringen af hjemmeplejen både udfordrer hjemmeplejens arbejdsforhold og selve orienteringen og indholdet i plejen. (Møller et al. 2014, s. 85) Liebst & Monrad konkluderer, at der foregår *en kamp i det stille*, hvor hjemmeplejerne tager sagen i egen hånd, og bryder med arbejdsinstrukserne. (Liebst & Monrad 2008, s. 69), hvilket resulterer i et råderum for større skøn og ”selvstyring” i praksis, samt en usynliggørelse af de faktiske forhold i hjemmeplejen.

## **Problemformulering:**

### **Problemstilling:**

I ovenstående problemfelt peges der på den fysiske funktionsnedsættelses indgribende konsekvenser for den ældre borgers sociale liv.

Jeg finder det her interessant, at undersøge den ældre borger med fysisk funktionsnedsættelses behov og hvorledes hjemmeplejen formår, at have et helhedsorienteret syn på såvel borgerens fysiske, psykiske og sociale behov, samt fokus på både den sundhedsfaglige og den sociale indsats i plejen af den ældre borger med fysisk funktionsnedsættelse.

Dette leder mig til følgende problemformulering:

Hvilket forhold er der mellem plejepersonalets problemforståelse og den ældre borgers behov, når det drejer sig om den ældre hjemmeboende borger med fysisk funktionsnedsættelse.

Med udgangspunkt i problemformuleringen og på grundlag af problemfeltet har jeg haft følgende uddybende spørgsmål, som jeg ønsker at få svar på i mit speciale:

1. Hvordan ser plejepersonalet på det sociale aspekt af plejen, hos den ældre borger med fysisk funktionsnedsættelse og hvilken rolle oplever plejepersonalet at have ift. borgerens sociale begrænsninger?
2. Er der behov og problemstillinger hos den ældre borger med funktionsnedsættelse, som overses i plejen?
3. Hvorledes påvirker de socialpolitiske tendenser, mødet mellem hjemmeplejen og den ældre borger med fysisk funktionsnedsættelse?
4. Er der i praksis såvel et fokus på individet, som et fokus på strukturelle forhold med betydning for borgerens udfordringer og behov i dagligdagen?
5. Kan der være uforudsete konsekvenser af den samfundsmæssige udvikling, som kan være medvirkende til, at generere øgede sociale problemer blandt ældre borger med fysisk funktionsnedsættelse?

Hypotesen er her, at den kommunale indsats på ældreområdet hovedsaglig bygger på et medicinsk og sundhedsfagligt grundlag. Dette præger plejepersonalets problemforståelse og gør at synet på borgerens sociale trivsel træder i baggrunden.

#### **Afgrænsning af problem:**

Jeg vil i det følgende afgrænse og dermed tydeliggøre mit fokus for mit speciale ved, at uddybe elementer i min problemformulering.

Grunden til, at jeg i mit speciale har valgt, at begrænse mit fokus til den *ældre* hjemmeboende borger med fysisk funktionsnedsættelse og ikke til den hjemmeboende borger med fysisk funktionsnedsættelse generelt er, at der i samfundet i dag er en forskel på den ældre borgers muligheder ift. den yngre borger, hvilket nødvendiggør en skelnen i forskningsmæssig sammenhæng, idet sammenligning ikke er hensigten. Et eksempel på denne forskel i muligheder er en lovgivningsmæssige skelnen, hvor bostøtte- og ledsagerordninger (SEL 2017 §97), frafalder efter pensionsalderen (67+).

Mit fokus er på den ældre borger med fysisk funktionsnedsættelse, som i hverdagslivet står overfor en kropslig begrænsning, der har betydning for dennes sociale udfoldelse og deltagelse i samfundet. Et fokus på, om der i plejen er plads og rum for andet end den fysiske begrænsning og hvorvidt der er øje for borgerens risiko for social mistrivsel, såsom social isolation og ensomhed.

Elementet *funktionsnedsættelse* ses her som den objektive konstaterbare nedsættelse af borgerens funktionsniveau.

Forståelsen af funktionsnedsættelse refererer til ICF's model af borgerens samlede funktionsniveau. Funktionsniveauet betegnes her, som et samspil mellem såvel borgerens funktionsevne og kontekstuelle faktorer. (WHO 2001, s. 10)

*Behov* et svært målbart begreb. Det er ligeledes en indikator der ofte bruges i sundhedsfaget. Det teoretiske grundlag herfor, der stadig bruges indenfor bl.a. grunduddannelserne for social og sundhedsassistenten, er den amerikanske psykolog, Abraham Maslows, behovspyramide. (Melbye 2015, s. 158-160) Her stilles menneskelige behov hierakisk op, med fysiske/kropslige behov som grundlæggende, herefter behov for sikkerhed, sociale behov, egobehov og selvrealisering.

Dette afspejler en særlig institutionel logik, som igennem tiden har domineret det sundhedsfaglige område. En biomedicinsk logik, hvor behov rangordnes og de fysiske behov stilles over andre behov.

Mit perspektiv er her er andet - et sociologisk perspektiv på behov, som bygger på Erik Allards opfattelse af at behovsopfyldelse, er en betingelse for velfærd hos individet. Allard opererer med 3 overordnede behov i sin velfærdsteori.

- "At have", som refererer til borgerens levkår – såsom helbred, uddannelse, økonomi.
- "At elske", som refererer til borgerens sociale netværk og følelsesmæssige relationer.
- "At være", som refererer til borgerens status, anseelse og uerstattelighed.

(Allardt 1975, s. 36)

Menneskelige behov ses her som betingede af hinanden og tæt sammenvævede.

Mit fokus på borgerens behov udspringer af en behovsorienteret velfærdsforståelse, hvor mennesket ses som et socialt og samarbejdende væsen, der ufrivilligt kan være i en situation hvor dennes behov ikke dækkes. (Jensen 2005, s. 19)

Endnu et element der må uddybes er aktøren *plejepersonalet*. Ordet personale omfatter en samlet gruppe eller arbejdsstyrke, bestående af flere individer. Jeg vælger, at se på personalet som en samlet gruppe, da min interesse er på de særlige kendetegn, som gruppen repræsenterer.



Jeg har valgt, at arbejde med plejepersonalets *problemforståelse*.

Problemforståelse omfatter iflg. Guldager en forforståelse ift. en given social problematik, som bygger på et overordnet menneske- og samfundssyn. En konkret problemforståelse, der dannes i et samspil mellem fagpersonens viden om (teoretisk og praksis viden), opfattelse af og kontakt med den konkrete borger. (Guldager 2000, s. 233-234)

Problemforståelsen er en dynamisk og påvirkelig størrelse og ikke en fastlåst forståelse. Guldager beskriver problemforståelsen således:

... der gives ingen færdige eller objektivt holdbare forståelser af eller forklaringer på de forskellige sociale problemers karakter eller baggrund. De skifter historisk og der er snarere tale om at forskellige problemforståelser kæmper indbyrdes i forsøg på at blive accepterede. Disse kampe om ”den rette problemforståelse”, om sandhedsregimerne, som Foucault (1994) benævner dem, eller om doxa<sup>7</sup>, som Bourdieu (1996b) kalder dem, foregår på mange niveauer. (...)Ofte giver forskellige problemopfattelser sig udslag i forskellige typologiseringer eller klassifikationer af sociale problemer og klienter.(Guldager 2002, s. 3)

Ud fra denne definition er problemforståelse en ikke isoleret størrelse, som påvirkes af de institutionelle omgivelser som plejepersonalet arbejder indenfor. At undersøge problemforståelsen hos plejepersonalet, må derfor også indbefatte en opmærksomhed på de institutionelle rammer for plejen og samfundets problemforståelse generelt.

Forståelsen af sociale problemer hos plejepersonalet er af afgørende betydning for hvilke handlingstendenser og forebyggende tiltag, der iværksættes i kontakten med borgeren.

### **Fremgangsmåde:**

### **Underspørgsmål:**

Til besvarelse af min problemformulering, har jeg formuleret følgende underspørgsmål.

- Hvilke behov tillægges størst betydning hos den ældre borger med fysisk funktionsnedsættelse?

- Hvordan er plejepersonalets problemforståelse?

Både begrebet behov og begrebet problemforståelse er brede og svært målbare størrelser. For at afgrænse disse yderligere, har jeg til besvarelse af underspørgsmål 1 anvendt Allards 3 behov, ”at have”, ”at elske” og ”at være” som overordnede pejlemærker. Ligeledes har jeg til besvarelse af underspørgsmål 2 anvendt Gulagers definition af de elementer, som danner en konkret problemforståelse: ”viden om”, ”kontakt med” og ”opfattelse af” borgeren, som pejlemærker.

De ovennævnte teoretiske begreber har været udgangspunktet for bearbejdningen af empirien.

### **Antagelser og forventninger:**

Inden indledningen af mit feltstudie er der foretaget en del teoretiske studier, som har været med til at forme undersøgelsen og det hypotetiske udgangspunkt for denne.

Den teoretiske interesse har, som følge af min baggrund som sundhedsperson, kredset om den biomedicinske dominans i dagens samfund. Dette udfra studier af Foucaults biomagt, som en styrende magtform der søger at styre samfundsborgeren mod en sund livsudøvelse og en selvdannelse der skaber produktive og selvstyrende samfundsborgere. Ligeledes har jeg beskæftiget mig med Nikolas Roses beskrivelser, af hvordan der i dag sker en samfundsudvikling, hvor etikken somatiseres og hvor opfattelsen af mennesket, som indeholdende et indre og dybt psykologisk rum bliver fladere – hvor der knyttes ”direkte forbindelser mellem det vi gør – den måde vi opfører os på – og det vi er”. (Rose 2009, s. 55)

Jeg har valgt at gå eksplorativt til værks i undersøgelsen, og i mit indledende feltarbejde erfarede jeg, at det kritiske blik, som disse teorier repræsenterer gjorde mig blind på andre aspekter af praksis.

Jeg forsøgte derfor, at sætte forforståelsen i baggrunden og åbne mig for feltet og dermed de nuancer der viste sig.

Ikke desto mindre har min kritiske forforståelse spillet en rolle ift. specialets fokus.

Den overordnede forforståelse, som jeg har nærmet mig feltet med er, at der med det nære sundhedsvæsens visioner og opgaveglidningen på ældreområdet sker en sundhedsfaglig

kolonisering af det sociale felt og at vægtningen af relationelle og sociale forhold udfases som del af denne kolonisering.

En overordnet og kritisk grundantagelse for specialet er endvidere, at den socialpolitiske retning og fokus i dag rummer stigmatiserende tendenser overfor vores samfunds ”uproduktive” ældre borgere, som ikke er til gavn for arbejdsmarkedet mere.

## **Metode og teorivalg:**

### **Videnskabsteori:**

Inden jeg går videre med mine empiriske overvejelser vil jeg her gennemgå relevante overvejelser ift. den kritiske realisme, som er det videnskabsteoretiske grundlag, som min tilgang til feltet hovedsagelig er inspireret af.

Dette grundlag har været retningsgivende for min problemformulering og for de valg jeg har truffet igennem mit speciale.

Den kritiske realisme blev udviklet i 1970'erne, af den engelske filosof Roy Bhaskar. Den blev udviklet som en opposition til det positivistiske perspektiv, som på daværende tidspunkt var dominerende indenfor samfundsvidenskaberne.

Ønsket i specialet er, at identificere det valgte felts problematikker ud fra de involverede aktørers perspektiv heraf, samt at afdække en problemforståelse hos plejepersonalet, som indeholder bagvedliggende strukturer og generative mekanismer, der ikke umiddelbart lader sig observere.

I den kritiske realisme ses det, som et vigtigt formål at ”formulere samfundskritik og medvirke til at skabe progressive sociale forandringer”. (Buch-Hansen og Nielsen 2012, s. 279)

Udgangspunktet for den kritiske realisme er, at der uafhængigt af vores viden eksisterer en virkelighed – en objektiv virkelighed, som er genererende for den virkelighed som vi har viden om. De to virkeligheder kalder Bhaskar for den transitive og den intransitive dimension. Der sondres skarpt mellem den viden vi har om verden (den transitive dimension) og verden som den er, uafhængigt af vores viden, (den intransitive dimension) og der pointeres at ”samfundsudviklingen i høj grad afhænger af forhold, som vi ikke ved noget om, eller misforstår”.(Ibid, s. 281)

Formålet med vidensproduktion er ifølge den kritiske realisme, at blive klogere på den transitive dimension, ved at afdække genererende mekanismer i den intransitive dimension.

Ifølge kritisk realisme består verden af 3 forskellige domæner: Det empiriske domæne hvor vores sansede observationer og erfaringer findes, det faktiske domæne, hvor eksisterende fænomener (såvel erfarede som uerfarede) sker og det dybe domæne hvor mekanismer, der ikke umiddelbart er synligt for observation, finder sted. (Ibid. s. 282)

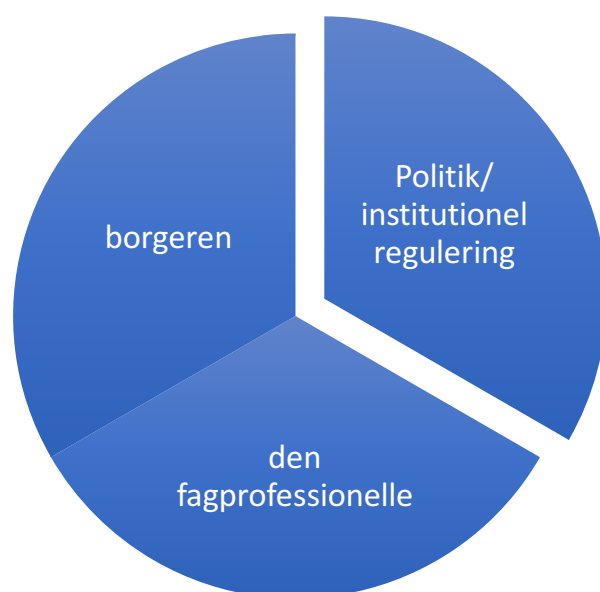
Mit fokus i specialet vil hovedsagligt være på det dybe domæne, hvilket jeg ønsker at afdække gennem en thick description af det valgte felt.

Den kritiske realismes kritiske element består, meget lig marxismen, i at søge en vidensproduktion, der med et frigørende sigte afdækker undertrykkende elementer og dermed bidrage til en udvikling. I diskussionen om strukturalisme kontra individualisme, pointerer den kritiske realisme, at strukturelle forhold er både begrænsende og muliggørende for social handlen. Strukturerne er dog aldrig determinerende i og med at aktørerne, indenfor givne strukturelle forhold i tid og rum, har handlemuligheder. Dog er der varians i menneskelige egenskaber, som påvirker disse handlemuligheder. (Ibid. s. 293)

I den kritiske realisme ses vidensproduktion, som en proces der aldrig sker i et tomrum. ”Alle teorier, forklaringsmodeller og empiriske undersøgelser forholder sig implicit eller eksplicit til den eksisterende viden” (Ibid. s. 301).

### **Metode og design:**

Mit valg af metode er gjort på baggrund af min problemstilling og på baggrund af min videnskabsteoretiske tilgang, hvor fokus er på det dybe domænes genererende mekanismer. Mit ønske er, at undersøge plejepersonalets problemforståelse, som i høj grad knytter sig til de institutionelle rammer denne udspringer af, og hvorledes denne forståelse står i forhold til borgerens behov. Dette kræver involvering af 3 forskellige perspektiver og aktører i feltet, nemlig borgerens, den fagprofessionelles samt et politisk perspektiv.



Jeg har her valgt, at arbejde ud fra en kvalitativ tilgang, da mit ønske er en dybdegående viden, vel vidende at der heri ligeledes ligger et fravalgt af den kvantitative tilgangs breddegående viden om forholdenes udbredelse.

Som tidligere nævnt er både behov og problemforståelse svært målbare og ikke umiddelbart observerbare og synlige for aktørerne, der fungerer i praksisfeltet og kulturen her. Begreberne indeholder og omfattes af grundlæggende antagelser - og i mit valg af metodisk tilgang har overvejelserne derfor været på hvorledes det er muligt, at observere grundlæggende ubevidste, usynlige antagelser og forhold i et praksisfelt?

Dette har den etnografiske tilgang et svar på. Etnografiens sigte er, at afdække kulturer - at beskrive menneskelige normer, rutiner og tankegange – og reproduktion af disse – gennem beskrivelser af en konkret virkelighed. Etnografiens metode er, at undersøge et felt ”indefra”, ved at ”bosætte sig i feltet” og gennem observationer og samtaler, at afdække kulturers måde at se på verden på. (Hammersley & Atkinson 2007, s. 8-10)

Erkendelsesinteressen i problemformuleringen er, at afdække problemforståelsen på ældreområdet, som velfærdsinstitution, og sætte denne i forhold til borgerens behov i hverdagslivet. Dette har ledt mig til den institutionelle etnografi.

**Institutionel etnografi (IE):**

IE er udviklet af Dorothy Smith og er en metode der er særligt velegnet til, at undersøge og analysere komplekse organisationer. IE er sammensat af en etnografisk tilgang og en nyere organisatorisk tilgang (ny-institutionel organisationsteori) (Bjerg og Villadsen 2006, s. 10)

I den nyere institutionelle organisationsteori ses den komplekse organisation, ikke som en stationær størrelse, men som et flydende netværk af systemer uden en bestemt lokalisation. Som eksempel kan hjemmeplejens organisering altså ikke siges, at have fysisk hjemme på vagtkontoret eller i borgerens hjem. Betydningsproduktionen i organisationen er spredt udover flere forskellige lokaliteter og elementer – i borgers hjem, på vagstuen, på leders kontor, myndighedsafdelingen, regulerende tekster o.s.v. Organiseringen kan siges, at være multi lokal. (Jacobsen 2006, s. 111-130)

Dorothy Smiths udgangspunkt for udviklingen af den institutionelle etnografi stammer fra 1960érnes feministiske bevægelse. Hun ønskede, at finde et alternativ til den objektiviserende forskningsdiskurs, som på daværende tidspunkt var dominerende indenfor samfundsvidenskaberne. (Smith 2005, s. 10)

Som nævnt er undersøgelsens udgangspunkt den etnografiske idé om, at undersøge feltet ”indefra”. I IE betyder dette, at udforskningen af feltet starter med borgerens perspektiv og herudfra kortlægger rammer og de såkaldte translokale betingelser. (Høgsbro, Eskelinen, Andersen og Bergen 2013, s. 34) Det translokale felt, indeholder influerende aktiviteter, der involverer aktører, som ikke er synlige og kendte for aktørerne i den konkrete setting. (DeVault & McCoy 2012, s. 382)

Dorothy Smith er optaget af det, som hun kalder ”the ruling relations”, som hun beskriver som en karakteristisk måde at organisere samfundet på, som i slutningen af 1900 tallet vandt frem i de vestlige samfund. Hun er her inspireret af Michel Foucaults forståelse af diskurser og den særlige magt diskurser repræsenterer. (Smith 2005, s. 17)

“The ruling relations are forms of consciousness and organisation, that are objektified in the sense that they are constituted externally to particular people and places”. (Ibid, s. 13)

Relationer, der ifølge Dorothy Smith er objektiverende og skaber subjektpositioner og professionelle diskurser i det institutionelle felt. Relationerne er translokale og kan ikke observeres fra et "dagligdagsperspektiv". (Ibid s. 13)

Dorothy Smiths institutions begreb referer ikke til en særlig organisering, men peger opmærksomheden hen på koordinerende og sammenfaldende/krydsende processer og handlinger indenfor forskellige "sites".

"Obviously, institutions cannot be studied and mapped out in their totality..." (DeVault og McCoy 2006, s. 17). Institutionen kan ikke indfanges og afgrænses – målet med undersøgelsen er, at undersøge et lille afgrænset område indenfor organisationen, og synliggøre områdets institutionelle antagelser og disses sammenhæng med andre områder og interaktioner. (Ibid. s. 17)

Den institutionelle etnografi "er ikke bundet til en bestemt sociologisk teori eller undersøgelsesmetode", men beskrives som "udforskning af det moderne samfunds institutioner, som trækker på etnografiske traditioner for samfundsvidenskabelige undersøgelser". (Høgsbro og Burholt 2015, s. 27) Dorothy Smith ligger dog stor vægt på omhyggeligheden ift. at undersøge det institutionelle felt i dybden, inden en teoretisk fortolkning sker.

Det må her bemærkes, at mit speciale, modsat det etnografiske studie, er foregået over en relativt begrænset tidsperiode.

Slutningsformen i den etnografiske undersøgelse ligger op til en abduktiv bevægelse mellem teori og praksis, men af ovennævnte tidsmæssige årsager reduceres denne til en hypotetisk-deduktiv form.

Undersøgelsen placerer sig indenfor en fortolkende forskningstype, som igennem et deskriptivt design søger en fortolkning og en forklaring af et dybere niveau af mekanismer i feltet.

### **Dataindsamlingsmetoder:**

Som nævnt tidligere ses hjemmeplejens organisering her som et multilokalt netværk af organisatoriske enheder, der alle har en rolle i den samlede betydningsproduktion i praksis.

For at få en høj grad af detaljerigdom, flere perspektiver og for at indfange feltets kompleksitet bedst muligt, har jeg her valgt, at anvende forskellige metoder til dataindsamling.

Metoderne består af:

Dokumentstudier, hvor politiske formuleringer på området afdækkes, kvalitative, semistrukturerede interviews med borger og social- og sundhedsassistenter, hvor dominerende behov hos borgeren og problemforståelsen hos plejepersonalet afdækkes samt observationsstudier, hvor selve interaktionen mellem plejepersonalet og borgeren afdækkes.

### Omfang af empiri:

Overordnet empiri	Empiritype	Form	Omfang
Observationer	Deltagende observationer af plejepersonalets daglige praksis og Observation af plejepersonalets daglige praksis hos de interviewede borgere.	Observationsnotater	14,5 timer 17 A4 sider
Interviews	3 Semistrukturerede kvalitative interviews med borgere	Lydfil og transskribering	Ca. 2 timer 25 A4 sider
	3 Semistrukturerede kvalitative interviews med hjemmeplejen	Lydfil og transskribering	Ca. 2,5 timer. 26 A4 sider
Dokumenter	Sundhedsloven	Lovtekst	
	Lov om social service	Lovtekst	



**Udvælgelseskriterier:**

## Valg af setting:

I og med at organisationen her ses som en ikke stationær størrelse, men nærmere et flydende netværk af systemer uden bestemt lokalisation vil jeg her definere den valgte ”setting” for specialet. Begrebet setting anvendes i den institutionelle etnografi som en særlig kontekst, som kan studeres fra forskellige vinkler. (Hammersley & Atkonsons 2007 s. 32)

En setting kan defineres, som skabt og opretholdt af kulturelle og sociale strategier. Et uafgrænset og ikke fastsat område, der over tid ændrer sig gennem forhandlings- og omdefinierende processer. (Ibid s. 32)

Den setting der i dette speciale er valgt og som har dannet rammen for mine observationsstudier og interviews er borgeren i eget hjem og hjemmeplejens interaktion med og omkring den hjemmeboende borger. Rammen for feltstudierne er altså disse 2 aktørers dagligdagskontekst og praksis.

Mit speciale søger, at afdække såvel plejepersonalets problemforståelse i den kommunale indsats, set i relation til den institutionelle kontekst, samt den ældre borgers perspektiv og behov set i relation til dennes dagligdagskontekst. Fokus er på de divergerende forhold i relationen.

I dette spændingsfelt, mellem institutionelle antagelser og borgerens oplevelse indenfor en given livsverden findes det interessant, at udforske styringen *af* og *i* praksis. Således at forstå hvorledes plejepersonalet agerer ud fra de institutionelle rammer og bestemmelser (styring *af* praksis), hvorledes problemforståelsen, som produkt af kultur og tankegange – er hos plejepersonalet og hvorledes kommer dette til udtryk i udmøntningen af plejen. (styring *i* praksis)

## Valg af område:

Som udgangspunkt for min undersøgelse har jeg ud fra en strategisk udvælgelse, valgt en udekørende hjemmeplejegruppe i en stor dansk kommune. Der findes i kommunen 5 forskellige udekørende hjemmeplejegrupper, der kører i hver deres geografiske område og da erkendelsesinteressen her er en dybdegående kvalitativ forståelse af feltet, er valget begrænset til en særlig udegruppe og borgere tilknyttet denne.

I denne forbindelse er det relevant, at tage områdets sociale og ressourcemæssige position i bybilledet i betragtning, da dette har relevans for borgerens generelle levekår og derfor også

undersøgelsen resultater. Hjemmeplejelederen beskriver, at byområdet indeholder et bredt udsnit af borgere i social og ressourcemæssig forstand, hvorfor området må siges, at være repræsentativt.

Den udekørende hjemmeplejegruppe er foretaget ud fra et tilgængelighedsudvalg. (Thagaard 2004, s. 56) Udegruppen består af 42 ansatte hjemmehjælpere, hovedsagligt social- og sundhedsassistenter, 1 hjemmeplejeleder og 1 assisterende hjemmeplejeleder.

Hjemmeplejegruppens arbejdsområde i krydsfeltet mellem det sociale og sundhedsfaglige arbejde skaber stor relevans, for besvarelsen af min problemformulering og min interesse for det sociale arbejde i krydsfeltet mellem 2 lovgivninger.

Hjemmeplejens målgruppe er en bred gruppe af hovedsagelig ældre borgere med funktionsnedsættelse – både fysiske, psykiske og kognitive funktionsnedsættelser.

Valget af en stor dansk kommune er som sagt gjort ud fra en strategisk udvælgelse – den valgte kommune har bl.a. været forgangskommune for flere tiltag på ældreområdet, og har fornyligt modtaget projektmidler fra sundhedsstyrelsen til, at arbejde forebyggende ift. ensomhed blandt hjemmehjælpsmodtagere. (Sst.dk2 2016)

Valg indenfor området:

Tid:

Jeg har valgt, at følge dagvagterne i den udvalgte udegruppe. Gruppen omfatter faste dagvagter, faste aftenvagter og faste nattevagter. Konsekvensen heraf er, at social- og sundhedsassistenterne, som jeg har fulgt, kun har et indblik i borgerens pleje i dagtid. Dette er altså kun et udsnit af den pleje, som borgeren, der modtager hjælp igennem hele døgnet, modtager.

Mine observationsstudier er foregået af ca. 5 timers varighed ad gangen. Dette har haft den konsekvens, at der kun har været enkelte muligheder for at notere undervejs. Der har derfor været en stor mængde observationer at samle op på i slutningen af dagen, hvilket kan have konsekvens for detaljegraden af observationsnotaterne.

De kvalitative interviews har jeg transskriberet samme aften, med det formål, at kunne notere vigtige kontekstuelle faktorer under interviewet. F.eks. pauser eller brud på informantens koncentration, grundet hændelser udenfor vinduet, eller kollegaer der kigger ind i lokalet.

Mennesker:

Informanterne til de kvalitative interviews repræsenterer 2 forskellige aktørperspektiver, et brugerperspektiv og et fagprofessionelt perspektiv. I observationsstudierne indgår der udover disse aktører ligeledes uformelle samtaler med ledere, som er opstået på et samlet ledermøde i kommunen, hvor jeg er blevet inviteret til at præsentere mit speciale, samt et formøde med den udvalgte hjemmeplejegruppens leder.

Brugeren:

Ved udvælgelse af de 3 borgere til interview, har jeg inden udvælgelsen i feltet lagt mig fast på gruppen af borgere med fysisk funktionsnedsættelse, grundet ønsket om at se på denne gruppes behov og oplevelser af den fysiske begrænsning ift. sociale aspekter. Udvalgelsen af de konkrete borgere til interview er foregået i samarbejde med social- og sundhedsassistenten (SSA). Jeg har valgt borgere med forskellige fysiske funktionsnedsættelse og med forskellige plejebehov.

Den første borger modtager meget lidt hjælp fra kommunen, mens de sidste to er kørestolsbrugere – den ene har levet hele livet med sin funktionsnedsættelse, mens den anden for nylig har mistet sin gangfunktion. Mit ønske har været, at få så nuanceret et billede af borgeren med fysisk funktionsnedsættelses behov, og samtidig observere om der på trods af forskelligheden er sammenfald og mønstre i borgerens oplevelse af dagligdagen og de behov der fylder i hverdagen.

Udvælgelsen omfatter borgere i alderen 77 – 101 år, og efter nærlæsning af kompetenceprofiler for hjemmeplejen i kommunen er min plan, at foretage valget efter borgerens kompleksitetsgrad, som beskrives i kompetenceprofilerne i samarbejde med hjemmeplejen. Jeg erfarede dog, at hjemmeplejen ikke skelnede mellem kompleksitetsgrader, som jeg havde læst i kompetenceprofilerne. Bl.a. oplevede jeg, at den borger, som udfra kompetenceprofilerne kunne klassificeres som den mest komplekse borger, udfra et socialfagligt perspektiv, i interview af social- og sundhedsassistenten blev defineret som en borger i et stabilt forløb.

Rikke: Jamen det er jo kun daglig hjælp .... altså det kunne lige så godt være en hjælper. Det er ikke fordi jeg er assistent (at jeg er tilknyttet). Det er ikke en borger der...det kan lige så godt være den ene som den anden. (Bilag 4:25)

Her oplevede jeg en manglende viden om og opmærksomhed på indholdet i et dokument, som i organisationen udadtil, fremstod som regulerende for praksis, men tilsyneladende ikke fandt egentlig anvendelse. Denne manglende opmærksomhed på borgerens samlede kompleksitetsgrad fik jeg bekræftet flere gange i mit feltarbejde. Jeg så et stort fokus på borgerens fysiske funktionsniveau, mens borgerens samlede situation og kompleksitetsgrad ikke blev taget i betragtning i vurderingen af f.eks. borgerens behov for og omfang af hjælp.

Det skal dog nævnes, at der i det ovennævnte dokument, som har fokus på hvilke opgaver hhv. SSA og Social og sundhedshjælperen (SSH) har kompetence til at varetage selvstændigt, er uklarhed ift. om definitionen af kompleksitetsgraden defineres ud fra et helhedssyn på borgeren eller om der også her er et primært fokus på borgerens fysiske behov. Der bruges i dokumentet ord som ”problemstillinger/grundlæggende behov” (Bilag 1:6), hvilket, jf. tidligere, ud fra en biomedicinsk logik vil kunne tolkes som Marslows behovspyramides nederste niveau – de fysiske behov. Det er derfor vigtigt at pointere, at min tilgang til nedenstående har været ud fra en socialfaglig logik.

Ud fra samtale med SSAérne fik jeg sporet mig ind på borgerens kompleksitetsgrad og udvalgt borgere med forskellige kompleksitetsgrader.

I nedenstående har jeg defineret borgernes kompleksitetsgrader af ud fra kompetenceprofilerne.

Kompleksitetsgraderne hos borgeren som følges af hjemmeplejen, karakteriseres i kompetenceprofilerne således:

- Borgere i et let, stabilt og overskueligt forløb.
- Borgere i et afklaret, men instrumentelt krævende eller ustabil forløb. (Disse forløb foregår ifølge kompetenceprofilen i tæt samarbejde med hjemmesygeplejerske.) (Bilag 1:6- 9)

Udvælgelsen af borgere til interview blev foretaget, i samarbejde med SSA og det som jeg herudfra og sammenstillet med kompetenceprofilerne, kunne identificere som borgerens kompleksitetsgrad. Efter observationsbesøg hos borgeren, har jeg indhentet samtykke til at komme igen på et andet tidspunkt, for at fortæller nærmere om min undersøgelse og evt. interviewe borgeren.

De interviewede borgere er: (ud fra egen definition efter kompetenceprofilerne)

1 borger i stabilt forløb: (Asger)

Denne borger modtager ikke meget hjælp i hjemmet. Hjælpen omfatter dagligt tilsyn af blærekateter og tømning af urinkolbe, samt et ugentligt besøg ifm. bad. Borgeren får endvidere hjælp til rengøring.

1 borger i et afklaret, men instrumentelt krævende forløb: (Anna)

Denne borger får massiv hjælp fra hjemmeplejen gennem hele døgnet. Borgeren er kørestolsbruger og liftbruger. Hun har ingen gangfunktion og har kun begrænset standfunktion. Dette indebærer at hun er afhængig af hjælp til al personlig pleje, forflytning, toiletbesøg samt praktisk hjælp til servering af mad og rengøring.

1 borger i et afklaret, men både instrumentelt krævende og ustabil forløb: (Ib)

Denne borger får massiv hjælp fra hjemmeplejen gennem hele døgnet. Borgeren er kørestolsbruger og liftbruger. Han har hverken gang- eller standfunktion. Dette indebærer, at han er afhængig af hjælp til al personlig pleje, forflytning, toiletbesøg og praktisk hjælp til madlavning og rengøring. Borgeren har endvidere et dagligt alkoholforbrug. Han er nyligt skrevet op til plejebolig og venter på plejehjemsplads.

De valgte borgere tilhører begge køn – 1 kvinde og 2 mænd. Dette for at opnå så stor en bredde som mulig.

Den fagprofessionelle:

Observationsstudierne er foretaget ved at køre som ”føl” med 3 SSA'er fra gruppen. De samme SSA'er er efterfølgende blevet interviewet.

Jeg har valgt, at observere og interviewe frontpersonale, da deres direkte kontakt med borgeren spiller en vigtig rolle ift. forebyggelsen af sociale problemstillinger hos den ældre borger med funktionsnedsættelse. Deres rolle betyder, at de går i front ift. udmøntningen af de socialpolitiske tiltag på området og det er dermed deres iagttagelse af forhold hos borgeren og deres videre iværksættelse af tiltag, der får betydning for borgeren i deres dagligliv.

Ofte er SSA de eneste der kommer regelmæssigt hos borgeren og derfor er det SSA der kommer til at fungere som talerør for borgeren i organisationen. SSA's forståelse af sociale problemer hos

borgeren med fysisk funktionsnedsættelse har derfor en afgørende rolle ift. hvilket fagligt fokus SSA har hos borgeren ift. dennes sociale trivsel, samt hvilke tiltag der synes relevante.

Individuals in such positions are especially important because they make the linkage between clients and ruling discourses, "working up" the messiness of an everyday circumstance so that it fits the categories and protocols of a professional regime. (DeVault & McCoy 2006, s. 27)

Valget om kun at køre med SSA og ikke både med social- og sundhedshjælpere og SSA er taget i samarbejde med hjemmeplejelederen ud fra forholdene i udegruppe. Gruppen består af flest SSA, hvorfor dette var det repræsentative.

SSA definerer deres arbejde, som bestående af både de grundlæggende plejeopgaver, som SSH også varetager og samtidig behandlingsmæssige opgaver i hjemmene som sondeernæring, insulingivning, medicindoseringer o.lign. Ligeledes beskrives der store dokumentationsmæssige opgaver som udarbejdelse af plejeplaner og egenkontrolskemaer, som skiller sig ud fra de opgaver som SSH har. SSA blev endvidere i 2008 autoriserede, hvilket betyder at assisten kan miste sin autorisation, hvis der ikke handles med omhu og samvittighedsfuldhed. Autorisationen retter sig kun mod sundhedslovsopgaver, hvilket synliggøres af autorisationslovens formålsparagraf:

§ 1. Lovens formål er at styrke patientsikkerheden og fremme kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser gennem autorisation af nærmere bestemte grupper af sundhedspersoner, hvor andres virksomhed på det pågældende virksomhedsområde kan være forbundet med fare eller særlig fare for patienter. (Autorisationsloven 2016, §1)

Hjemmeplejelederen var min første kontakt til gruppen og under vores første samtale, omhandlende ideerne bag undersøgelsen, udvalgte hun SSA'ér, der kunne være relevante for mig at følge.

Gruppen kører i forskellige områder i gruppens optageområde, hvorfor valget var at følges med SSA'ér der repræsenterer hver sit område. Dette for at opnå størst mulig bredde på empirien.

At SSA blev udvalgt af lederen, kan have den konsekvens for resultatet af undersøgelsen, at disse repræsenterer en særlig profil, som af lederen synes relevant for gruppens billede udadtil.

Planen har dog ikke kunne følges, grundet sygdom på den sidste observationsdag. I denne forbindelse blev jeg i samråd med leder tilknyttet en anden SSA end planlagt.

De 3 udvalgte SSA'er har henholdsvis 2 års erfaring, 14 års erfaring og +20 års erfaring inden for plejefaget.

#### Gatekeepere:

Som nævnt i ovenstående har min adgang til og valg af informanter været betinget af andre mennesker og deres vurderinger, hvilket kan have betydning for undersøgelsens resultat.

Jeg har fået kontakt til feltet gennem 2 gatekeepere.

Jeg valgte at tage kontakt til forskningschef Tine Curtis (Center for Anvendt Kommunal Sundhedsforskning), som satte mig i kontakt med fritvalgschefen i kommunen.

Efter telefonisk kontakt med fritvalgschefen, satte denne mig i kontakt med en hjemmeplejeleder, som har inviteret mig indenfor i sin udegruppe. Ligeledes aftalte vi at jeg skulle deltage i et fælles ledermøde, for at præsentere min specialeide.

Disse valg af gatekeepers har den konsekvens, at det ikke har været mig, der har udvalgt gruppen hvilket kan påvirke resultatet af min undersøgelse. Gatekeepere vil generelt være opmærksom på hvilket billede de ønsker at der bliver fremstillet af organisationen og konsekvensen kan være at valget af hjemmeplejegruppe er påvirket heraf. (Hammersley & Atkinson 2007, s. 51)

#### Adgang til feltet:

Jeg har valgt, at tage kontakt til ældreområdet i en stor kommune, som for mig er kendt. Jeg har tidligere arbejdet som sygeplejerske i samme forvaltning i kommunen og har derfor en stor baggrundsviden om de institutionelle rammer, der er i denne organisation.

Dette valg er truffet ud fra overvejelserne om den etnografiske hovedide om, at undersøge et felt "indefra", hvilket kræver en mulighed for at skabe en relation præget af tillid og fortrolighed indenfor feltet. Jeg mener her, at det kan være en fordel i denne henseende, at have kendskab til den institutionelle hverdag, som den professionelle navigerer i og ligeledes kendskab til borgeren og de problematikker, der kan gøre sig gældende ift. dennes funktionsnedsættelse.

#### Feltrolle:

Jeg har igennem mine feltstudier været opmærksom på min egen rolle – et stort kendskab til feltet har fordele, men kan ligeledes have ulemper i form af en fare for indforståethed omkring tidligere

oplevede problematikker og fokuspunkter i feltet – forforståelser, som må ekspliciteres og sættes i spil, for at be- eller afkræfte disse.

Nielsen og Repstad (1993) nævner den ændringslyst og engagement, der kan opstå i det kendte felt. En ændringslyst som kan være en stor motivationsfaktor i studiet, men som samtidig kræver stor gennemsigtighed og synliggørelse af egen proces mod selverkendelse og bevidsthedsskabelse.

(Nielsen & Repstad 1993, s. 29)

Plejepersonalet har været åbne og tillidsfulde i deres tilgang til mig. Lederen havde forinden mine observationsstudier informeret gruppen om min kommende tilstedeværelse og havde i denne forbindelse ligeledes informeret dem om min baggrund som sygeplejerske i kommunen. Dette har resulteret i en opfattelse af mig, hvor særligt en af mine informanter oplevede mig som kollega i stedet for studerende. I disse forbindelser har jeg brugt såkaldte indtryksteknikker, da der rent etisk var visse dilemmaer ift. dette. (se nedenstående *Læringsprocessen mod etisk forskningsadfærd*) Ligeledes har jeg som følge af ovenstående, i enkelte situationer haft tanken, om min baggrund har været med til at forme situationer, som ellers ikke var opstået. Det følgende feltnotat demonstrerer dette:

### **Refleksioner over min rolle som deltagende observatør (dag 2).**

Jette som jeg har kørt med i dag, har på besøgene præsenteret mig som kollega og har flere steder fortalt at jeg er hjemmesygeplejerske. I denne forbindelse har flere borgere haft helbredsmæssige spørgsmål – bl.a. ift. stomipleje, hvor en pårørende spørger ind til min erfaring.

I denne forbindelse er mine tanker, at min baggrund som sygeplejerske og mit valg om at være åben ift. dette kan have skabt mere fokus på det fysiske og sygdomsmæssige hos borgeren, end der ellers ville have været, uden min deltagelse.

(Bilag 5:9)

### **Læringsprocessen mod etisk forskningsadfærd:**

Min tilgang til feltet har været af eksplorativ art, hvorfor der i mit samarbejde med feltet er sket en løbende erkendelsesproces af etiske problemstillinger og dilemmaer knyttet hertil. Jeg har undervejs måtte konsultere teorien for vejledning ift. de erfaringer, som jeg har gjort mig undervejs.



**Informeret samtykke og fortrolighed:** Mit udgangspunkt for observationsstudier og interviews var at være åben og informerende om mit formål og mine erkendelsesinteresser.

Jeg havde på forhånd udarbejdet en samtykkeerklæring og mødte feltet med en regeletisk ide om ”hvad man som forsker bør gøre”. I mødet med den komplekse virkelighed måtte jeg dog erfare, at denne intention ikke kunne holde stik, i visse situationer. Dette særligt ift. den ældre borger. Jeg erfarede, at den konkrete situation krævede en opmærksomhed, som ikke lod sig gøre med et stift regelsæt for øje.

Bl.a. oplevede jeg imødekommende borgere, der gerne ville høre om min undersøgelse og mine intentioner, men hvor en indhentning af et skriftligt samtykke ville bryde en opbygget fortrolighed og tillid, som kunne få konsekvenser for kvaliteten af relationen og dataindsamlingen.

Indhentningen af samtykke, information om frivillighed og håndtering af de fortrolige data, blev her givet i en naturlig samtale med borgeren.

Under observationsstudierne var udgangspunktet, efter samtale med lederen, at SSA blev informeret om min tilstedeværelse og at SSAén så vidt muligt ville informere borgeren om min tilstedeværelse på disse dage. Intentionen var herefter, at indhente samtykke hos borgeren om min observerende rolle, under besøget. Dette var igen en udfordring, bl.a. fordi, at der en dag var sygdom i gruppen og jeg derfor måtte følges med en anden SSA end planen var.

Ligeledes mødte jeg borgere, der stadig lå i sin seng, og som havde svært ved at høre hvad jeg sagde, grundet dårlig hørelse og høreapparater der endnu ikke var i.

Min taktik blev undervejs i observationerne, udover min egen kontakt med borgeren, at rådføre mig med SSA om dennes kendskab til den konkrete borger og om dennes tanker om borgerens villighed til at lade mig observere plejen.

**Min rolle:** I og med at mit eget kendskab og erfaring til feltet er stor er der undervejs i forløbet opstået etiske dilemmaer, omhandlende min rolle i feltet. Som tidligere nævnt har min sygeplejefaglige baggrund haft en tillidsvækkende effekt på både borgere og plejepersonale. At undersøge et felt indefra kræver en stor åbenhed fra deltagerne, hvilket jeg har mødt på denne baggrund. Dette har krævet en etisk varsomhed, da min rolle som studerende og observatør af feltet på denne måde er trådt i baggrunden.

**Nærhed og distance:** Netop min baggrund fra feltet rejser etiske dilemmaer, både i form af den omtalte åbenhed og tillid fra feltet, men ligeledes om vigtigheden af min egen håndtering heraf. At jeg har været åben om min baggrund som sygeplejerske har været vigtig, ift. at skabe åbne og

tillidsfulde relationer, men har samtidigt skabt et etisk dilemma. De 3 SSA som jeg har kørt med har tillagt min rolle som studerende mere eller mindre vægt. Til tider har tonen tenderet et kollegialt forhold grundet mit forhåndskendskab til feltet. Disse situationer har gjort distanceringen til feltet svær, men har ligeledes givet mig adgang til en type informationer, som jeg ellers ikke ville have fået adgang til.

Erik Fossåskaret skriver i sin artikel *Har kunnskab sin egen ret?* om dilemmaet i relationen mellem forsker og informant. Han beskriver hvorledes målsætningen er forskellig alt efter om man kommunikerer ud fra en hverdagslivsforståelse eller en forskningsforståelse. Dagliglivets interaktion har relationelle mål, hvilket er tilfældet i en kollegial samtale, hvorimod forskerens mål om indsamling af lødig data, er individuelle. På denne måde bliver relationen asymmetrisk og udnyttelse kan ske. (Fossåskaret 1997, s. 258)

Der har været situationer, under mine observationsstudier, hvor jeg af etiske årsager har følt mig nødsaget til at markere min rolle som studerende vha. indtryksteknikker (Thagaard 2004, s. 68). Jeg har her konkret brugt min notesbog, som del af en indtryksstyring, i situationer, hvor fortroligheden med SSA har været så stor, at en udnyttelse har været mulig. I disse situationer valgte jeg nonverbalt at synliggøre en opmærksomhed på notesbogen, for på denne måde at markere min rolle, som studerende og ikke kollega.

Dette fordi en udnyttelse af min baggrund som sygeplejeske, for at opnå fortrolige data, har synes forkert i situationerne.

Det politiserede felt:

Som velfærdsinstitution er den kommunale hjemmepleje et felt for stor politisk bevågenhed. Derfor er overvejelser om forskningens evt. konsekvenser for aktørerne i feltet særligt relevante.

Jeg er under feltarbejdet flere gange blevet opmærksom på de mange interesser og politiske kampe der foregår i feltet – særligt ift. oplevede uligheder i myndighedsafdelingens visitation af tid til forskellige faggrupper. Som forsker er det relevant, at være opmærksom på disse politiske kampe, både for at være bevidst om risikoen for at blive ”farvet” heraf, men ligeledes at være opmærksom på, at undersøgelsens resultater kan blive anvendt i en politisk debat. Det at jeg, i min undersøgelse af institutionelle logikker, også inddrager organisatoriske og socialpolitiske påvirkninger heraf, håber jeg kan holde et fokus på strukturelle forholds betydning for plejen, fremfor ”hvad hjemmeplejen gør forkert”. (Monrad 2009, s. 18-19)

**Formål og erkendelsesinteresse:****Hvad kan specialet bruges til?:**

Ønsket med specialet er en identifikation af feltets institutionelle antagelser og undertrykkende elementer. I feltet er flere undertrykkende elementer blevet synlige og formålet her er at være medvirkende til, at give en stemme til de undertrykkede. (Ragin 1994, s. 43-45) Mine empiriske fund har synliggjort to undertrykkede grupper – nemlig borgeren som underlagt hjemmeplejens dominans og handlinger, men ligeledes hjemmeplejen, hvis skøn og handletendenser er underlagt en skarp styring fra organisatorisk og socialpolitisk side.

Mit håb er, at specialet kan skabe en opmærksomhed både i praksis og politisk, ift. de undertrykkende og modsatrettede tendenser, ældreplejen som velfærdsinstitution er del af.

Den socialpolitiske opmærksomhed på vigtigheden af hjemmeplejens faglige viden om sociale problematikker hos den ældre borger, samt relationens betydning for forebyggelse af ensomhed blandt ældre hjemmehjælpsmodtagere, synes at have størst fokus på indsatser på individniveau.

Derimod har strukturelle forhold på ældreområdet, såsom opgaveglidningen i feltet og den stadig større medicinske dominans på området mindre politisk bevågenhed. Med dette speciale håber jeg, at kunne synliggøre nødvendigheden af, et strukturelt og politisk fokus, når forebyggende tiltag mod sociale problemstillinger såsom social isolation og ensomhed hos den ældre borger med fysisk funktionsnedsættelse skal planlægges.

Jeg vil i denne forbindelse udarbejde anbefalinger sidst i specialet.

Med formålet at denne identifikation kan danne grobund for udviklingsprocesser i praksis.

**Specialets kvalitet:**

I samfundsvidenskaberne har en vedvarende diskussion været hvad der er ”sand viden” og hvordan man som forsker finder frem til den ”sande viden”. Findes der overhovedet en absolut sand og gyldig viden, eller er sand viden relativ?

Særlig spørgsmålet om subjektivitet og objektivitet i forskningen har fyldt i denne diskussion og vægtningen af disse har været præget af de forskellige videnskabsteoretiske traditioners forskellige standpunkter.

Nogle af de spørgsmål der melder sig ift. et etnografisk inspireret feltstudie knytter netop an til denne diskussion.

Disse spørgsmål omhandler bl.a. hvordan man kan "bosætte sig" i et felt og samtidig bevare en distance til feltet? – Hvordan kan man som forsker i sit eget felt bevare en objektivitet og undgå at stille værdidomme?

Som tidligere nævnt var en af Dorothy Smiths bevæggrunde for udvikling af den institutionelle etnografi, at finde et alternativ til den objektiviserende forskningsdiskurs, som på daværende tidspunkt var dominerende indenfor samfundsvidenskaberne. Dorothy Smith mente, at det er med den udforskedes subjektive livsverden og kontekst som udgangspunkt, at vidensproduktion må grundfæstes.

"...inquiry begins where people are and proceeds from there to discoveries that are for them, for us, of the workings of a social that extends beyond any one of us, bringing our local activities into coordination with those of others." (Smith 2006, s. 3)

Hun mente altså, som ovenstående citat viser, at det netop er gennem subjektets livsverden og hverdagsviden, at nye indsigter kan udvikles.

Det etnografiske studie, er bygget op om observationer, som altid i sig selv rummer en fortolkning fra forskerens side (en såkaldt fortolkning af anden grad). Og en sådan fortolkning skaber en betoning på særlige elementer i virkeligheden. (Kristiansen og Krogstrup 2002, s. 93) Dette stiller visse krav til specialet.

I den kvalitative forskning er der traditionelt lagt vægt på validitet, reliabilitet og generaliserbarhed, når kvaliteten af en undersøgelse skal vurderes.

I nedenstående vil jeg reflektere over dette speciales kvalitet herudfra.

### **Validitet:**

En undersøgelses validitet er en betegnelse for gyldigheden eller sandhedsværdien heri.

Schutz har i 1975 opstillet 3 krav til feltstudiets validitet, som jeg her vil drage frem.

- Krav om logisk konsistens, som handler om vigtigheden af, at forskerens konstruktioner fremstilles med stor præcision og klarhed, samt at denne fremstilling er skabt på en logisk holdbar måde. (Ibid. s. 204)

- Krav om subjektiv fortolkning: Her er målet *at fortolke handlingen og dens omgivelser ud fra aktørens synspunkt – samt at indfange den subjektive meningsstruktur.* (Ibid. s. 207)
- Krav om tilstrækkelighed, som omhandler vigtigheden af, at den udforskede kan genkende sig selv i forskerens tolkninger.

Mine overvejelser ift. disse krav til validitet er, at jeg igennem specialet har synliggjort mine præmisser og forudgående grundantagelser. Ligeledes har jeg igennem analysen søgt at synliggøre præmisserne for min kodningsproces og været gennemsigtigt i mine slutninger ift. empirien. Fortolkningsprocessen i kodningen har været cirkulær og de endelige begreber/konstruktioner er dannet i en konstant og balanceret vekselvirkning mellem den samlede empiri og teorien, hvilket har skabt gode forhold for, at indfange de subjektive meningsstrukturer i empirien. I mit feltarbejde har mine fortolkninger kunne valideres undervejs, da jeg gennem kombinationen af observationer og interviews har kunne få af- eller bekræftet, mine foreløbige tolkninger af de udforskedes forståelser, fra observationsstudierne i interviewene.

### **Reliabilitet:**

Reliabilitet handler om specialets pålidelighed og stiller spørgsmål til hvorvidt denne undersøgelse vil kunne udføres på lignende måde og således fremkomme med samme resultat. (Olsen 2003 s. 88) Jeg har igennem min bearbejdning af data været eksplicit omkring min fremgangsmåde og har transkriberet såvel observationer som interviews, hvilket er vedlagt.

I og med at observationerne har været ustruktureret er det dog usandsynligt, at samme detaljer i observationerne vil blive bemærket i en lignende undersøgelse. Jeg mener dog, at min gennemsigtighed vil gøre at lignende resultater vil kunne nås.

### **Generaliserbarhed:**

Generaliserbarhed eller overførbarhed handler om, hvorvidt specialet kan overføres til andre kontekster og andre informanter. (Ibid. s. 89)

Spørgsmålet kan her være, om den ældre borger med fysisk funktionsnedsættelses virkelighed og den kommunalt ansatte SSA's forståelse, svarer til andre informanter i andre kommuner.

Jeg mener, at der kan argumenteres for en vis generaliserbarhed, da der i mit valg af informanter er en stor spredning ift. alder, omfang af fysisk funktionsnedsættelse og erfaring indenfor det kommunale system.

Jeg mener derfor, at mit speciale kan sige noget om det at være ældre borger med fysisk funktionsnedsættelse, samt det at være SSA i det kommunale system.

## Præsentation af det empiriske materiale:

### Observationer:

Som tidligere nævnt er en del af min empiri feltobservationer. Fordelen ved observationsstudier er, at der her er mulighed for at observere interaktionen mellem plejepersonalet og borgeren – både den verbale kommunikation imellem disse, men ligeledes nonverbal kommunikation og ubevidste tegn i den relationelle kontakt.

Der skelnes mellem 4 typologier af observationer: strukturerede og ustrukturerede laboratorieforsøg og strukturerede og ustrukturerede observationer. (Kristiansen og Krogstrup 2002, s. 48) Min tilgang har været ustrukturerede observationer. Observationerne er foregået i aktørernes naturlige omgivelser og på de præmisser og rammer som feltet satte. Min tilgang til feltet har været eksplorativt og der har været en stor åbenhed ift. at få øje på problematikker og divergerende forståelser i feltet. Dette har krævet en ustruktureret tilgang.

Udover de 4 typologier skelnes der i observationsstudier mellem grad af deltagelse, knyttet til forskerens feltrolle.

Jeg har i mine observationsstudier været *moderat deltagende*, (Spradley 1980, s. 60), hvilket konkret har betydet, at jeg har fulgt SSA i deres daglige arbejde i borgerens hjem. I disse situationer har det været naturligt, at jeg gik til hånde i enkelte situationer.

Mit udgangspunkt om, at undersøge feltet indefra har krævet, en moderat deltagelse i de sociale processer i observationen. Jeg mener, at dette har skabt en nærhed til feltet og dermed troværdige data, fremfor en mere distanceret og unaturlig position.

Observationerne af mødet mellem hjemmeplejen og borgeren har være af kortere varighed, da hjemmeplejens besøg hos den enkelte ældre borger er tidsbegrænset.

Jeg har fulgt med hjemmeplejen gennem flere besøg, udover de ”udvalgte” borgere, for at få en større tilknytning og indblik i feltet.

Jeg har fravalgt, at optage observationerne som lydfil. Observationerne er blevet nedskrevet som feltnotater efter endt observation.

Dette valg er truffet, for at skabe en naturlig og tillidsvækkende relation til borgeren og hjemmeplejen, uden fokus på det særskilte i min rolle som studerende. Hermed mener jeg, at have indsamlet de mest autentiske observationer. (Launsø, Rieper og Olsen 2017, s. 116-120) Notaterne er skrevet ustruktureret ned efter hukommelsen og da mine observationer i feltet har været af længere varighed har jeg i nedskrivningen haft størst fokus på interaktionen mellem de ”udvalgte” og senere interviewede borger og SSA, hvorfor feltnoterne i forbindelse med disse situationer er detaljerede, mens situationer hos andre borgere kun er beskrevet detaljeret, hvis der har været særligt bemærkelsesværdige observationer i hjemmene.

Som tidligere nævnt har observationerne konkret fundet sted igennem 3 dage som observatør i feltet i følgeskab med 3 forskellige SSA. Der har været forskellige tilgange til min rolle fra SSA's side, selvom vi før start har afstemt forventninger til min rolle. Jeg oplevede flere gange at blive spurgt til råds ud fra min sygeplejefaglige viden. Mine overvejelser ift dette har været på, hvor stor en påvirkning, jeg som observatør fik. I og med, at min sygeplejefaglige baggrund har rødder i det medicinske paradigme er spørgsmålet hvorvidt min tilstedeværelse og den ovennævnte inddragelse af min viden, kan påvirke SSA's fokus.

### **Det etnografiske interview**

Jeg har i specialet valgt at interviewe 2 grupper af aktører i feltet. Borgeren og den professionelle. Interviewet har givet mig mulighed for, at spørge ind til borgerens hverdagsliv og den organisatoriske praksis og kultur, og dermed belyse den konkrete praksis fra 2 forskellige aktørperspektiver.

At jeg forinden interviewene har været observatør i feltet har givet mig visse fordele, ved at have et empirisk grundlag, at spørge ud fra, men også ift. min relation med de enkelte informanter.

Interviewet har, særligt med SSA, nærmet sig en fortrolig og uformel samtale, hvor jeg mener at have fået mere detaljerede og autentiske data, grundet vores forudgående kendskab til hinanden. Jeg har valgt, at interviewe borgeren først. Dette ud fra overvejelser om borgerperspektivet som et retningsgivende udgangspunkt for den videre dataindsamling. Her var det muligt for mig, at få et indblik i borgerens dagligdag og hvilke behov der var svære for borgeren at få opfyldt. Jeg fik ligeledes indblik i hvilke modsætningsfyldte elementer den kommunale indsats opleves at have for borgeren.

Jeg har valgt, at lave semistrukturerede interviews, med en interviewguide med overordnede emner og spørgsmål. Interviewene har udviklet sig undervejs, hvilket har gjort, at det ikke har været alle de samme spørgsmål der er stillet til informanterne. Dette grundet en eksplorativ tilgang, hvor mit fokus for undersøgelsen har udviklet sig undervejs. (Bilag 2)

Jeg er i mine interviews gået frem efter de elementer, som Spradley beskriver:

Som indledning til interviewene har jeg fortalt om min undersøgelse og formålet med interviewet.

Jeg har forsøgt at skabe så uformelle rammer som muligt og har forsøgt at fremstå afslappet og har undgået at få spørgsmålene til at virke som et forhør.

Interviewene er foregået i kendte rammer - i borgerens eget hjem – det konkrete rum og sted, hvor borgeren opholder sig mest. (det være sig i køkkenet, ved køkkenbordet, i ”vindueshjørnet af stuen” og i udestuen, hvor borgeren plejer at sidde). Interviewene af plejepersonalet er foregået i et tilstødende lokale til vagtstuen, som personalet er kendt med.

Spørgsmålene har søgt, at afdække kulturelle forhold og viden hos informanten og har bestået af:

Beskrivende spørgsmål, som f.eks. ”kan du beskrive en almindelig dagligdag”?

Strukturelle spørgsmål – som afdækker strukturer i feltet og kulturen, som f.eks. ”kan du nævne dine samarbejdspartnere?”

Kontraspørgsmål, som afdækker informantens meninger om begivenheder i deres hverdagsliv og praksis, som f.eks. ”Hvad ville forskellen være ved at komme på plejehjem fremfor at være herhjemme?” (Spradley 1979, s. 59-60)

### **Dokumentstudier:**

Jeg har valgt at inddrage dokumenter, som del af mit empiriske materiale ”...fordi dokumenter i dag spiller en afgørende rolle i forhold til handlinger og beslutninger i organisationer.” (Justesen og Mik-Meyer 2010, s. 122)

Som tidligere nævnt er organisationens betydningsproduktion ikke samlet et sted, men spredt over flere lokaliteter og elementer. Disse regulerende tekster, er således en vigtig del af betydningsproduktionen i praksis.

I undersøgelsen af plejepersonalets problemforståelse ses det herfor relevant at undersøge, hvorledes de nationale regulerende tekster er en del af denne forståelse.



Modsat de øvrige empiriske data repræsenterer dokumenterne en datakilde, der er nedskrevet uden påvirkning fra forskeren.

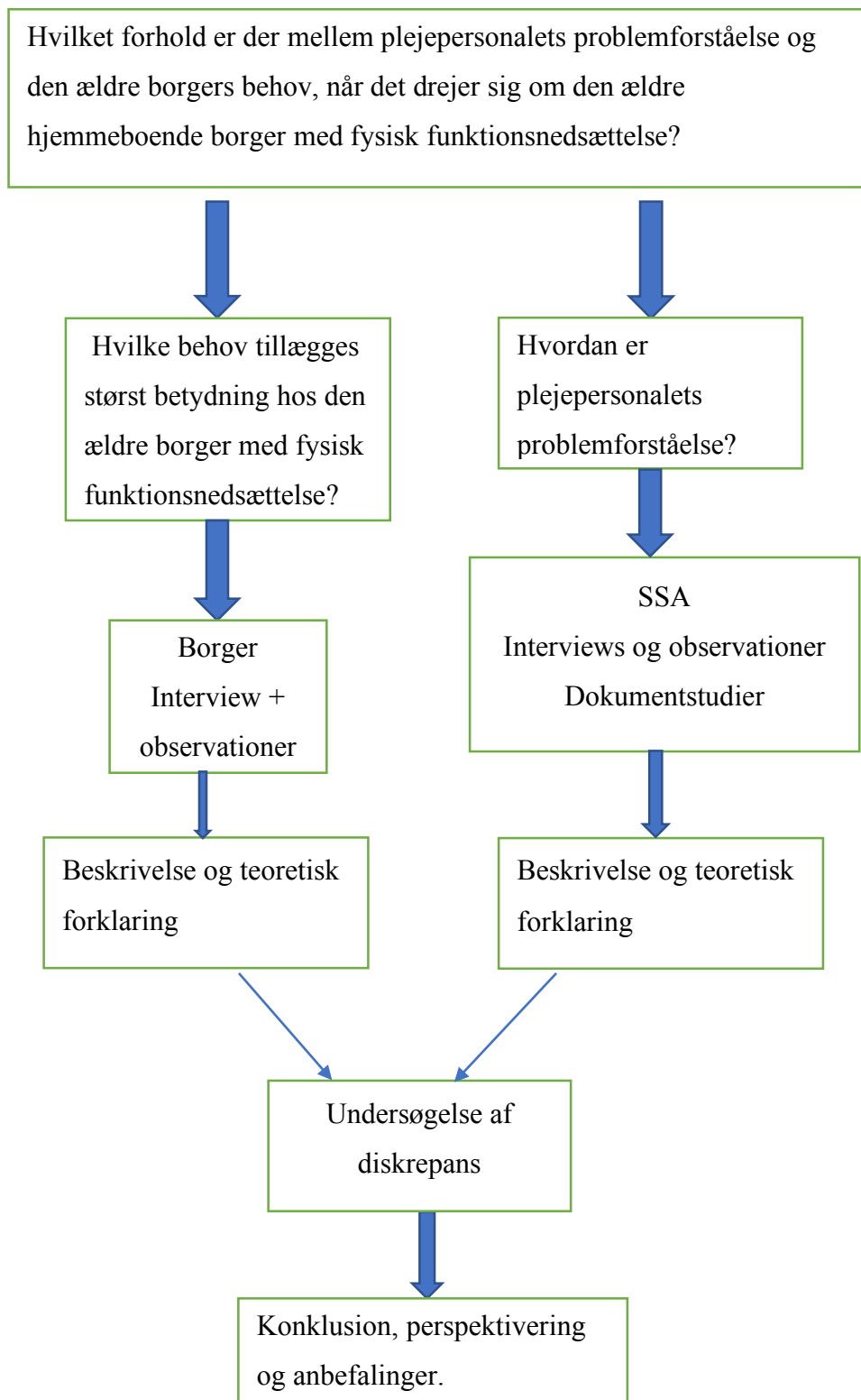
Mit formål med, at inddrage dokumenter i undersøgelsen har været både at undersøge en *objektiv* institutionel vinkel, og hvorledes dokumenterne fortolkes og tillægges *subjektiv* mening af den professionelle og dermed medvirker til at forme den sociale praksis. (Jacobsen 2006, s. 122) Jeg mener dermed, at dokumenterne kan være med til at afspejle, både en styring *af* praksis og en styring *i* praksis.

Jeg har valgt, at inddrage 2 dokumenter, med relevans for min problemformulering.

- Sundhedsloven
- Lov om social service.

De 2 lovgivninger er valgt, da jeg mener at disse er af stor relevans som institutionel regulering i krydsfeltet mellem det sundhedsfaglige og socialfaglige felt.

Igennem mine dokumentstudier ønsker jeg hermed, at analysere mig frem til de regulerende politiske formuleringer på området og hvorledes disse har betydning for plejepersonalets problemforståelse og indsats hos borgeren med fysisk funktionsnedsættelse. Dokumenter udgør en mindre del af min empiri og er dermed sekundære ift. interviews og observationer. Studierne er afgrænset til Lov om social service kap. 1 og 16 og sundhedslovens kap. 1, 34 og 35.

**Projektdesign:**

**Teori:**

Jeg vil her præsentere de 2 hovedteorier, som i min systematiske kodning og arbejde med analysen er trådt frem som relevante for belysning af de empiriske fund. Jeg vil endvidere præsentere de begreber af teoriene som anvendes i analysen.

I analysen af borgerens behov bliver det i de empiriske fund fremtrædende, hvilke behov og elementer i hverdagslivet der får særlig betydning, når fysikken begrænses. Generelt viser empirien en tæt sammenhæng mellem borgerens behov og synliggør at behovene betinger og forstærker hinanden.

Disse elementer knytter sig særligt til det behov, som af Erik Allard benævnes ”at være” og som i empirien fremtræder, som borgerens behov for, at skabe status og oplevelse af identitet i relationen til plejepersonalet.

Som del af den fysiske funktionsnedsættelse sker der en forandring i borgerens sociale position – en forandring, som borgerne på forskellige måder søger at tilpasse sig. I analysen af plejepersonalets problemforståelse, ses der ligeledes positioneringer og reaktioner hos plejepersonalet som følge af disse tilpasningsmekanismer hos borgeren.

**Erwind Goffman:**

Interaktionen mellem borgeren og plejepersonalet er af stor relevans for besvarelse af min problemformulering, som sigter mod, at kortlægge forholdet mellem den ældre borger med fysisk funktionsnedsættelses behov og plejepersonalets problemforståelse.

Erwind Goffman er en canadisk-amerikansk sociolog, som igennem sin forskning har beskæftiget sig med hverdagslivets mange mønstre i den mellem menneskelige interaktion.

Han har sat ord og begreber på de upåagtede forhold, der sker i interaktionen mellem mennesker, begreber, som han samlet betegner som samhandlingsordnen. Goffman repræsenterer med sin interaktionistiske mikrosociologi en god ramme for forståelsen af det, der sker i relationen mellem den ældre borger med funktionsnedsættelse og plejepersonalet.

Goffman er særlig kendt for sin dramaturgi, hvor han sammenligner mellem menneskelig interaktion med et teaterstykke, hvor den enkelte er optaget af at kontrollere og styre indtryk, som gives til andre mennesker. (Goffman 2015, s. 54)

**Rolle og social identitet:**

Goffman mener, at alle mennesker spiller roller – bevidst eller ubevidst. Rollen repræsenterer det jeg, som vi ønsker at være og det er igennem disse roller vores sociale identitet opstår.

Identiteten opfattes hos Goffman situationelt og knyttet til den rolle vedkommende spiller.

En korrekt iscenesat og opført scene får publikum til at tilskrive den optrædende et selv, men denne tilskrivning – selvet – er et produkt af scenen og ikke årsag til den. Selvet, den rolle, der bliver spillet, er altså ikke noget organisk, med en bestemt placering og den skæbne at fødes, modnes og dø. Det er en dramatisk effekt, der opstår på en diffus måde af den fremførte scene, og den altafgørende sag er, om man fæster lid til det eller ej. (Ibid. s. 263)

**Indtryksstyring:** Iflg. Goffman påtager individer sig særlige selvbilleder, som denne er afhængig af andres bekræftelse for at opretholde. Han skelner mellem de indtryk som mennesket giver og de indtryk mennesket afgiver. De givne indtryk er de bevidste signaler, som mennesket sender til andre, for at skabe et særligt billede af sig selv. De afgivne indtryk er de ubevidste signaler, som en person udsender, der afslører ”dele af vores ’alt for menneskerlige selv’”. (Ibid s. 24)

Mennesket er følelsesmæssigt knyttet til de påtagne selvbilleder og manglende anerkendelse af disse medfører smerte for den enkelte. En vigtig del af interaktionen mellem mennesker handler om at bevare eget selvbillede og undgå forlegenhed, samt at beskytte andres selvbillede.

**Bachstage:** Bagscenen er det sted, hvor personen kan slappe af og rette sin optræden til. Her kan facaden fralægges. ”Eftersom forstillingers afgørende hemmeligheder er synlige på bagscenen, og de optrædende træder ud af rollen, når de befinder sig deromme, er det naturligt at forvente, at passagen fra facade- til bagsideområdet vil blive holdt afspærret for publikum.” (Ibid, s. 147)

Særligt for borgeren, der modtager hjemmehjælp er, at hjemmehjælpen gives på borgerens ”bagscensområder”, hvilket kan gøre overtrædelse af borgerens grænser og manglende bekræftelse af rolle og identitet særlig prekær.

**Frontstage:** I facadeområdet er personens optræden præget af bestræbelser på at give et ønsket billede af sig selv til andre samt at blive bekræftet i dette billede. Bekræftelsen af selvbilledet er af stor betydning for menneskets opretholdelse af sin sociale identitet. En vigtig del af facadeområdet er **kulissen**, som er de rammer, fysiske indretninger og rekvisitter som optrædenen finder sted i.

**Stigma og stigmatisering:**

Udover sin dramaturgiske sociologi, er Goffman kendt for sin afvigersociologi, hvor han har beskæftiget sig med stigmatisering, som en social proces, der sker i det mellem menneskelige samspil mellem stigmatiserede og stigmatiserende. Et udgangspunkt for de begreber jeg i min teori anvender er Goffmans begreb stigma og stigmatisering, som gennemgås her, da det er en antagelse i analysen at den ældre borger med fysisk funktionsnedsættelse er bærer af et stigma og dermed er underlagt en stigmatisering i interaktionen.

Et stigma referer til det ældre begreb, som betyder ”brændemærke”. Et mærke der signalerer til omgivelserne at vedkommende er ”pletet” og må undgås. Goffman anvender dog begrebet udfra en moderne forståelse, som ”i højere grad betegner den personlige skam og vanære, mere end personernes rent fysiske kendetegn eller ’mærker’”. (Goffman 2009, s. 21) Goffman beskriver hvordan samfundet kategoriserer mennesker og tillægger disse egenskaber, som hører under disse kategorier. Når mennesker mødes danner vi os et indtryk og dermed forventninger og krav til dette menneskes karakteregenskaber udfra samfundets kategoriseringer – egenskaber, som vi i mødet søger at få bekræftet. Hvis menneskets selviscenesættelse ikke stemmer overens med omverdenens forventning og krav indebærer dette, at mennesket bliver bærer af et stigma. (Ibid, s. 44)

Goffman skelner mellem stigma som følge af:

- ”Kropslige vederstyggeligheder”
- ”Karaktermæssige fejl”
- ”Tribale stigmata”. (Ibid. s. 46)

Jeg har her valgt, at se på den ældre borger med fysisk funktionsnedsættelse som bærer af et stigma som følge af deres fysiske funktionsnedsættelser.

Ligeledes mener jeg, at der kan argumenteres for, at den ældre borger der er udenfor arbejdsmarkedet og afhængig af offentlige ydelser ydermere er underlagt en strukturel stigmatisering i samfundet – en stigmatisering af den uproduktive samfundsborger i et samfund, der vægter selvstyring og produktivitet.

Stigmatiseringen har stor betydning for den stigmatiseredes identitet.

De forventninger og krav som omverdenen møder mennesket med kan bevirke at den stigmatiserede internaliserer en rolle, som stemmer overens med den forventede rolle – at der sker en rolleoverdragelse. Da opretholdelsen af den sociale identitet er en social proces, kan den

påvirkning som omverdens krav og forventninger har på den stigmatiserede forårsage en rolleoverdragelse. Goffman betegner denne proces som en moralsk karriere, som han definerer således: ”et psykisk udviklingsforløb, sammensat af de progressive forandringer i hans tro på sig selv og andre af betydning for ham.” (Goffman 1997, s. 19)

### **Institutionalisering:**

Den moralske karriere har Goffman undersøgt ift mennesker der er underlagt institutionel styring. I sin bog; *Menneske og anstalt* beskriver Goffman mennesket underlagt institutionel styring udvikler forskellige tilpasningsmekanismer i forsøg på at bibeholde sin sociale identitet. Goffmans studier foregår på ”den totale institution”, hvor patienten bor og opholder sig indenfor institutionelle rammer gennem længere tid. Goffman definerer institutionens totale karakter som ”den barriere mod socialt samspil eller interaktion med omverdenen og mod det at kunne gå, når man vil” (Ibid. s. 12)

Goffmans studier viste hvorledes patienterne brugte forskellige tilpasningsmekanismer for at søge at bevare egen identitet, på trods af institutions styring og stempling.

Goffman nævner følgende tilpasningsmekanismer:

- ”...klienten trækker sig ind i sig selv...” og indskrænker deltagelse i interaktionen.
- ”den uforsonlige holdning”, hvor klienten bevidst udfordrer institutionen og nægter samarbejde med plejepersonalet
- ”kolonisering”, hvor klienten samarbejder og begynder at finde ønskværdige ved livet på institutionen.
- ”Omvendelsen”: klienten synes at overtage den officielle opfattelse af ham og forsøger på at udleve rollen som den perfekte klient”. (Ibid s. 51-52)

Disse tilpasningsmekanismer ses som tegn på, at mennesket ikke bekræftes i sin egen oplevede sociale identitet.

At jeg her fremhæver disse tilpasningsmekanismer skyldes, at der i de empiriske fund ses ligheder i de reaktioner der ses hos borgeren, på den institutionelle styring i hjemmet, som særligt synliggøres når borgeren oplever en form for krænkelse fra systemets side, hvor modstand er en af dem. Mit argument er her, at borgerens situation kan sidestilles med forhold, der har total karakter, da deres fysiske funktionsnedsættelse sætter dem i en situation, hvor de ikke har mulighed for at opsøge sociale kontakt med omverdenen uden hjælp hertil. Ligeledes ses der, at kontakten med

plejepersonalet udgør en afgørende rolle og præsenterer en, i varierende grad, stor del af borgerens daglige interaktion med omverdenen.

### **Pierre Bourdieus feltteori:**

Bourdieu har i sin forskning været optaget af ”staten som medvirkende til reproduktion af social ulighed”. (Mik-Meyer og Villadsen 2007, s. 69) og hvordan institutioner er medvirkende til at reproducere social ulighed i samfundet, hvilket har været hans forskningsmæssige fokus igennem flere etnografiske feltundersøgelser.

Bourdieu betegner sig selv som generativ strukturalist. Han ønsker, at bygge bro mellem objektivisme og subjektivisme – at bevæge sig udover aktør/struktur diktomien - og mener, at aktøren både er underlagt og medproducent af strukturelle forhold.

Bourdieu mener, at man i undersøgelse af social praksis, må interessere sig for både strukturelle forhold og menneskets levede erfaring, hvis man vil nå frem til en dybdegående forståelse heraf, (Ibid., kap. 4) hvilket går godt i tråd med dette speciales intention om at undersøge en kommunal praksis, med udgangspunkt i aktørernes daglige liv og praksis.

Bourdies feltteori indeholder centrale begreber, som jeg her vil uddybe.

Bourdies beskriver **feltet** som et socialt rum, som operer efter et sæt logikker og krav. Forskellige felter har forskellige logikker. Derfor bliver det i dette speciale, som netop er funderet i et krydsfelt mellem det socialfaglige og det sundhedsfaglige, interessant at afdække de dominerende logikker her. Dette fordi der hersker en særlig logik i det socialfaglige felt og en anden logik i det sundhedsfaglige felt.

Bourdieu beskriver feltet som en kamparena, hvor der foregår en konstant kamp mellem positioner – en kamp mellem dominerende og dominerede logikker og aktører, som kæmper om feltets særlige interesser og anerkendelsesgivende belønningssystemer.

Bourdies formål med sin feltteori er, at finde frem til de styrende og reproducerende strukturer, som ikke er synlige. At feltbegrebet inddrages i analysen findes ligeledes relevant, da der i empirien findes at der i interaktionen mellem SSA og den ældre borger foregår kampe og positioneringer, som er relevante at belyse, for at få en dybereliggende forståelse for det, der sker i interaktionen.

Et centralt og uomgængeligt begreb i feltteorien er begrebet **habitus**. Habitus beskrives af Bourdieu, som menneskets udgangspunkt for dennes forståelse af verden. Habitus er et produkt af

en fortløbende socialiseringsproces hos mennesket, som er under udvikling hele livet - i alle de sociale sammenhænge som denne færdes og har færdedes i.

En habitus er dermed både kollektivt, da den er et produkt af socialisering, og individuel, da den repræsenterer aktørens unikke erfaringshistorie, som i samspil med strukturelle forhold udgør aktørens særlige perspektiv på verden. Habitus er forankret i kroppen og er historisk. Den er skabt og skabes af de sociale strukturer og klasser/kår, som individet er opvokset i. Den er dermed formidler af en særlig logik og sprog, som er et produkt af det felt som individet bevæger sig i. ”habitus’en er en kilde til uendelige, men alligevel strengt begrænsede nydannelser” (Bourdieu 2007, s. 95)

Et menneskes virkelighedsbillede er altså altid indskrænket af dennes historie.

Habitus er en central faktor i det sociale felt, da aktørens habitus disponerer aktøren til reaktioner og handlinger i feltet og dermed danner den baggrund, som aktøren indgår i feltet med. At jeg i min analyse drager habitus ind som begreb, skyldes at der i de empiriske fund ses en påvirkning af habitus hos den ældre borger. Borgeren med fysisk funktionsnedsættelse oplever brud i hverdagslivet – brud som består af afsagn og begrænsende muligheder for, at opsøge sociale kontakter, som tidligere har været en stor del af den fortløbende socialiseringsproces der opretholder og udvikler habitus hos borgerene. Ligeledes ses der, at hjemmeplejen kommer til, at indtage en central plads i borgerens sociale liv og kontakt til omverdenen, som ligeledes har betydning for de socialiseringsprocesser, som er medskabere af habitus.

Et begreb, som ligeledes er centralt i Bourdieus feltteori er begrebet **kapital**, dette er et element der har stor betydning for de enkelte aktørers positionering i feltet. Kapital består af de ressourcer og værdier, som aktørerne har i kraft af deres habitus og position i feltet. Bourdieu opererer med økonomisk, social og kulturel kapital. Derudover en symbolsk kapital, der adskiller sig fra de andre kapitaltyper ved at være bestemt af en kollektiv anerkendelse af summen af aktørens samlede kapitalmængde. Jeg har her valgt at have fokus på den sociale kapital, da de empiriske fund viser stor sammenhæng mellem borgerens sociale kapital og dennes trivsel og opfyldelse af behov i hverdagen. Bourdieu definerer social kapital, som sociale relationer og netværk. Den sociale kapital er tæt sammenhængende med de andre kapitalformer og har en forstærkende effekt på hinanden.



## **Analyse:**

Som tidligere nævnt har min tilgang til feltet været eksplorativ, hvilket betyder at min endelige problemformulering er dannet i samspil med feltet. Tilgangen har ligeledes betydet at analyseprocessen er startet allerede i mit første møde med feltet (jf. den etnografiske tilgang) (Hammersley & Atkinson 2007, s. 158)

Som tidligere nævnt tilgik jeg feltet med nogle antagelser og forventninger, som har været med til at forme mit fokus for specialet.

## **Transskription af interviews:**

Som tidligere nævnt har jeg valgt, udfra lydfilerne at transskribere alle interviews selv.

Transskribering af interviews indeholder dog en række udfordringer og valg, som er en vigtige del af bearbejdningen af denne del af empirien.

Transskriptionen indebærer en oversættelse fra en form til en anden – en forvandling af en virkelig situation, til en skriftlig tekst, hvilket er en reducerende proces.

Kvale og Brinkmann beskriver denne proces således:

Et interview er et levende socialt samspil, hvor tempoet, tonefaldet og kropsudtrykket er umiddelbart tilgængeligt for deltagerne i ansigt til ansigtsamtalen, men de er ikke tilgængelige for den, der uden for denne kontekst læser udskriften.(...) Lydoptagelsen af interviewet indebære en første abstraktion fra samtaleparternes levende fysiske tilstedeværelse, og det medfører et tab af kropssprog såsom kropsholdning og gestus. Transskriptionen af interviewsamtalen til skriftform indebærer endnu en abstraktion, hvor tonefald, intonationer og åndedræt går tabt. Transskriptioner er kort sagt forarmede, dekontekstualiserede gengivelser af levende interviewsamtaler. (Kvale og Brinkmann 2015, s. 236)

Citatet udtrykker tydeligt de abstraktioner og reduktionsprocesser, der sker igennem bearbejdningen af interviewene, hvilket jeg her kan genkende. Jeg vil her særligt trække mine 3 borgerinterviews frem som eksempel, da disse har indeholdt flest udfordringer og reduktionsprocesser i transskriptionen. De 3 borgere er mellem 77 – 101 år gamle og interviewene har været mere eller mindre følelsesladede. Dette har gjort, at stemmer og udbrud har været varierende i styrke, samt at stemmerne til tider var svage. Dette har indebåret en omhyggelighed ift. aflytning af båndene og har

krævet, at blive transskriberet mens interviewene var i frisk erindring. Som tidligere nævnt har jeg transskriberet interviewene umiddelbart efter afholdelsen. Ligeledes mener jeg, at det i denne proces har været af stor vigtighed, at jeg selv har foretaget transskriptionerne, da en anden hånds oversættelse ville være ude af stand til, at medtage de kontekstuelle faktorer, som har været af vigtighed.

I den konkrete nedskrivelse har jeg valgt at medtage pauser, grin og udbrud, for at være tro mod situationerne. Jeg har endvidere skrevet utydelige overgang ud på forståeligt dansk, så dette afspejler situationerne bedst muligt.

### **Feltnoter:**

Ligesom med transskriptionerne findes det her relevant, at synliggøre feltnotaternes tilblivelse. Også disse er underlagt en fortolkning fra min side, som kræver gennemsigtighed. Dette fordi: "...notatet ikke *er* virkeligheden, men forskerens tolkning af virkeligheden (...) forskerens konstruktion af det i forevejen konstruerende." (Kristiansen og Krogstrup 2002, s. 152)

I min nedskrivning af feltobservationer, har jeg skelnet mellem referende beskrivelser af det observerede og mine egne tanker og tolkninger heraf. Det vedlagte dokument her er den referende beskrivelse, mens mine egne tanker og tolkninger er nedskrevet i hånden i min notesbog.

Spradley skelner mellem forskellige typer af feltnoter: Den kondenserede beskrivelse, den udvidede redegørelse og journalen. (Spradley 1980, s. 70)

Den kondenserede beskrivelse indeholder de stikord og løsrevne nøgleord og sætninger, der er fremkommet og nedfældet under selve observationen. I mine observationsstudier er disse nedfældninger sket i bilen mellem besøg hos borgeren og på vagtstuen i middagspausen, når muligheden har budt sig.

Den udvidede redegørelse er den sammenhængende nedskrivning, som laves på baggrund af den kondenserede beskrivelse. Dette er her foretaget efter endt observation og repræsenterer det beskrivende referat, der her er vedlagt (se bilag 5).

Journalen indeholder en dagbog med notater af problematikker og ideer. Journalen er i dette studie nedskrevet i hånden og indeholder ideer, problematikker og analytiske sammenhænge der er fremkommet undervejs i mine feltstudier og i min databearbejdning.

Som tidligere nævnt har mit største fokus i observationsstudierne været rettet mod interaktionen mellem de interviewede borgere og SSA, hvilket afspejles i mine vedlagte feltnoter, som har størst detaljegråd ift. disse.

### **Analysestrategi:**

Efter flere dybdegående gennemlæsninger på tværs af det empiriske materiale er to divergerende og modsatrettede tendenser blevet synlige. Problematikker, der involverer og spiller ind på borgerens hverdagsliv, med betydning for opfyldelse af dennes behov. Ligeledes spiller disse ind på plejepersonalets problemforståelse og praksis, samt de institutionelle rammer. Dette drejer sig om praksisfeltets store **effektivitetskrav**, kontra en **omsorgsrationalitet** hos plejepersonalet, der fordrer nærvær og tavs viden, samt en forståelse af **borgeren som frit og selvstændigt individ**, kontra **systemets styring**.

Disse tendenser har været medvirkende til en yderligere afgrænsning af feltet.

Konkret er interviews og feltnoter kodet i Nvivo. Som tidligere nævnt er borgerens behov og plejepersonalets problemforståelser brede og svært målelige størrelser. Derfor har kodningen været styret af overordnede begreber. Borgerinterview og observationer af begreberne: ”at have”, ”at elske”, ”at være” og SSA interviews og observationer af begreberne: ”viden om”, ”kontakt med” og ”opfattelse af”. Den systematiske kodning har afdækket centrale kategorier og koder i empirien. Disse koder er efterfølgende ordnet i empirinære koder, hvilket vil sige at de indeholder essensen af indholdet i den valgte tekst. Koderne er tekstnære, men ikke taget direkte fra informanten selv. Kodningsprocessen har været en langvarig og cirkulær proces, med gentagne konsultationer af det samlede datamateriale, hvor der undervejs er fremkommet ideer til teoretiske sammenkoblinger. Idet kodningsprocessen er en dekontekstualiserende proces, (Kvale & Brinkmann 2015, s. 263) har jeg undervejs forsøgt, at bevare sammenhængen til konteksten, ved den gentagne læsning af de samlede transkriberede interviews. Dette for at undgå, at meningssammenhænge i teksten skævvrides.

Min analyse er delt i 2 dele, som hver besvarer et underspørgsmål.

Første del besvarer underspørgsmålet: *Hvilke behov tillægges størst betydning hos borgeren med fysisk funktionsnedsættelse?*

I en vekselvirkning mellem teori og empiri er der opstået følgende kategorier:

At have:

- Kroppens begrænsning

At elske:

- Netværkets betydning

At være:

- Deltagelse
- Bevarelse af social identitet

Som tidligere nævnt er der i stadig vekselvirkning mellem empiri og teori udvalgt 2 teorier som er relevante for analysen. Disse teorier er gennemgående i analysen.

Anden del af analysen besvarer spørgsmålet: *Hvordan er plejepersonalets problemforståelse?*

Da problemforståelsen er en dynamisk og omskiftelig størrelse er det her vigtigt at pointere, at det billede der her fremanalyseres, er et udad mange, som domineres af den tidsramme og det rum, som dataene er indsamlet i.

Jeg har i denne del af analysen inddraget citater fra de valgte lovdokumenter ifm. plejepersonalets viden om de regulative rammer i feltet (se nedenstående).

Som nævnt tidligere har jeg i min kodning taget udgangspunkt i Guldagers definition af problemforståelse som dannet i et samspil mellem SSA's "viden om", "kontakt med" og "opfattelse af" den konkrete borger.

Disse 3 begreber har været udgangspunktet for kodningen og i en videre vekselvirkning mellem teori og empiri er der opstået følgende kategorier:

- Sociale problemer
- Regulative rammer i krydsfeltet
- Kamp som styring
- Hjælp til selvhjælp
- Menneskesyn

**Analysens niveauer:**

Tove Thagaard nævner 3 forskellige fortolkningsniveauer, som en analyse skal indeholde, for at ende ud i en thick discription. Fortolkning af første, anden og tredje grad.

Jeg har i min kodningsproces arbejdet på alle 3 fortolkningsniveauer. (Thagaard 2004, s. 40-42)

- På første fortolkningsniveau – den rene empiri og den mening informanten selv tillægger verden.
- På andet fortolkningsniveau – hvor min tolkning af empirien er blevet omdannet til kategorier.
- På tredje fortolkningsniveau, hvor jeg i et samspil mellem empirien og teorien har koblet relevante teorier til min tolkning af empirien. (se kodeskema)

Den følgende analyse vi afspejle alle 3 fortolkningsniveauer. Teorien vil her blive udfoldet og koblet til praksis, med det formål at afdække de underliggende og skjulte forhold som ligger til grund for aktørernes forståelse og handlingstendenser. Her vil jeg endvidere drage linjer til samfundsmæssige dominansforhold.

**Analysens opbygning:**

Analysen er bygget op omkring de systematisk fremanalyserede kategorier, som repræsenterer det andet fortolkningsniveau, samt de tekstnære koder, der repræsenterer første fortolkningsniveau.

Kategorierne fungerer i analysen som overskrifter - de overordnede kategorier som hovedoverskrifter og underkategorierne som underoverskrifter. Der er i parentes efter hvert citat præsenteret den tekstnære kode, for at synliggøre tolkningsprocessen.

Analysedelene indledes med et kodeskema, som giver et overblik over analysen. I skemaets sidste spalte har jeg synliggjort de teoretiske begreber, der er anvendt i analysen (som repræsenterer analysens tredje fortolkningsniveau).

De enkelte afsnit i analysen deles op i en beskrivelse indeholdende 1. og 2. fortolkningsniveau og en teoretisk forklaring, indeholdende 3. fortolkningsniveau.

Hvert afsnit indledes med et lille overblik over indhold.

**Analysedel 1:**

Som nævnt vil min første analysedel styre mod besvarelse af første underspørgsmål:

**Hvilke behov tillægges størst betydning hos borgeren med funktionsnedsættelse?**

Som indledning til analysedel 1 vil jeg her kort præsentere de 3 interviewede borgere. Som tidligere nævnt er borgerene udvalgt ud fra kompleksitetsgrad, derfor har de 3 borgere forskellig tilknytning til det kommunale system, som her findes relevant at fremhæve.

Borgerens tilknytning til det kommunale system:

De interviewede borgere har forskellig erfaring og tilknytning til systemet. Den ene borger (her kaldet Anna) har en lang erfaring med det offentlige system. Hun er født med sit fysiske handicap og har i denne forbindelse en langvarig ”karriere” som bruger af det offentlige system.

En anden borger (Ib) har klaret sig selv igennem mange år, men har efter hans kones død haft problemer med helbredet og har igennem et par år været bruger af det offentlige system. Han har for få måneder siden mistet sin gang- og standfunktion og er i denne forbindelse blevet helt afhængig af det offentliges hjælp.

Den sidste borger (Asger) har ingen stor karriere som bruger af systemet. Han beretter om erfaringer med systemet, da hans kone døde for flere år siden, men har siden da, kun modtaget hjælp til rengøring. Han er indenfor det sidste halve år blevet mere afhængig af systemet, da han er blevet usikker på benene og behøver hjælp til de dagligdags gøremål, der kræver færden på trappen i hans villa.

## Kodeskema borger:

	Overordnet kategori:	Kategori: (2. fortolknings-niveau)	Koder: (1.Fortolknings-Niveau)	Teori: (3.Fortolkningsniveau)		
”at have”	Kroppens begrænsning	Brud i hverdagslivet	Utryghed	Bourdieu – Habitus, felt og kapital. Goffman - internalisering		
			Afsagn			
			Manglende lyst			
”at elske”	Netværks betydning	Netværk som ressource	Hyppig kontakt	Bourdieu – positionering og kapital.		
			Selvstændig			
		Netværk på afstand	Sjælden kontakt	Goffman -iscenesættelse af rolle, backstage, frontstage.		
			Ved ikke klarer selv			
”at være”	Deltagelse	At komme ud	Afsagn	Bourdieu – felt, positionering.		
			Nedskæring			
	Besøg	Hjemmets betydning	Krænkelse	Goffman – kulissen - indtryksstyring		
			Modstand		Hjælpe midler	Goffman – tilpasningsmekanismer, roller.
					Nedskæring	
	Tilbagetrækning	Stille				
		Rolleskift				
	Anstrengende kontakt	Velvilje	Ikke krævende	Bourdieu – felt, kapital.		
			Kontrolleret adfærd			
	Selvstændighed	Selvhjulpenhed	Bourdieu– habitus Goffmann - internalisering. Samfundets krav og forventninger.			

**Kroppens begrænsning:**

Som tidligere nævnt referere behovet ”at have” til borgerens levkår, såsom helbred, økonomi og uddannelse. I borgerinterviewene og observationsstudierne er det mest betydningsfulde og fremtrædende element hos borgeren med fysisk funktionsnedsættelse, den fysiske situation og den begrænsning som borgeren oplever at fysikken sætter i hverdagen. Alle de interviewede borgere giver udtryk for, at de ikke mangler noget, rent økonomisk og den uddannelsesmæssige baggrund ses heller ikke som skelskabende hos borgerne. Derfor fravælges det, at fremdrage borgerens materielle og uddannelsesmæssige baggrund, da dette ikke synes at være af stor betydning i deres nuværende situation. Mit fokus vil derfor i nedenstående afsnit være på de fysiske og helbredsmæssige elementer og deres påvirkning af borgerens dagligdag og opfyldelse af behov.

**Overblik:**

De empiriske fund viser, at alle de interviewede borgere oplever et brud i hverdagslivet, som de forbinder med deres fysiske funktionsnedsættelse. Dette kommer særligt til udtryk hos Asger og Ib, som udtrykker en oplevelse af determinisme ift. deres fysiske tilstand. De oplever begge den fysiske begrænsning som årsag til utryghed, sociale afsagn og manglende lyst i hverdagen.

Borgerne står overfor en ændring i deres oplevelse af hverdagen og af deres oplevelse af sig selv, som kræver en tilpasning og rekonstruktion af sociale vaner og habitus. Tilpasninger som borgeren har forskellige ressourcer og kapital ift. at imødekomme.

*Brud i hverdagen:*

De interviewede borgere har alle oplevet en ”tilbagegang” ift. evnen til at klare sig som de plejer i hverdagen, dette være sig såvel fysisk, psykisk og socialt. De fortæller alle om en følelse af et brud i hverdagslivet, som de alle oplever er en følge af deres fysiske funktionsnedsættelse. Asger beskriver, hvordan hans svækkede fysik har grebet ind i hans hverdag og hvorledes en utryghed og usikkerhed på egen krop har haft store konsekvenser. Bl.a. har han valgt at frasige sig sit kørekort som følge heraf. Han beskriver hverdagen således.

Den [hverdagen] har fået et knæk ved det her, at jeg ikke synes at jeg kan gå på trapperne. Jeg er blevet lidt bange for mig selv. Og hvis jeg....for der var en dag, der faldt jeg herinde og jeg kunne ikke rejse mig igen. Og på den måde blev jeg lidt forskrækket. Så derfor er jeg også ..... med bilen. Det er også blevet færdigt.  
(utryghed) (Bilag 3:15)



Asger beskriver her hvorledes flere forhold i hans dagligliv er ”blevet færdigt” for ham, hvilket han forbinder med sin svækkede fysik. Han beskriver en oplevelse af uigenkaldelighed ved kroppens svækkelse, som forårsager flere tab og brud for ham – både ift. at kunne færdes i sit hus (på trapperne) og frasigelsen af kørekortet. Knækket i hverdagen forbindes med en oplevelse af utryghed for Asger – en utryghed ved ikke at kunne stole på sin egen krop, som ligeledes har skabt en følelse hos Asger om at blive bange for sig selv. I ovenstående citat synliggør Asger en ændring i synet på sig selv, som han ikke har haft før og som har gjort ham ’lidt forskrækket’. En italesættelse af at Asger har oplevet et skift fra et tidligere billede af sig selv til et nyt.

Han beskriver videre de sociale afsagn, som afgivelsen af kørekortet har forårsaget.

.. ja, nu kan jeg sige at dagligdagen den er blevet lidt mere stille end den var før, for der kørte jeg en tur rundt og kiggede og jeg kørte ned til datteren og så satte vi os gerne derned og fik kaffe på terrassen - så på den måde er jeg blevet hjemmegående.  
(afsagn) (Bilag 3:15)

Asger sætter her ord på et brud, der er sket i hans dagligdag. Et brud fra en tidligere dagligdag, der har ændret sig fra, at Asger aktivt havde mulighed for, at opsøge verden udenfor hjemmet og besøge de nære pårørende, til nu at være bundet til sit hjem, hvor hverdagen beskrives som mere stille end tidligere.

Også Ib beskriver et brud i hverdagen. Ib beskriver en fysisk fastlåsthed og en manglende lyst til de ting som han tidligere godt kunne lide at lave.

...den [hverdagen] fungerer jo mest ved at sidde her på sin røv. Og det er sjovt, der er ting jeg kunne... Jeg kunne for eksempel tidligere godt lide at løse kryds og tværs det gider jeg ikke mere - jeg ved ikke hvorfor, men det er ligesom at... og det er for øvrigt det samme med at læse romaner - det gider jeg heller ikke mere. Jeg kan ikke fortælle dig hvorfor, men det...jeg har det jo ikke ondt hvis man kan sige sådan. Men der er heller ikke noget sjovt mere. (manglende lyst) (Bilag 3:21)

Ib reflekterer her over den manglende lyst – som han ikke rigtigt kan sætte ord på. Han synliggør et perspektiv på verden ud fra den situation han er i på nuværende tidspunkt, som adskiller sig fra tidligere, hvor han godt kunne lide, at gætte kryds og tværs og læse romaner. I ovenstående citat kobler han ikke sin fysiske situation direkte til denne følelse, men leder nærmere efter en årsag til den manglende lyst – hans refleksioner kredser dog netop om, at finde en fysisk årsag til denne manglende lyst, som synliggøres i hans tilkendegivelse af ikke at have ondt nogen steder. Der ses at Ib ikke synes, at kunne se andre årsager hertil end en fysisk, som han leder efter.

Ib bruger her ordet 'gider' ift. hans manglende lyst til de dagligdags aktiviteter, som henviser til et aktivt valg fra egen side og synliggør en oplevelse hos Ib om, at bære ansvaret for denne manglende lyst selv.

Senere i interviewet med Ib synliggør han flere steder en direkte kobling mellem kroppens begrænsning og følelsen af manglende lyst.

I nedenstående drager han en direkte sammenhæng mellem sin fysiske begrænsning og lysten til gøremål i hverdagen. Han beskriver en manglende lyst til, at gøre noget i dagligdagen og en følelse af ligegyldighed, hvilket han kobler til den hæmmede krop, ligeledes beskriver han en manglende glæde ved familien, hvilket han også kobler til sin fysiske tilstand.

*I: Er der nogen ting du kan lide at lave i hverdagen?*

...nej ikke sådan. Nu er jeg selvfølgelig også hæmmet rent kropslig.(...)Nej, jeg føler heller ingen trang, men det har altså også noget med legemets svaghed at gøre.(...)altså jeg var jo meget glad for de unger den gang. Men der fejlede jeg heller ikke noget. (manglende lyst) (Bilag 3:19-20)

Der synliggøres i ovenstående en tæt sammenhæng mellem Ibs oplevelse af sin fysiske, psykiske og sociale tilstand – Ib oplever at der er et dialektisk forhold mellem disse. Det er dog gennemgående igennem interviewet, at Ib sætter sit fysiske helbred som den grundlæggende og overordnede årsag til de brud han har oplevet i hverdagen. Ib beskriver et brud på sin opfattelse af hverdagslivets gøremål, som en følge af den hæmmede krop, og ligeledes et brud med den glæde som hans sociale netværk tidligere har repræsenteret for ham, men som han her beskriver som fraværende pga. den nuværende fysiske tilstand han er i.

Teoretisk forklaring:

I ovenstående ses en gennemgående følelse af brud på hverdagslivet hos borgerne. Et brud der påvirker borgerens habitus og som er tæt knyttet til en ændret fysisk tilstand hos borgeren. Både Asger og Ib synliggør tydeligt denne ændring i deres perspektiv på verden og ændring i synet på sig selv.

Dette kommer særligt til udtryk i Asgers fortælling om sin oplevelse af, at blive bange for sig selv. Der ses en ændring i borgerens livssituation og dermed dennes måde at se på sig selv. Samtidig beskrives der en oplevelse af uigenkaldelighed i denne ændring, som gør at borgeren forholder sig til vedvarende ændringer i deres muligheder for, at positionere sig i det sociale rum og samtidig en vedvarende ændring i deres syn på sig selv. Bourdieu beskriver habitus som kropsligt forankret, hvilket kommer tydeligt til udtryk hos Asger, der beskriver hvordan han må give afkald på sociale vaner, grundet sin oplevelse af at han ikke kan stole på sin fysik. De kropslige barrierer opleves af Asger som uigenkaldelige vilkår, som han nu må forholde sig til og som ikke stemmer overens med hans tidligere sociale vaner. Asger står overfor at måtte ændre og rekonstruere disse sociale vaner, som er en stor del af hans habitus - en proces som han synes at være i gang med, hvilket han synliggør ved sin beskrivelse af sig selv som værende hjemmegående.

Når en borger, som Ib, oplever en manglende lyst til hverdagens aktiviteter kan dette ligeledes skyldes en ændring af hans perspektiv på verden – en ændring som Ib har svært ved at tilpasse sig og som hans manglende lyst til dagligdagens gøremål vidner om. Den manglende tilpasning skaber en splittelse af Ibs habitus. Ibs liv og livsvilkår er ændret og svarer ikke til det ”historiske skema” som Ibs habitus er bygget på. Ibs reaktioner på de ændrede livsvilkår er her anderledes end Asgers. I stedet for, som Asger, at forholde sig aktivt til de ændrede livsvilkår, oplever Ib en manglende lyst i hverdagen, hvilket kan være et tegn på at Ibs habitus er ”ude af trit” med de livsvilkår, som Ib har på nuværende tidspunkt. Dette fører til handlinger og reaktioner hos Ib, som han har svært ved at genkende og som kan ses i Ibs ledener efter årsager til hans manglende lystfølelse. Der ses en oplevelse af meningsløshed hos Ib, som netop kan skyldes dette splittede habitus.

At Ib ikke kommer ud i de sociale sammenhænge, som han tidligere har bevæget sig i skaber ligeledes en manglende fornemmelse og genkendelse af sin egen habitus – en fremmegørelse.

Der ses i citaterne en selvopfattelse hos Ib, som stående alene med de indgribende konsekvenser som funktionsnedsættelsen skaber i hverdagen. Som ifølge Goffman kan være en internalisering af

samfundets utilitaristiske strømninger og forventninger om, at man som medborger er selvstyrende og selvansvarlig for egen situation.

Når humør, lyst og sociale forhold kobles direkte til den fysiske funktionsnedsættelse ses en tæt sammenhæng mellem borgerens fysiske, psykiske og sociale tilstand og dermed en sammenhæng mellem behovene ”at have”, ”at elske” og ”at være” – forhold der her synes at betinge hinanden. Et gensidigt påvirkningsforhold, der i Ibs tilfælde kan være udløst af såvel en fysisk, som en psykisk eller social problemstilling.

Hos Ib ses der dog en opfattelse af, at det er hans fysiske begrænsning, der er udløsende årsag. Han oplever, at der som følge af det fysiske, kropslige svigt sker en påvirkning af sociale forhold og positioner i det sociale rum. Ligeledes kobler Ib sin ændring i følelsen af lyst og glæde ved at indgå i de sociale sammenhænge, som han tidligere har indgået i til den fysiske krop. Der ses altså en biologiske determinisme i Ibs opfattelse af sine problemstillinger i dagligdagen – en determinisme, som også synliggøres i Asgers oplevelse af uigenkaldelighed ift. hverdagens brud.

Denne biologiske determinisme er en tendens der ses hos alle borgerene – en tendens til at den fysiske krop ses som en overordnet årsag til de oplevede brud i hverdagen. Ligeledes oplever borgerene at de afsagn som de lider i hverdagen er determineret af deres fysiske helbred.

De afsagn, som borgerne oplever at der knytter sig til den fysiske begrænsning skaber som sagt ændrede positioneringsmuligheder for borgeren, særligt på det sociale område. Hos Asger, der har valgt at frasige sig sit kørekort, beskrives en markant ændring i dennes sociale positioneringsmuligheder, i og med at friheden til at opsøge den sociale kontakt til datter som han tidligere har gjort, fratages. Asgers sociale handlingsrum reduceres og han beskriver, at han er blevet hjemmegående. Han er blevet bundet til hjemmet og dermed frataget en social kapital. Borgers sociale vaner bliver hermed reduceret af den kropslige begrænsning med flere konsekvenser til følge. Den sociale kapital, som iflg. Bourdieu består af individets tilhørsforhold til andre mennesker, fremstår som en faktor, der tillægges stor betydning hos den enkelte borger og som ligeledes har stor indvirkning på borgerens sociale identitet.

**Netværkets betydning:**

Overblik:

Ifølge Allard defineres behovet ”at elske” som behov for sociale netværk og følelsesmæssige relationer.

Ud fra de empiriske fund ses det, at kontakten til det sociale netværk har en stor betydning ift. opfyldelse af behov hos borgeren.

Borgerene oplever en begrænsning af deres muligheden for, at færdes ude og opsøge den sociale kontakt. Som følge heraf bliver det essentielt, at netværket træder til, som de opsøgende i kontakten. Kontakten og støtten fra de nære pårørende får en stor betydning for borgerens mulighed for at positionere sig i det sociale rum og for at bevare et billede af sig selv som selvstændig aktør i hverdagslivet.

Der ses hos de interviewede borgere forskellige vilkår ift. netværket og disse vilkår synes at være afgørende for borgernes billede af sig selv samt måden at tilpasse sig den givne situation. Der bekræftes her ligeledes en stor sammenhæng mellem behovene ”at elske” og ”at være”. At borgeren på baggrund af et nært netværk kan iscenesætte en rolle som selvstændig i hverdagen, mens borgeren med knap kontakt til netværket oplever en større afhængighed.

Der synes dog, at være et gennemgående behov for at bevare en rolle som selvstyrende individ, på trods af de forskellige vilkår borgeren har herfor. Et behov som borgerens sociale netværk spiller en stor rolle ift. at kunne opfylde.

*Netværk som ressource:*

Asger har sine børn i nærheden. Børnene bor begge i samme by og kommer hyppigt og regelmæssigt på besøg. Børnene varetager flere af de opgaver i hjemmet som Asger ikke selv magter mere. Han synliggør i interviewet en stor glæde ved at kunne klare tingene selv, uden kommunens hjælp, hvilket han har muligheden for i kraft af det nære netværks tætte kontakt. I interviewet fortæller Asger, at han aldrig har været huslig og har aldrig været god til at lave mad. Han beskriver her at hans børn hjælper ham og ofte giver ham mad med hjem, når han er hos dem og spiser.

...så selvfølgelig kommer jeg op til sønnen og spiser og så får jeg noget med hjem og så tager jeg ned til datteren og spiser og så får jeg også noget med hjem. (hyppig kontakt)(Bilag 3:12)

At Asger har så stor en hjælp af sine pårørende, gør at han, da vi snakker om hvor meget hjælp han har brug for, kan fremhæve de ting han klarer selv.

Og maden den klarer jeg selv og vask - det har jeg klaret selv, men nu gør jeg ikke mere fordi...lidt med trapperne..(....)... Men nu min datter hun ordner vasken og sønnen han holder haven. Så det er fordeling. (selvstændig)(Bilag 3:13)

Hos Asger tillægges det stor værdi, at kunne klare de praktiske opgaver i hjemmet selv. At han ikke selv magter at vaske mere, synes han at kunne kompensere for i kraft af den hjælp han har fra hans børn.

Der synliggøres hos Asger en oplevelse af fortsat at kunne bevare en selvstændig hverdag på trods af sin fysiske funktionsnedsættelse. Ligeledes synes han, at kunne bibeholde et billede af sig selv som selvstændigt individ, grundet det nære netværks hjælp.

#### *Netværk på afstand:*

Også hos Ib tillægges selvstændigheden en stor værdi. Han har dog ikke pårørende som kompenserende netværk i nærheden, hvilket har betydningen for hans selvbillede.

Ib beskriver i interviewet en sparsom kontakt med sit familiære og private netværk. Han har familie, der bor længere væk og har derfor ikke regelmæssige besøg.

Da jeg i interviewet spørger ham hvilke personer, der kommer i hans hjem svarer han følgende:

...altså for det første, er det meget hjælpere det er klart, ellers kommer der ikke så forfærdelig mange. ...(..)... ja, og så selvfølgelig. I forbindelse med jul og den slags ting kommer der jo ekstra, men ellers så er det.. Ja, nu ham Allan der ringede her han kommer jævnligt måske engang kun en halv time, andre gange lidt længere, men sådan er det jo. Og mine børn det gælder jo det samme. (sjælden kontakt) (Bilag 3:23-24)

Ib beskriver her, at den primære kontakt for ham i hverdagen er den kommunale hjemmepleje (hjælpere) mens kontakten med familien er uregelmæssig og sjælden. Han synliggør ligeledes en oplevelse af, at de besøg han får af sin familie og sit private sociale netværk, er af kort varighed.

Han beskriver, hvor svært det er blevet for ham, at besøge sin familie og i denne forbindelse henviser han under interviewet flere gange til en invitation til konfirmation, med et billede af hans barnebarn forpå. Da jeg spørger ind til hans familie beskriver han et dilemma ift. at være blevet inviteret til konfirmation, men samtidig, at være ude af stand til at komme hjemmefra.

Nej, nu kan du se Anita der, mit barnebarn skal have den der konfirmation og jeg ved ikke hvordan jeg skal komme til Skagen. (ved ikke) (Bilag 3.20)

Ib synliggør her en oplevelse af at stå alene med planlægningen af transport til konfirmationen, som Ib ikke ved hvordan han skal håndtere. Da jeg under interviewet spørger ind til om der er nogen der kan hjælpe ham i denne situation er Ibs svar, at han må klare det selv.

*I: har du nogen der kunne hjælpe dig med det?*

Det kan jeg jo selv, prøve at ringe til taxa. Ja. (klarer selv) (Bilag 3:20-21)

Ib fejer her spørgsmålet om, at få hjælp til noget som han ikke selv ved hvordan han skal gribe an, væk med en bemærkning om at kunne selv. En bemærkning, som direkte modsiger hans tidligere refleksion om ikke, at vide hvordan han skal håndtere situationen. Der synliggøres hermed et behov hos Ib for fortsat, at fremstå som en person der klarer tingene selv.

Teoretisk forklaring:

Som nævnt synes der, at være et gennemgående behov hos borgeren for, at bevare en rolle som selvstændigt individ, på trods af de forskellige vilkår borgeren har herfor.

Asger kan, i kraft af sit gode private netværk, iscenesætte en rolle som selvstændig, uden behov for megen hjælp fra systemet. Grundet sin kompenserende familie, bibeholder han hermed en rolle og et selvbillede som selvstændig i hverdagen.

På samme måde iscenesætter Ib en rolle som selvstændig, som dog står i kontrast til hans tidligere kommentar ift. at han ikke ved hvordan han skal takle situationen. Der sker et skift i Ibs optræden, som kan skyldes et skift i scenen, fra en backstage optræden, hvor han har fralagt sig sin facade, til en frontstage optræden, hvor Ib forsøger, at iscenesætte et selvbillede som selvstændigt individ.

Han har ikke den samme støtte fra netværket som Asger, men har fortsat et behov for at fremstå som selvstændigt individ – et behov for at bevare en identitet, på trods af det brud, som den fysiske funktionsnedsættelse har udgjort i hans hverdag.

Ud fra ovenstående ses det som nævnt, at netværket har stor betydning for hvordan hverdagen fungerer og håndteres af borgeren med funktionsnedsættelse. I feltet giver det, at have et netværk, som fungerer som en ressource, en særlig position i det sociale rum, ligesom et netværk på afstand skaber en lavere position i det sociale rum. Disse forhold skaber således en stor ulighed i feltet – en ulighed i borgerens sociale kapital, som det sociale netværk har en stor betydning i forhold til. Netværket har ligeledes en stor betydning for borgerens mulighed for at iscenesætte et selvbillede som selvstændigt individ – en rolle som hos borgerene tillægges stor betydning og værdi.

### **Deltagelse:**

Overblik:

Som tidligere nævnt defineres behovet ”at være” som borgerens behov for at besidde og udleve en social identitet.

Der ses af empirien et afsagn hos borgerne ift. muligheden for fortsat deltagelse i det sociale liv – en deltagelse der har stor betydning for bevarelsen af den sociale identitet. Når muligheden for selv at opsøge omverdenen og sociale kontakter udenfor hjemmet forsvinder som del af den fysiske funktionsnedsættelse og systemets rammesættelse heraf, synes hjemmet at spille en stor rolle ift. borgerens sociale identitet. Hjemmet udgør rammerne for hverdagslivets sociale element, som hovedsagelig bliver i form af besøgende i hjemmet. Hos alle borgerene synliggøres der generelt en oplevelse af hjemmet som en betydningsfuld ramme.

*At komme ud:*

Alle de interviewede borgere udtrykker et afsagn ift. muligheden for deltagelse i det sociale liv, som de tidligere har kunne deltage i. Dette være sig pensionistklubben, fælleshuset eller en tur i byen.

Anna: Ja, jeg er så tilfreds, som man nu kan være, men jeg kan da godt nogle gange tænke, at det kunne være rart at klæde sig pænt på og så bare lukke døren og tage ind til byen eller hvad nu..., ik os. (afsagn) (Bilag 3:3)



Asger: Og den pensionistklub har jeg deltaget i i mange år og der var vi mange, men nu.... ja han ringede lige - var det i forgårs - for at høre om jeg kommer til mødet. Det gør jeg ikke - det kan jeg ikke - og nu er vi ikke andet end tre tilbage .... sådan er det jo ....det er livets gang. (afsagn)(Bilag 3:16)

Ib: Jaehh, det var rimelig kort tid efter at jeg flyttede ind her at jeg fik dårligdomme og derfor -det er jo vores fælleshus der over (peger ud af vinduet på bygningen overfor). Og ehh det er ikke ret mange møder jeg har været med til derover. (afsagn) (Bilag 3:19)

Fælles i ovenstående er en oplevelse hos borgerene af, at være bundet til hjemmet og dermed afskåret fra de aktiviteter, som de tidligere har kunnet deltage i.

Anna fortæller, at hun tidligere har haft en klippekortsordning i kommunen, hvor hun fik tildelt 1 time om ugen til at få ledsagelse til hvad hun måtte have behov for. Dette beskriver hun, som en stor frihed, som hun ofte brugte på at tage en tur til byen, hvilket har været af stor betydning for hende. Dette er dog skåret ned.

Og der havde vi jo det der med klippekort. Og der havde jeg 1 time om ugen og så kunne man også samle sammen, Som man gerne ville og så måske tage på en bytur. Og så lige pludselig tager de det bare væk. Fuldstændig. Og nu her der har jeg slet ingenting. (nedskæring) (Bilag 3:4)

Anna udtrykker her en utilfredshed med at 'de bare tager det væk' – en utilfredshed med en kommunalt styring, som afskærer hende fra, at kunne tage en tur i byen, som har stor betydning for hende. I det senere interview og i mine observationer hos Anne kommer denne utilfredshed med den kommunale styring også til udtryk på andre måder. Hos Anna knytter dette sig særligt til forhold omkring hendes hjem.

#### *Besøg:*

Hjemmet synes, at have stor betydning for borgeren, når denne oplever begrænsede muligheder for at komme ud, og det dermed er indenfor hjemmets mure det meste af borgerens liv udspiller sig.

Borgerens primære kontakt med omverdenen bliver, som følge af disse begrænsede muligheder, hovedsagelig i form af besøg i hjemmet.

Der ses hos alle borgerne et ønske om, at være en god vært/værtinde og jeg oplever under mine interviews i borgerens hjem, at alle oplever det som en betydningsfuld faktor hvordan deres hjem tager sig ud. Under mine observationsstudier synliggøres dette.

..Anna byder mig ind i hendes stue. Hun siger, at jeg meget gerne må kigge mig omkring, hvilket jeg gør.

Senere spørger Anna mig op til flere gange, om jeg har set hvad hun har hængende på væggen i stuen og hun vil gerne at jeg åbner hendes bornholmer ur og kigger hvad der står på indersiden af lågen.

Anna virker meget knyttet til sine møbler og ting og det betyder meget for hende, at tingene er i orden. Hun fortæller endvidere, at der kommer rengøringsdame i dag, som skal støve af for hende. Hun fortæller, at det ikke er alle der får lov at støve hendes ting af – da hun er bange for at de går i stykker. (Hjemmets betydning) (Bilag 5:5)

Han (Ib) siger endvidere undskyldende, at der roder i hans hjem. ...(...)....

Hjemmet er præget af bunker af reklamer og askebægre – tomme glas og i køkkenet står 3 tomme snapseflasker. (Hjemmets betydning) (Bilag 5:13)

Hos Anna ses en stor stolthed ift. hendes hjem, møbler og ting, som hun er knyttet til og som er af stor betydning for hendes følelse af status. Ligeledes pointerer hun igennem interviewet, at mange af hendes møbler er nogen hun selv har valgt og købt.

Ib synes ikke at have det samme nære forhold til sit hjem. Dog synliggør han under mit besøg i hjemmet en opmærksomhed på, hvilket indtryk hans hjem giver til hans gæst.

Hjemmets betydning for borgeren bekræftes flere gange i empirien, i nedenstående fortæller Anna om oplevelser ifm. et besøg af vagtlægen, som hun fortæller har virket krænkende på hende.

Anna fortæller endvidere om en situation, hvor hun havde været faldet i sit hjem og havde slået sig voldsomt. I denne forbindelse havde hun kontaktet vagtlæge, som var kommet og havde tilset hende. Vagtlægen havde taget et kig rundt i hendes hjem og

havde herefter sagt at hun burde flytte hendes møbler, - så hun ikke faldt igen. Annas oplevelse var, at vagtlægen havde haft mere fokus på hendes hjem og møbler end på hende – og havde krævet at hun skulle skille sig af med møbler – Anna bad herefter vagtlægen om at ringe til falck og i øvrigt gå sin vej. (krænkelser) (Bilag 5:6).

Anna fremviser her en stor tilknytning til sit hjem og synliggør i situationen med vagtlægen et behov for at være selvbestemmende ift. eget hjem. At vagtlægen kommenterer på hendes indretning og skaber en oplevelse hos Anna af at blive opfordret til at skille sig af med betydningsfulde møbler, synes at være en stor krænkelse for Anna, som ender i en modstandsreaktion, hvor Anna beder lægen om at gå.

Teoretisk forklaring:

Ifølge deltagelse i aktiviteter udenfor hjemmet, ses der hos alle borgerne et tab af position i det sociale felt. Borgeren oplever begrænsede muligheder og frihed til at positionere sig i feltet som opsøgende i forhold til omverdenen. Begrænsede muligheder, som langt hen ad vejen ses som en naturlig, uigenkaldelig følge af den fysiske funktionsnedsættelse og som igen afspejler den biologiske derterministiske forståelse, som præger borgeren. Dette synliggøres af Asger, som beskriver det sociale afsagn som 'livets gang'.

Anna sætter dog ord på hvordan kommunen har reduceret hendes sociale muligheder. Hun beskriver hvordan kommunen har valgt at skære ned ift. klippekortsordningen. En ordning, hvor borgeren blev tildelt et tidsrum, der åbnede sociale muligheder. Nedskæringen heraf synes, at blive grobund for en reproduktion af sociale forskelle og ulighed i feltet.

Der ses her en rammesættelse og dermed en begrænsning af borgerens sociale muligheder fra kommunal side. Denne begrænsning af muligheden for at komme hjemmefra, gør hjemmet til borgerens primære sociale rum. Et socialt rum, som særligt hos Anna fremstår som en stor kilde til sociale identitetsbekræftelse.

I Goffmans optik kan der tales om, at en stor del af Annas facade er hendes hjem. En kulisse som hun værner om og har stort behov for at bestemme over. At andre kommenterer på denne kulisse og anbefaler ændringer heri imødekommes med modstand fra Anna. Et tegn på, at kulissen – hjemmet – udgør et, af Anna, givent indtryk, som er en del af en betydningsfuld selviscenesættelse og selvbillede. Bekræftelsen af dette selvbillede som Anna her søger, er af stor følelsesmæssig

betydning for hende, hvilket kan hænge sammen med den sociale position som hun har mulighed for at indtage. At hun i ovenstående situation med vagtlægebesøget oplever at blive dominerede, udløser en modstandsreaktion.

### **Bevarelse af social identitet:**

Overblik:

Udover deltagelse i det sociale liv ses der hos borgeren et stort behov for, at bevare en vis social position og status i det sociale rum, som kommer til udtryk ved forskellige måder, at tilpasse sig på hos borgeren. Tilpasningsmekanismer, der synes at have stor betydning for borgerens bevarelse af social identitet.

*Modstand:*

Alle borgere har oplevet, at kommunen har måtte lave om i hjemmet og installere hjælpemidler, hvilket beskrives af borgeren som et stort indgreb i borgerens liv. Særlig følelsen af ikke at have noget at skulle have sagt i forbindelse her med, og oplevelsen af at få dikteret ændringer i egen kulisser, har skabt en følelse af, at tabe ansigt og social position hos borgeren. Disse følelser skaber tilpasningsmekanismer hos borgeren, som i nedenstående ses som modstand, som hos Anna udtrykkes verbalt, mens Asger har grebet til en modstandshandling.

Anna udtrykker en følelse af magtesløshed og fratagelse af selvbestemmelse ift. at kommunen kan kræve det, som for hende føles som et stort indgreb i hendes privatliv. Hun beskriver under interview hendes soveværelse som ødelagt, da der er blevet stillet krav til, at hun fik en plejeseng og en loftslift ind i rummet.

...det er ødelagt. Det er det, jeg havde den flotteste seng og jeg kan ikke lide at de bare kan komme ind og så diktere sådan noget. nej, det kan jeg ikke lide og ligesådan den der loft lift og det. (hjælpemidler) (Bilag 3:7)

Asger beskriver, hvordan en kommunal nedskæring gjorde, at han ikke kunne få hjælp til rengøring på sit badeværelse. I denne forbindelse valgte han at ringe til avisen, da han følte sig urimeligt behandlet. Han beskriver den situation, hvor den kommunale visitator var på besøg ifm. nedskæringen således:

... 'Nej, du skal skæres ned i hjemmehjælp.' Nå, men det er jo nu længe siden, men så sagde hun: 'Vi sløjfer lige badeværelset så skærer vi lidt ned'. Så sagde jeg, 'det kan da ikke være rigtigt at badeværelset skal slutes, at det skal droppes'. 'Joooh' sagde hun, 'så kan du få det mindre'. Det var fint. Så ringede jeg til stifttidende. Så sagde jeg: 'I skriver I gerne vil have en god artikel' og så fik jeg dem [stifttidende] ud at se på det og jeg har en stor mappe derinde med artikler i, hvor fotografen har taget billeder af mig på badekarret og i stuen og alle mulige steder så det har jeg. Og der var en stor artikel i [avisen] og så var der mange der spurgte: 'fik du noget ud af det?' Nej, det gør jeg ikke - man får bare luft for sig selv, man får ikke noget ud af det.  
(nedskæring) (Bilag 3:13)

Han beskriver her hvorledes kommunen har ”sluttet” og ”droppet” noget hos ham, som han ikke selv var herre over eller følte sig hørt i. Han tager i denne situation til genmæle og forsøger at tage styringen ifm. dette, dog uden at kunne ændre på situationen. Dog beskrives modstandshandlingen som vigtig på trods af den uændrede situation.

Asger beskriver følelsen af, at få luft, men samtidig hvordan det er umuligt, som borger, at ændre på de beslutninger der er truffet i kommunen. Han beskriver et behov for, at få luft for frustrationen, hvilket han følte at han fik i form af avisartiklen.

Teoretisk forklaring:

Der ses hos både Anna og Asger en følelse af ikke at kunne kontrollere situationen i eget hjem. At det givne indtryk, som hjemmet repræsenterer, bliver påvirket af de institutionelle krav. Der ses en oplevelse af, at blive frataget rettigheder, hvilket hos begge skaber en modstandsreaktion.

I Goffmans fremstilling af mekanismer der ses hos patienter underlagt institutionel styring, beskriver han forskellige mekanismer som patienterne udviklede, for at bibeholde og udleve en egen identitet. Der kan her drages sammenligninger til en af disse mekanismer. En modstandsreaktion, som har til hensigt, at står imod institutionens dominans og dermed opretholde et selvbillede. Asgers historie kan her ses som en reaktion på en følelse af, ikke at være i stand til at beherske egen bolig og ”kulisse”. At systemet har taget kontrol over en facaderekvisit, som er vigtig for Asger, grundet hans bundethed til hjemmet. Der ses en modstandsreaktion, hvorigennem han

iscenesætter en rolle som selvstyrende ift. egen kulisse. Et selvbillede som igennem et samarbejde med medierne sendes ud i omverdenen og dermed gør det muligt for Asger, at få bekræftelse for sin rolle som selvstyrende medborger fra flere sider.

#### *Tilbagetrækning:*

Der ses en oplevelse af at tabe social identitet hos borgeren, der bliver afhængig af den kommunale hjælp. En oplevelse som borgeren forsøger at kompensere og tilpasse sig i forhold til, på forskellige måder.

Hos Anna og Ib, der begge modtager meget hjemmehjælp, ses der forskellige tilpasningsmåder.

Den ene er en tilbagetrækning fra situationen, som jeg oplever under mine observationsstudier hos Ib, hvor Ib er på vej i bad. I denne forbindelse er der 2 SSA'er til stede, da Ib er liftbruger og har en gulvlift, som skal betjenes af 2 personaler. Igennem denne situation ses der, at Ib er stille og tilbagetrukket i kontakten.

...Ib ligger uden at sige noget, Rikke begynder at klæde ham af og beder i denne forbindelse Ib om at rulle fra den ene side til den anden i sengen. Ib tager fat i sengehesten og drejer sig rundt, mens Rikke støtter ham i dette ved at skubbe ham let i ryggen. Under sengebadet er der kun korte ordvekslinger, som der tages initiativ til af Rikke. Ib svarer kort. Rikke dækker Ib med et tæppe og går herefter ud og ringer til en kollega, der skal være med til at forflytte Ib, som er liftbruger.

Der bliver banket på døren og en anden SSA kommer ind og hilser på Ib, som gengælder hilsnen med et nik. Rikke kører herefter liften frem og sejlet [et stofstykke, der bruges til at løfte borgeren op i] bliver lagt på plads under Ib. Plejepersonalet giver ham besked på hvad de gør og Ib svarer ja eller nikker hertil. Efter at sejlet er på plads får Ib et håndklæde over benene og bliver liftet over på bækkenstolen, som han skal sidde på imens han er i bad. Under hele situationen bliver der snakket en del imellem de 2 kollegaer omkring deres tidsplaner og hvor mange besøg de mangler. Ib er stille. Den medhjælpende kollega går igen, for at nå et borgerbesøg, inden Ib igen skal liftes.

I badesituationen er Rikkes opmærksomhed meget centreret om de praktiske opgaver der skal foretages og kommunikationen er meget sparsom. Ib bliver kørt fra soveværelset til badeværelsets brusekabine på bækkenstolen. Rikke tænder for vandet

og temperer det, hvorefter hun giver bruseren til Ib, så han kan bruse sig. Han bliver sæbet ind med hjælp fra Rikke, som snakker om hverdagsting, som vidner om at hun kender Ib godt. Ib er stadig meget fåmælt. Efter badet bliver han kørt til vasken, hvor Rikke reder hans hår og hjælper ham i undertrøje og skjorte. Herefter ringer Rikke efter sin kollega igen, som er der kort tid efter. I soveværelset bliver Ib igen liftet op i sin seng, hvor han hjælpes i bukser og herefter liftes han tilbage i sin kørestol. Tingene går hurtigt og effektivt, mens personalet småsnakker – mest med hinanden. Ib får korte beskeder hver gang nye handlinger bliver gjort, han svarer med enkelte ord og virker ikke nærværende i kontakten. (Stille) (Bilag 5:12-13)

Der ses, at Ib er stille og ikke virker nærværende i kontakten. Hele det ovenstående besøg hos borger er karakteriseret ved en sparsom kontakt mellem Ib og plejepersonale og ligeledes en manglende inddragelse af Ib i situationen.

I mine senere observationer i hjemmet, her i forbindelse med interview hos Ib, observeres et skift i Ibs fremtoning ift. tidligere, hvilket synes at bekræfte Ibs tilbagetrækning i interaktionen med plejepersonalet.

Jeg oplever et stort skift i Ib's fremtoning, fra formiddagens besøg sammen med hjemmeplejen. Fra at være tilbagetrukket og ikke sige mange ord under det travle morgenbesøg, til at fremstå som en mand der er opmærksom på hjemmet og på sin gæst. (Rolleskift) (Bilag 5:13)

Ib indtager her en anden og mere aktiv rolle, end under det tidligere morgenbesøg.

Under interviewet med Ib synliggøres der en modsatrettet oplevelse hos Ib ift. de mennesker der kommer i hans hjem. Han beskriver en følelse af ubehag ved at der kommer folk i hans hjem, men samtidig en erkendelse af, at han ikke kan klare sig alene.

Nogle gange tænker man med folk der kommer rendende: Åh rend mig i røven jeg gider sgu ikke.(griner) og omvendt i perioder, man kan jo ikke sådan, hvad skal jeg

sige, undvære sine medmennesker. Man skal jo have nogen kontakter ellers går man jo helt i stå (griner).(Anstrengende kontakt) (Bilag 3:24)

Ib veksler her mellem en lyst til at være fri for kontakten med andre, men ligeledes en bevidsthed om hans afhængighed af andre. Der synliggøres en oplevelse af kontakten med andre som værende anstrengt for Ib. Ib griner flere gange i denne ordveksling – en form for indtryksstyring, hvor han prøver at bløde op for alvorlige udsagn. En indtryksstyring, der endvidere kan indikere, at jeg som interviewer må være opmærksom på at jeg er på vej ind på hans backstage områder.

*Teoretisk forklaring:*

Ses der på Ibs tilbagetrukne holdning, som en tilpasningsmekanisme sker der under morgenen plejen et forsøg hos Ib på at bibeholde et særligt billede af sig selv, som han i denne situation ikke kan iscenesætte og søge bekræftelse på. Ib er i situationen et ”enmandshold” ift. to repræsentanter fra det samme hold. I plejesituationen er Ib afhængig af hjælpen – en tilbagetrækning kan her ses som en reaktion på at blive tillagt eller påtvunget en rolle som afhængig og ikke inddraget i situationen, som Ib ønsker at undgå.

Skiftet i Ibs fremtoning under mit senere besøg i hjemmet, kan ses som 2 forskellige optrædere og roller som Ib indtager. En rolle som tilbagetrukket og stille, hvor han forholder sig passiv og en rolle som vært for en gæst. Ibs skift i fremtræden tyder på 2 forskellige selviscenesættelser hos Ib. Når Ib i interviewet senere beskriver en følelse af ubehag ved at ’folk kommer rendende’ kan dette være en reaktion på en rolle, som for Ib gør det svært, at opretholde sin sociale identitet. At trække sig fra kontakten bliver her en måde, at forsøge at undgå at internalisere en rolle som den ufrie og afhængige borger. Dette indikerer, at der er en forskel på Ibs eget selvbillede og sociale identitet og den rolle, som plejepersonalet forventer af ham– at Ibs egen oplevelse af selvet er anderledes end det billede af selvet, som plejepersonalet tillægger ham.

*Velvilje:*

Hos Anna ses der et behov for, at fremstå som en særlig person, der fortsat påtager sig et ansvar i samfundet og bidrager med det som hun fortsat kan bidrage med. Anna beskriver, at hun altid betaler sin taxa selv, når hun skal til undersøgelse på sygehuset og det fremgår, at det har stor betydning for hende, at bliver anerkendt for dette.



Men det er noget jeg selv vil, når jeg skal der ind, så tager jeg en lift taxa og den betaler jeg selv. Fordi jeg synes det er let nok bare, at forlange og jeg mangler ingenting...(…)men det var også det doktoren sagde, at de aldrig havde oplevet en som mig. Og der nævnte jeg også det der med, at jeg godt synes jeg selv kunne betale taxaen. (ikke krævende) (Bilag 3: 9)

Ligeledes beskriver Anna, at hun ligger stor vægt på ikke at opgive sin situation. Hun lægger stor vægt på at bevare modet udadtil og holde humøret oppe.

Men det er der ikke noget at gøre ved, og jeg sidder jo ikke og græder når de kommer. Og jeg sidder ikke og hænger når de kommer. Så det er en god ting. (Kontrolleret adfærd) (Bilag 3:7)

I ovenstående beskriver Anna, at hun lægger vægt på at fremstå kontrolleret. At hun for plejepersonalet gerne vil fremstå på en bestemt måde og bibeholde et billede af sig selv udadtil, som en der holder modet oppe. Der synliggøres endvidere, at det ikke nødvendigvis er Annas reelle sindstilstand, som hun fremviser, når plejepersonalet er der.

Teoretisk forklaring:

Hos Anna ses der her en tilpasningsstrategi i form af velvilje ift. de fremherskende værdier i samfundet. Anna vælger selv, at betale sin taxa til hospitalet, hvilket kan ses som en indtryksstyring, hvor hun skaber sig en rolle, som den ideelle og ansvarsbevidste bruger af systemet. Denne rolle opretholder Anna ligledes i hverdagen i det billede af sig selv, som hun viser plejepersonalet. Der synliggøres hos Anna en indtryksstyring, som hun lægger stor vægt på og som har stor betydning for hendes sociale identitet.

Udfra Bourdieus kapitalbegreb kunne dette ses som borgerens kamp for anerkendelsesgivende elementer, som her søges gennem samfundets dominerende værdier, til at skabe et særligt indtryk og dermed øge sin kapital. Det ses at Annas erfaring her er, at hun kan hente en anerkendelse i netop disse situationer – en anerkendelse på samfundets særlige præmisser.

### **Selvstændighed:**

Overblik:

Af de empiriske fund ses der hos alle borgerene en stor betydning af og behov for, fortsat at have mulighed for at fungere som selvstændigt individ. Denne mulighed for at tage ansvar for eget liv og beslutninger synes at have stor betydning for borgerens sociale identitet.

Der ligger hos alle borgerene en stor vægt på det dagligdags gøremål som de klarer selv.

Det at klare så meget som muligt selv synliggøres ligeledes som en ting der også af hjemmeplejen tillægges stor vægt og Anna tillægger det stor betydning, at hjemmeplejen oplever, at hun klarer mange ting selv i hverdagen.

...de siger den [hverdagen] fungerer godt. Og at jeg gør mange ting selv.  
(selvhjulpenhed) (Bilag 3:3)

Anna beskriver her det indtryk, som hjemmeplejen fortæller hende, at hun giver dem. Dette vidner om den store betydning og det store behov Anna har for, at bliver bekræftet i den rolle hun har iscenesat som selvhjulpne borger, overfor plejepersonalet. Ligeledes synliggøres en oplevelse hos Anna om, at det at klare sig godt i hverdagen har sammenhæng med graden af selvhjulpenhed.

Asger ligger ligeledes stor vægt på, at han ikke har behov for så meget hjemmehjælp og understreger, at han ikke ønsker hjælp før det er yderst nødvendigt. Han understreger flere gange i interviewet hvor lidt hjemmehjælp han har brug for og hvor vigtigt det er for ham, at klare sig selv, så længe det er muligt.

...ellers har jeg ikke haft brug for hjemmehjælp kun på det område...(...)..nu skal jeg jo ikke bruge så meget, fordi når kun hun skal komme og støvsuge og gøre rent (...) ellers ikke noget jeg har brug for. Hverken til vask eller madlavning eller nogen som helst ting. Jeg har ikke haft brug for nogen før...(...)..men nu havde jeg jo de der der kom om aftenen og det var dem jeg sagde fra mig.. (...)... de har også spurgt om ikke jeg vil have sådan en. [et nødkald] Så siger jeg: 'nej, det har jeg ikke brug for endnu - jeg har ikke haft behov for det.' (selvhjulpenhed) (Bilag 3:13, 17-18)

Asger ligger igennem hele interviewet stor vægt på sin selvhjulpethed, hvilket som tidligere nævnt understøttes af hans gode kontakt til og hjælp fra sine børn. Han ligger ligeledes vægt på ikke at

modtage mere hjælp fra kommunen end aller højst nødvendigt. Han fortæller endvidere at hjemmeplejen har tilbudt ham en hjælp, som han har afvist, med begrundelsen af at han ikke behøver dette endnu. Han kommer på denne måde til at fremstå som en selvstændig og ikke krævende samfundsborger.

Ib har ikke den samme kontakt med sit sociale netværk, som Asger og har dermed ikke den samme mulighed for at klare sig selv. Han synliggør dog, at han fortsat tillægger det stor værdi at klare sig selv, selvom han ikke har muligheden herfor. Der synliggøres i stedet en følelse af skyld over ikke at magte mere end han kan. I denne forbindelse understreger han, at han ikke selv har fortjenesten for egen flytning og han synliggøre endvidere en oplevelse af selv at være skyld i, at han ikke har mere kontakt med naboerne end han har.

...min kone var der jo ikke mere. Hun havde jo også hjulpet mig meget, så sådan nogle ting til sammen gjorde jo, at jeg skulle finde et sted at bo. Stort set kan man vel godt sige, at det er gået rimeligt men det er jo også andre mennesker skyld, det er jo ikke bare mig. (Skyld)(Bilag 3:19)

I: *har du kontakt med nogle af naboerne?*

Nej, ikke mere.. jeg havde nær sagt mest min egen skyld, for jeg har holdt mig for mig selv. (Skyld) (Bilag 3:25)

Teoretisk forklaring:

Ib præsenterer her et billede af sig selv, som værende i en mere eller mindre selvforskyldt situation. Hvilket kan relateres til omverdenens krav og forventninger til medborgeren som selvhjulpen og selvstyrende. Der er sket en rolleoverdragelse af disse forventninger og krav, som hos Ib bliver et grundlag for en oplevelse af skyld over ikke at kunne leve op til det ansvar og den selvhjulpenhed, som der forventes af ham.

Der ses i det ovenstående flere eksempler på, at samfundets herskende værdier er en del af borgerens habitus og dermed udmunder i et behov hos borgeren til, at bevare et selvbillede som selvstyrende og selvstændig, på trods af afhængigheden af andre. Den store vægt, som borgeren tillægger det at være selvstyrende og selvhjulpen er eksempler herpå. Hos Ib, som ikke har

forudsætninger for dette, italesættes der en oplevelse af skyld over at være i den situation han er i – et eksempel på samfundets nytteetiske/utilitaristiske strømninger.

**Delkonklusion:**

Hvilke behov tillægges størst betydning hos borgeren med funktionsnedsættelse?

På baggrund af ovenstående analyse kan det konkluderes, at der er behov der fremstår som særlig betydningsfulde for den ældre borger, med fysiske funktionsnedsættelse.

Der ses en biologisk deterministisk opfattelse af behov hos borgeren, som oplever at behovet ”at have”, er fremtrædende i kraft af den fysiske funktionsnedsættelse. Borgeren oplever at den fysiske funktionsnedsættelse er determinerende for dennes muligheder i det sociale felt. En borger overordner særligt sin fysiske funktionsnedsættelse som den afgørende og udløsende faktor for at hans behov ”at elske” og ”at være” ikke kan opfyldes. Han drager en direkte sammenhæng mellem sin fysiske begrænsning og humør og lyst til gøremål i hverdagen.

Borgeren med fysisk funktionsnedsættelse giver udtryk for et brud i hverdagen, med tab af social kapital og position i det sociale rum til følge. Et brud som hos det ældre menneske med funktionsnedsættelsen opleves som uigenkaldeligt. Den ældre borger med fysiske funktionsnedsættelse oplever reducerede muligheder for at opsøge kontakt, med sit sociale netværk og omverden – reducerede muligheder, der bl.a. understøttes af kommunens nedskæringer på området.

Det kan konkluderes, at der er en tæt sammenhæng mellem de 3 behov ”at have”, ”at elske” og ”at være” og der ses i de empiriske fund, at det familiære netværks nærhed og ressourcer får afgørende betydning, for borgerens mulighed for at udleve en social identitet, når muligheden for at opsøge social kontakt til omverdenen er fraværende. Behovsopfyldelsen af behovet ”at elske” i form af nære familiære forbindelser og hyppig kontakt hertil, bliver dermed en afgørende faktor for borgerens positioneringsmuligheder og habitus. Borgeren med en høj sociale kapital i form af et opsøgende familiært netværk, får bedre positioneringsmuligheder i det sociale rum end borgeren med dårlig kontakt til familien og dermed lav social kapital.

Behovet for ”at være” er ligeledes fremtrædende hos borgeren med fysisk funktionsnedsættelse.

Borgerens funktionsnedsættelse forårsager en afhængighed af daglig hjælp fra hjemmeplejen. Denne afhængighed synes at skabe et behov hos borgeren, for fortsat at fungere som selvstændig og selvhjulpne på andre områder i livet – at bevare et selvbillede der svarer til samfundets idealbillede af den selvstyrende medborger og dermed bevare status og anseelse i et samfundsmæssigt perspektiv.

Den institutionelle styring i hjemmet bliver hermed en stor kontrast til selvstændigheden og når borgeren ikke føler sig mødt eller lyttet til, sker der en manglende opfyldelse af behovet for ”at være”. Dette medfører at borgeren udvikler tilpasningsstrategier – som bl.a. ses som modstandsreaktioner der fører til en følelse af at få luft og blive hørt som medborger og samtidig bevare og få bekræftet et selvbillede som selvstændigt individ.

Der ses ligeledes andre tilpasningsstrategier hos borgeren, ift. til hverdagens brud og afhængigheden af den kommunale hjælp. Tilpasningsstrategiernes form er sammenhængende med hvor stort et behov for hjælp fra kommunen borgeren har, samt det private netværks nærhed, som er definerende for borgeren muligheder for at positionere sig i det sociale rum.

Der ses et stort behov hos borgeren, for at søge og modtage anerkendelsesgivende elementer i kontakten med andre og på denne måde øge sine positioneringsmuligheder. En anerkendelse, som borgeren søger ved at leve op til samfundets dominerende værdier, som ikke krævende og selvansvarlig.

Hos borgeren med lav social kapital og dårlige positioneringsmuligheder i feltet ses der en tilbagetrækning i interaktionen med plejepersonalet – en tilbagetrækning, der har til formål at undgå at internalisere en rolle som den ufrie og afhængige borger.

Som nævnt i indledningen er der i dag en individualiseringstendens i samfundet. Der synliggøres netop en sådan tendens i empirien, som fremelsker en oplevelse hos borgeren af at stå alene med konsekvenserne af funktionsnedsættelsen. Der ses, at samfundets individualiseringstendens er blevet internaliseret i borgernes habitus og dermed deres billede af virkeligheden og selvopfattelse.

Borgerens positioneringsmuligheder i det sociale rum skabes i dennes hverdagsinteraktioner og i et dialektisk forhold med samfundets herskende værdier. Heri ligger en indbygget reproduktion af sociale positioner i feltet. De anerkendelsesgivende elementer i feltet, vokser i takt med borgerens

mulighed for selvstyring, selvansvar og selvhjulpethed, hvilket borgerens bekræftes i i samspillet med hjemmeplejen.

Mangel på ressourcer i form af socialt netværk, skaber en følelse af skyld hos borger, som er et produkt af den utilitaristiske tendens i samfundet. Dette skaber således en reproduktion af social ulighed i feltet.

**Analysedel 2:**

Anden analysedel er struktureret ligesom den første del. Den vil styre mod besvarelse af nedenstående underspørgsmål:

**Hvordan er plejepersonalets problemforståelse?**

Problemforståelsen ses her, som SSA's forforståelse af sociale problemstillinger og forhold hos borgeren i eget hjem. Som nævnt findes det relevant, at se nærmere på SSA's problemforståelse, da netop dette er retningsgivende og handlingsvejledende for hvilke forhold og behov hos borger, der hos plejepersonalet, ses som relevante, at iværksætte handling overfor.

Som indledning til analysedel 2 vil jeg her kort præsentere de 3 interviewede SSA. Som tidligere nævnt er SSA udvalgt i samarbejde med hjemmeplejeleder. De repræsenterer hver deres distrikt i lokalområdet og der er forskelle på hvor længe de har arbejdet på ældreområdet og dermed deres erfaringsmæssige baggrund.

**Præsentation af SSA:**

Som sagt er det forskelligt hvor mange år de 3 interviewede SSA'er har arbejdet i feltet. Jette har 2 års erfaring i ældreplejen, hun er nyuddannet SSA.

Janne har været SSA igennem 14 år og har arbejdet i hjemmeplejen igennem alle disse år.

Rikke har +20 års erfaring inden for plejefaget. Hun startede i feltet som ufaglært og blev først senere uddannet SSA.

## Kodeskema SSA:

	Overordnet kategori:	Kategori: 2.fortolkningsniveau	Koder: 1.fortolkningsniveau	Teori: 3.fortolkningsniveau	
Viden om	Sociale problemer	Praktisk viden	ensomhed	Ejrnæs	
			ulighed		
		Årsagsforklaring	Fysiske behov	Høgsbro	
			diagnose		
	Regulative rammer i krydsfeltet	Først og fremmest sundhedsloven.	Manglende kendskab	Ansvar	Lovgivning
				Autorisation	
Kun udfører					
Bourdieu – felt, kapital og positionering.					
Kontakt med	Styringsparadoks	Nærvær/tid	Tidsstyring	Bourdieu Goffman- Iscenesættelse.	
			Sparsom kontakt		Goffman
			Utilfredshed		
		Kamp om styring	Borgerstyring	Bourdieu- social kapital. Goffman – frontstage. Høgsbro.	
			Gør alt		
	Hjælp til selvhjælp	Træning og motivation	At gøre det man kan	Goffman – stigma	
			Fornem opgave	Bourdieu – felt.	
			Optræning		
	Opfattelse af	Syn på borger	Individualisme	Eget valg	Skytte
Eget problem					



**Sociale problemer:**

Overblik:

Udgangspunktet for afdækning af problemforståelse er hvilken viden plejepersonalet har om sociale problematikker i feltet.

Som nævnt i indledningen er der i sundhedsstyrelsen fokus på en høj faglighed hos plejepersonalet ift. borgerens sociale behov.

Af de empiriske fund ses det, at SSA's problemforståelse hovedsagligt er præget af en praktisk viden om sociale behov hos borgeren med fysisk funktionsnedsættelse. Der refereres på intet tidspunkt til teoretiske undersøgelser om disse forhold. Ligeledes ses der en tendens til, at SSA legitimerer deres arbejde ud fra et sundhedsfagligt og medicinsk vidensgrundlag.

*Praktisk viden:*

Der er generelt en stor praktisk bevidsthed om social ulighed og ensomhed hos borgeren hos alle de interviewede SSA'ér. Bevidstheden og refleksionerne om sociale problemer knyttes an til oplevelser og erfaringer fra praksis, hvilket fremgår af nedenstående, hvor SSA fortæller om deres oplevelse af borgerenes situation:

Janne:....men der sidder altså også nogen rundt omkring tror jeg, der har behov for noget mere hjælp, men som ikke får det er fordi at de har ikke de har pårørende som er gode til at sige det. (ulighed) (Bilag 4:13)

Rikke: Det er nogen gange svært - det er hvad jeg oplever, at mange de er..de bliver ensomme. Hvis de ikke har en rigtig god familie der kommer ik også. At de har nogle pårørende og sådan noget, som kan være der rimelig tit - altså det kan også godt være hvis der er en søn der måske kun kommer en gang om måneden - der er ikke nok. (ensomhed) (Bilag 4:20)

Der refereres hos begge SSA til en tavs viden, der af Rikke beskrives som det hun *oplever* og af Janne beskrives som noget hun *tror*. Dvs. det bygges på plejepersonalets oplevelser i praksis og ikke på nogen teoretisk viden om disse forhold, hvilket er gennemgående i empirien.

*Årsagsforklaring:*

SSA's forklaringer på årsager til sociale problemstillinger knyttes hovedsagligt til et sundhedsfagligt og medicinsk vidensgrundlag i form af diagnostiske begreber eller adfærd som følge af en sygdomstilstand.

Da jeg i interviewet spørger ind til, om der planlægges indsatser ifm. sociale problematikker som f.eks. ensomhed og alkoholmisbrug fortæller SSA, at dette ikke er områder, det bliver planlagt indsatser for på samarbejds møder. (såkaldte triageringsmøder) De indsatser der planlægges har fokus på borgerens fysiske behov, hvilket Rikke synliggør i nedenstående:.

*I: Nu ved jeg at I bruger de her triageringsmøder på at planlægge indsatser og at lave plejeplaner .... er det også indsatser imod ensomhed eller alkoholmisbrug der drøftes?*

Nej, ikke pt. Det er mere sådan noget konkret noget som hudproblemer og ernæringsproblemer og sådan nogen ting, vi har fokuseret mest på (...) selvfølgelig kunne man godt tage alkohol op (...) men det er jo ikke et nyt problem. Altså triageringsmøder går jo ind omkring nogle nyopståede ting, som man går ind og laver handleplaner på. (fysiske behov)(Bilag 4:22-23)

Da jeg forfølger tanken om indsatser ift. sociale problematikker hos borgeren, drager Rikke et eksempel frem om en borger med en demenssygdom, som bliver psykisk syg.

Rikke knytter her an til diagnostiske begreber som forklaring, og den indsats som drages frem som eksempel er på en given adfærd hos borgeren, som følge af ændringer i humør. Der synliggøres et medicinsk vidensgrundlag, som Rikke her trækker på.

*I: og det gør I også hvis der opstår noget af social art - sociale problematikker?*

Ja (...) hvis der er en der er dement der pludselig skrider, virkelig skrider og bliver meget mere dement end de var for en uge siden (...) Også hvis de lige pludselig bliver psykisk syge på en eller anden måde. (diagnose) Ikke bare demens, men der er jo også så mange andre ting end det. Som man skal være obs på og det kommer vi også ind omkring, for så ville man jo skrive noget f.eks. om humøret i triageringen. 'Oplever at borgeren er mere aggressiv' (adfærd)(Bilag 4:23)

Rikke drager her først et eksempel frem ift. borgere diagnosticeret med demens og skifter senere til mere generelt, at tale om humøret. Hun slutter her direkte fra humøret til adfærden hos borgeren og hendes refleksioner over årsagerne til borgerens adfærd er, at denne adfærd udløses af SSA's adfærd. Der er ingen dybere refleksioner over genererende behov hos borgeren, hvilket hun synliggør i nedenstående.

*I: Snakker I også om hvad årsagerne kan være til det?*

Ja, der er jo også nogen, der måske har haft en oplevelse med f.eks, hvis det nu er med at blive aggressiv, jamen...når jeg gør sådan. Så sker det (...)nå, jamen det var jo rart at vide, for så var det jo ikke lige det, man skal gøre, når man kommer. For at forsøge at undgå de der ting. (adfærd) (Bilag 4:23)

Rikke synliggør her at der i personalegruppen snakkes om årsager til borgerens problemstillinger og udfordringer i kontakten med borgeren, ud fra et fokus på de adfærdsmæssige og synlige forhold i relationen. Handlemulighederne der ses ift. denne adfærd handler om undgåelse af lignende forhold, og holder sig dermed på et overfladisk refleksionsniveau.

Teoretisk forklaring:

Forståelsen af og forklaringen på sociale problemstillinger holdes hos plejepersonalet på et individfokuseret og overfladisk niveau, uden overvejelser om evt. strukturelle årsager hertil. Der er fokus på en adfærd, som søges reguleret og forebygget ved at undgå visse ting til den adfærdsmæssige tilgang til borgeren.

Dette bekræfter en postontologisk forståelse af mennesket, (jf. indledning) fra SSA's side, med fokus på individet. Det overfladiske syn som synliggøres i citatet, har den konsekvens, at der ikke ses bagom borgerens adfærd på de generative mekanismer, der ligger til grund for den givne adfærd. Det kunne ligeledes tolkes som et udtryk for, at de generative mekanismer der er fokus på fra SSA's side, udelukkende henvises til fysiske og biologiske årsager. Heri ligger en fare i, at SSA ikke ser borgerens egentlige problemer og behov.

Ift. SSA's viden om sociale problemstillinger kan det generelt siges, at der hos SSA er en mangel på teoretiske refleksioner om sociale problemstillinger hos den ældre borger. Ligeledes synes vidensgrundlaget der trækkes på, at være sundhedsfagligt og medicinsk. Mortens Ejrnæs mener, at

der hos relationsarbejdere der har til opgave at forebygge sociale problemer, er behov for viden og handlingsvejledende teorier om sociale problemer og forhold, samt de samfundsmæssige sammenhænge disse kan relateres til. Han mener endvidere, at denne viden er afgørende for at relationsarbejderen kan sætte sig i borgerens sted og dermed udvise forståelse for borgerens situation i kontakten. (Ejrnæs 2008, s. 127-129)

### **Regulative rammer i krydsfeltet:**

Overblik:

SSA's viden om de lovgivningsmæssige og regulative rammer har en stor betydning for deres forståelse af sociale problemer og er ligeledes handlingsvejledende ift. forhold og behov hos borgeren.

I empirien findes der en tendens til at krydsfeltets dominerende logikker tilhører det sundhedsfaglige og medicinske område. I interviewene synliggøres det at SSA rangerer sundhedslovgivning højere end serviceloven, hvilket har betydning for hvilke problematikker der fokuseres på hos borgeren og dermed hvilke behov hos borgeren, der handles på i borgerens hjem.

*Først og fremmest sundhedsloven:*

Som tidligere nævnt vil jeg i denne del af analysen inddrage citatuddrag fra sundhedsloven og Lov om social service.

SSA arbejder i et krydsfelt mellem disse lovgivninger og deres arbejde retter sig således mod 2 forskellige indsats områder, der beskrives i lovgivningernes formålparagraffer:

Lov om social service:

**§ 1.** Formålet med denne lov er

- 1) at tilbyde rådgivning og støtte for at forebygge sociale problemer,
- 2) at tilbyde en række almene serviceydelser, der også kan have et forebyggende sigte, og
- 3) at tilgodese behov, der følger af nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer.

Stk. 2. Formålet med hjælpen efter denne lov er at fremme den enkeltes mulighed for at klare sig selv eller at lette den daglige tilværelse og forbedre livskvaliteten.

Stk. 3. Hjælpen efter denne lov bygger på den enkeltes ansvar for sig selv og sin familie. Hjælpen tilrettelægges på baggrund af en konkret og individuel vurdering af den enkelte persons behov og forudsætninger og i samarbejde med den enkelte. Afgørelse efter loven træffes på baggrund af faglige og økonomiske hensyn. (SEL 2017, § 1)

Og sundhedsloven:

§ 1. Sundhedsvæsenet har til formål at fremme befolkningens sundhed samt at forebygge og behandle sygdom, lidelse og funktionsbegrænsning for den enkelte.

§ 2. Loven fastsætter kravene til sundhedsvæsenet med henblik på at sikre respekt for det enkelte menneske, dets integritet og selvbestemmelse og at opfylde behovet for

- 1) let og lige adgang til sundhedsvæsenet,
- 2) behandling af høj kvalitet,
- 3) sammenhæng mellem ydelserne,
- 4) valgfrihed,
- 5) let adgang til information,
- 6) et gennemsigtigt sundhedsvæsen og
- 7) kort ventetid på behandling. (SUL 2016, §1 og 2)

Et af servicelovens formål er altså en forebyggelse af sociale problemer, mens sundhedslovens formål er at forebygge og behandle sygdom, lidelse og funktionsbegrænsning. Der ses endvidere, at der i sundhedslovens formålsparagraf rettes opmærksomhed på lighed ift. sundhedsvæsenets ydelser.

Som vi ser af ovenstående knyttes SSA's refleksioner om sociale problemstillinger hovedsagelig til et medicinsk vidensgrundlag, med henvisning til diagnose og symptomatiske sammenhænge mellem diagnose og adfærd. Det samme gør sig gældende, da jeg under interviewene spørger jeg til SSA's viden om de lovgivningsmæssige rammer, de arbejder under.

Karakteristisk for de empiriske fund er, at kendskabet til lovgivningen enten er fraværende og afvises som et område der ikke hører til ens rolle som SSA, "som bare er udfører", eller en fremhævelse af sundhedslovgivningen, som overordnet serviceloven.

Jette fortæller, at hun har svært ved, at kende forskel på serviceloven og sundhedslovgivningens opgaver.

Ja, jeg ved godt, at medicin det er sundheds loven, men nogle gange når jeg ser det SEL, SUL, så bliver jeg lidt i tvivl om hvilken lov det er, faktisk. Altså jeg ved hvad SEL og SUL står for, men hvad forskellen er... Medicin har med ens sundhed og helbred at gøre og så er det sundheds loven og personlig pleje, det er også sundheds loven. Men sådan praktisk hjælp og madlavning det er service loven og tøjvask. (Manglende kendskab) (Bilag 4:9)

Størstedelen af overvejelser om lovgivningen er ud fra sundhedsloven – serviceloven knyttes her til madlavning og tøjvask.

Der ses, at der er en vis bevidsthed om hvad lovgivningen indeholder – når der henvises til praktiske opgave i hjemmet henvises der til servicelovens §83:

Kommunalbestyrelsen skal tilbyde

- 1) personlig hjælp og pleje,
- 2) hjælp eller støtte til nødvendige praktiske opgaver i hjemmet og
- 3) madservice.

Stk. 2. Tilbuddene efter stk. 1 gives til personer, som på grund af midlertidigt eller varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer ikke selv kan udføre disse opgaver. (SEL 2017, §83)

Ligeledes er koblingen til sundhed og medicin i overensstemmelse med sundhedslovens formuleringer. Dog ses der en manglende refleksion over selve formålet med udførelsen af disse praktiske opgaver.

Rikke beskriver sundhedsloven, som den lovgivning som hun altid skal være opmærksom på i sit arbejde – også selvom hun udfører ydelser ud fra servicelovgivning. Hun forbinder sundhedslovgivningen med ansvar – et ansvar som for hende er større, ift. sundhedslovgivningen

end ift. serviceloven. Hun drager her sin egen rolle som SSA op, som værende særligt rettet på sundhedslovgivningen.

...det er sundhedsloven som jeg arbejder under. Først og fremmest fordi jeg er assistent men jeg har jo også masser af ting, som jeg gør under serviceloven (...) Men altid med henblik på sundhedsloven.

*I: hvad tænker du når du siger med henblik på sundhedsloven?*

Jamen, det er i forhold til, at jeg har jo et større ansvar ift. en hjælper fordi jeg har assistentuddannelsen, så skal jeg hele tiden være oppe imod at jeg arbejder ud fra sundhedsloven. (ansvar) (Bilag 4:21)

Opgaver udført efter sundhedsloven opleves af Rikke som af særlig art og overordnet servicelovens ydelser.

Der henvises af alle SSA til deres autorisation, når vi taler om lovgivningen, hvilket Janne italesætter her:

Regler...jamen jeg har jo min autorisation og jeg skal selvfølgelig følge alle medicinske regler og retningslinier og sådan nogle ting.. (autorisation)(Bilag 4:14)

Som nævnt tidligere retter SSA's autorisation sig kun på sundhedslovsopgaver, hvilket kan ses som en forklaring på, at sundhedsloven forbindes med et større ansvar end serviceloven.

I sundhedsloven påpeges endvidere dette ansvar, som autoriserede sundhedspersoner er underlagt.

**§ 6.** Ved sundhedspersoner forstås personer, der er autoriserede i henhold til særlig lovgivning til at varetage sundhedsfaglige opgaver, og personer, der handler på disses ansvar. (SUL 2016, §6)

Janne slår sit manglende kendskab til social og sundhedslovgivningen hen med, at dette ikke er relevant for hende, da hun kun er udfører.

...altså, vi arbejder ikke ret meget med alt det der lovgivning. Det må jeg sige det har vi ikke ret meget med at gøre. (...) Sådan decideret Lov stof inden for det her fag, det

har vi ikke meget af, vi er bare på gulvet, vi udfører arbejdet. (kun udfører) (Bilag 4:15)

Den manglende viden om lovgivningen legitimeres med, at dette ikke er noget denne faggruppe arbejder med.

Teoretisk forklaring:

Det ses af ovenstående at krydsfeltets dominerende logikker tilhører det sundhedsfaglige og medicinske område. At sundhedslovgivningen af SSA rangeres højere end serviceloven bekræfter dette. De herskende logikker på området påvirkes og reproduceres af det lovgivningsmæssige fokus på det ansvar, der påhviler SSA i forhold til de opgaver denne udfører efter sundhedslovgivningen. Dette i kraft af en autorisation, der kun gælder for opgaver under denne lov. Dette skaber et øget fokus på ansvar tilknyttet disse opgaver, mens servicelovens opgaver ikke får den samme ansvarsmæssige opmærksomhed af SSA.

Der afspejles her en samfundsmæssig tendens til en sundhedsfaglig dominans, hvor medicinske og sundhedsfaglige logikker rangerer over socialfaglige. Denne dominans reproduceres i feltet i kraft af at sundhedslovsopgavernes udførelse kræver højere uddannelse og større kompetence.

Varetagelse af sundhedslovsopgaverne kræver en uddannelse som SSA, hvilket servicelovens opgaver ikke gør, dermed forbindes sundhedslovsopgaverne med en højere kapital og positionering i det sociale rum, hvilket reproducere en forfordeling og øget fokus på opgaver efter sundhedslovgivningen.

Feltets overvejende medicinske og sundhedsfaglige logikker, samt det postontologiske syn på mennesket, kan derved være medproducerende til en mangel på helhedsorientering i forståelsen af borgerens behov, hvilket rummer en fare for, at borgerens egentlige behov fejltolkes eller overses af plejepersonalet.

### **Styringsparadoks:**

Overblik:

Som tidligere nævnt ses der i empirien divergerende tendenser imellem praksisfeltets store effektivitetskrav og en omsorgsrationalitet hos plejepersonalet. Disse tendenser synes svære at forene og der beskrives i interviewene med SSA en oplevelse af at måtte give afkald på relationelle og omsorgsdimensioner hos borgeren grundet et stort tidspres.



Ligeledes ses der en skarp tidsstyring i de arbejdsmæssige rammer i form af kørelister, der fastholder for SSA i hvilke opgaver der skal løses i hjemmet. Dette skaber en svær balance ift. at være opmærksom på andre handlingskrævende behov hos borgerens.

Styringen skaber konflikter og kampe i feltet mellem borger og SSA, grundet modstandsreaktioner hos borgeren – konflikter, som SSA oplever at stå alene med.

#### *Nærvær/tid:*

Som tidligere nævnt er plejepersonalet underlagt en skarp tidsstyring i form af organiseringen efter BUM modellen og tayloriseringen af området. Konkret betyder det, at SSA hver morgen får udleveret en køreseddel fra sin leder, hvorpå der står antal besøg og hvilke ”ydelser” denne borger skal have på dagen. Et eksempel på ydelser er hos en kørestolsbruger (Ib), der på denne dag skal i bad kan være:

Medicinadministration (SUL)	2 min
Ernæring (SEL)	9 min
Personlig pleje (SEL)	50 min
Toiletbesøg (SEL)	10 min (Tidsstyring)(Bilag 5:1)

Under mine observationer fremstod disse kørelister, som et centralt fokus for planlægningen af plejen og snakken på vagtstuen ift. at få dagen til at hænge sammen.

Lederen er til stede og går ubemærket rundt imellem de 2 teamområder og ligger en bunke med kørelister på bordet, heri er der en liste til hver personale, med borgere, som skal besøges, samt beskrivelse af opgaven der skal løses i hjemmet og minutantallet på hver opgave. Nederst på listen står det samlede antal minutter for dagens opgaver hos borgerene. Jannes og min liste er i dag på 5,5 timer.  
(Tidsstyring)(Bilag 5:1)

En af mine observations dage var der en sygemelding, hvilket gjorde, at plejepersonalet måtte dele disse besøg imellem sig:

Der er i dag en sygemelding, så sammen med de andre kørelister, der deles ud blandt hjælperne cirkulerer der en køreliste rundt imellem hjælperne, hvor der står, at disse

borgere skal deles ud. Listen cirkulerer bordet rundt flere gange - enkelte skriver sig på nogle af besøgene og det ender også med at Jette skriver sig på 2 besøg, som skal tages over middag – hun siger til mig i samme forbindelse: ”jeg kommer nok ikke til at gå tidligt i dag”. Kørelisten, som Jette og jeg skal køre efter i dag er på i alt 6 timer og 15 min, foruden de ekstra besøg hun skriver sig på. Jette fortæller at hendes arbejdstid i dag er fra kl. 7-13. (Tidsstyring)(Bilag 5:8)

Dette fokus på tid og konkrete opgaver som disse kørelister skaber i plejen er her fremdraget i analysen af plejepersonalet problemforståelse, da dette er en faktor der skaber særlige vilkår for plejepersonalets kontakt med borgeren og for den problemforståelse som kommer til udtryk i kontakten med borgeren.

SSA's kontakt med borgeren præges af paradoksale forhold. Under interview synliggør plejepersonalet et ønske om god omsorg og kommunikation med borgeren, hvilket er en svær opgave i den institutionelle givne ramme.

Janne beskriver dette således:

...vi prøver alle sammen - os der er i faget - at være menneskelige og være omsorgsfulde og alle de her ting, men nogen gange, fordi at der bliver skåret direkte ind til benet, så synes jeg måske godt at man kan have lidt svært ved at være så menneskelig og vise den her omsorg så meget som man måske egentlig gerne ville. (...) Nogle gange kan vi godt være nødt til simpelthen at smutte og vi kan godt mærke at der sidder en her der egentlig godt kunne have behov for noget mere... en snak ...et eller andet... (sparsom kontakt) (Bilag 4:13)

Janne udtrykker her den skarpe kontrast der er imellem hendes eget ønske om at drage omsorg for borgeren og samtidig være underlagt et stort pres grundet besparelser på området, som hun oplever at menneskeligheden og omsorgen til borgeren lider under. Hun beskriver en oplevelse af ikke at kunne imødekomme borgerens behov for relationel kontakt.

Jette beskriver, at hun ofte må tage ”skyklapper” på i plejesituationer, fordi hun ikke har tiden til at handle på andre ting, end lige netop dem hun kommer i hjemmet for.

Også i forhold til opgaver, når vi skynder os, så bliver jeg også nogle gange nødt til at kigge som en hest. [Sætter hænderne op for begge øjne, som skyklapper] At det er kun det jeg ser og resten kan jeg ikke se. (sparsom kontakt) (Bilag 4:3)

Jette italesætter her en praksis, hvor hun grundet tidspres ikke har muligheden for at se på hele borgerens situation. Hun er meget bevidst om, at hun kun kan se på en enkelt del af borgerens situation og må lade resten være.

Plejepersonalet beskriver, at en konsekvens af det tidsmæssige pres er en utilfredshed hos borgeren. Utilfredsheden hos borgeren beskrives med overbærenhed og uden refleksioner over borgerens perspektiv ift. besøget af hjemmeplejen. Prioriteringen er en nødvendighed ift. at få praksis til at hænge sammen, hvorfor utilfredsheden ses som et svært dilemma – og der synliggøres en forventning til borgeren om, at være forstående overfor dette. Dette synliggøres bl.a. i interviewet med Jette:

...og det er de heller ikke tilfreds med, så vi står også tit i situationer hvor vi skal gøre rede for hvorfor vi kommer så sent. (...) og det er alle der gerne vil have hjælp tidlig. Og så siger jeg - jeg har forskellige borgere og jeg må prioritere, hvor er det vigtigst at jeg kommer tidligt og hvor det ikke er så vigtigt at jeg er så tidligt. Jeg har en jeg kommer hos (...)hvor vi kun skal tømme kolbe. Den kan i princippet stå flere timer, men det mener han ikke at den skal, den skal ikke stå der til klokken 11 (griner), men jeg har også forklaret ham på en pæn måde hvorfor det er jeg kommer så sent. (utilfredshed) (Bilag 4:3)

Det store tidsmæssige pres skaber altså dilemmaer for plejen, men ligeledes en påvirkning af relationen til borgeren, som forventes at have forståelse for prioriteringen. Borgeren mødes her med en overbærenhed og bliver pænt forklaret hvad grunden er til, at opgaven ikke kunne løses før. Der er igen fokus på de konkrete opgaver i hjemmet og på at få dagen til at hænge sammen, et fokus der

overskygger en refleksion over borgerens situation og hvilken forhold borgeren tillægger betydning dagligdagen.

Under mine observationer ses der et stort fokus på de praktiske opgaver i hjemmet mens den relationelle kontakt og borgerens ”at være” behov får mindre fokus. Dette fokus på praktiske opgaver er særligt tydeligt hos borgeren der grundet svær fysisk funktionsnedsættelse har behov for lift til forflytning.

I hjemmet har personalet stor fokus på de konkrete opgaver. Der bliver uden for døren aftalt hvem der gør hvad og efter at personalet har sagt goddag til borgeren deler de sig, så den ene hjælper borgeren i bad, mens den anden laver morgenmad i køkkenet. Jeg får lov at være udenfor den åbne badeværelsesdør, i badesituationen. Jette og borgeren taler sammen, mens borgeren kommer i bad. Fokus er på badet og de praktiske opgaver omkring dette og samtalen er om hverdagsting der vidner om at Jette har et godt kendskab til borgeren. Efter badet køres borgeren på bækkenstol ind i soveværelset, for at blive klædt på. I soveværelset er der sat en bøjle op på væggen, som borgeren kan rejse sig ved. Borgeren bliver her mere bevidst om min tilstedeværelse og fortæller mig om et billede af en båd på væggen, som han fortæller at han har haft indtil for nylig, hvor han har solgt den. Jette tager del i samtalen, mens hun finder tøj frem og beder borgeren om at rejse sig, for at få trukket tøjet på. Efter badet vil borgeren gerne fortælle om sit nye smertebehandlingsapparat, men begge plejere har meget travlt og må skynde sig ud af døren, så snart de praktiske opgaver er løst. Borgeren fortæller lidt mere, men holder så inde og ligger sit smertebehandlingsapparat fra sig og hilser farvel.

(sparsom kontakt) (Bilag 5:8)

Ovenstående situation viser det store fokus på de praktiske opgaver i hjemmet og den sparsomme kontakt med borgeren. Da borgeren udtrykker ønske om, at fortælle om det der fylder i dagligdagen, må plejepersonalet afvise ham, grundet travlhed.

Fokus forbliver altså på de praktiske opgaver der er knyttet til den personlige hygiejne og den relationelle kontakt nedprioriteres. Der er i situationen ikke øje for borgerens sociale situation og behov for kontakt og identitetsbekræftelse.

Teoretisk forklaring:

Der ses her et stort behov hos borger om at få anerkendelse for iscenesættelse af selvet. Opmærksomheden hos personalet er dog på tiden og opgaverne og ikke på borgers behov for at blive bekræftet og ”redde ansigt” i relationen.

Da borgeren har været i bad bliver han efterfølgende mere bevidst om, at der er flere ”tilskuere”. Han træder ind på scenen og inviterer til samtale om et billede af sin båd, som han har hængende på sin væg. Noget som han synliggør har betydet noget i hans liv. Der sker her en indtryksstyring, hvor borgeren bekræftes i et selvbillede. Da borgeren senere vil fortælle om sit nye smertebehandlingsapparat, og dele viden herom forsøger han ligeledes at iscenesætte en rolle. Denne gang kan rollen føres tilbage til samfundets forventning og krav. Som nævnt i indledningen er det nære sundhedsvæsens vision, at øge borgerens varetagelse af egen sygdom. Borgeren iscenesætter her en rolle som den gode borger, der er selvstyrende og varetager egen smertebehandling. Afvisningen fra plejepersonalet betyder, at borgeren ikke anerkendes i dette selvbillede. I den tidspressede og knappe kontakt med plejepersonalet, sendes der et tvetydigt signal til borgeren om, både at leve op til en rolle som den selvstyrende hjælpmodtager, der varetager eget sygdomsforløb og samtidig et signal om, at kende sin rolle og plads ift. den institutionelle styring.

Generelt ses der her et stort fokus på den konkrete opgave og tiden der er visiteret hertil. Dette fylder en stor del af plejepersonalets bagscene kommunikation og planlægning ift. borgeren. Sparringen omkring indsatsen og optræden hos den konkrete borgere er fraværende til fordel for et stort fokus på at få dagen program og tidsplanlægningen til at gå op, hvilket der skaber et særligt fokus for plejepersonalet problemforståelse.

*Kamp om styring:*

SSA beskriver hvorledes en borgerstyring i visse tilfælde kan skabe store kampe mellem borgere og plejepersonalet. Der ses store modstandsreaktioner fra borgeren, som er svær for plejepersonalet at håndtere.

I nedenstående fortæller Jette om en borger der fravælger plejepersonalet, hvis de diskuterer med ham:

Han er faktisk rigtig svært for der er ingen der kan tackle ham, når han så smider folk ud af døren så er der ingen diskussion. Når vi begynder at diskutere med ham, så er det ham der råber højest. Og smider folk ud af døren. (borgerstyring) (Bilag 4:4)

Plejepersonalet har en stor opmærksomhed på, at undgå modstandsreaktioner hos borgeren, men refleksionerne om årsagen til borgerens reaktion er fraværende. Fokus for refleksionerne holder sig på et objektivt og adfærdsmæssigt plan ift. borgeren, samt refleksioner hos plejepersonalet om at bevare styring ift. arbejdsmiljø og egne grænser i borgerkontakten.

Så jeg prøver i hvert fald, at gøre alt for ikke at gøre ham utilfreds og hidsig. Og jeg har haft ham med mellemrum i et år cirka. Og jeg har ikke oplevet problemer med ham. Og jeg føler heller ikke at han overskrider mine grænser fordi.... selvom han nogen gange sidder sådan og (kysser ud i luften) kysser til mig. Jeg lader som ingenting, han rører ikke ved mig det er ikke fysiske grænser han overskrider. Så det går rimelig godt. (gør alt) (Bilag 4:4)

Jette beskriver i ovenstående en frontstage optræden hos borgeren, hvor hun iscenesætter en rolle i plejen af borgeren, hvor hun gør alt for at tilpasse sig hans situation – hun beskriver, at hun forsøger at gøre alt for ikke at gøre borgeren vred. Hun tilpasser sig her en situation, og optræder som borgeren vil have det. Hun beskriver en grad af overtrædelse af hendes psykiske grænser fra borgerens siden. Jette beskriver, at borgeren iscenesætter en rolle som flirtende, hvor han kysser ud i luften til hende. En rolle som Jette vælger stiltiende at ignorere, for at undgå at borgeren bliver hidsig.

I nedenstående citat synliggøres en oplevelse hos Jette om, at stå alene med dette dilemma - en fastlåst situation, som er svær at finde løsning på. Hun oplever, at det bliver borgeren der styrer situationerne på bekostning af personalets arbejdsmiljø.

Det er ham der er chefen .. og der er nogle enkelte tilfælde, hvor det er borgeren der styrer det hele, med hvordan det skal være, og der er ingen, hverken os eller ledelsen eller kommunen der har magt over borgeren. Og jeg ved ikke om det er for ikke at miste, det er jo en klient for kommunen, eller for hjemmeplejen. Så for ikke at miste

en potentiel klient, så vælger man bare at gøre som borgeren siger. (borgerstyring)  
(Bilag 4:5)

Jettes refleksioner over mulige løsninger bliver her et spørgsmål om hvem der har magten. Og Jettes oplevelse er en magtesløshed i situationen, hvor hun føler at hun står alene og mener at nogen burde gribe ind og tage magten. Hun nævner endvidere et konkurrenceelement, som kan føres direkte tilbage til en af de translokale betingelser for ældreplejen, nemlig borgerens frie leverandørvalg, som var en direkte følge af markedsgørelsen af ældreområdet. Dette kommer til udtryk da Jette reflekterer over årsagen til, at der ikke gøres mere ved den fastlåste situation fra ledelsens side. Hun ender her ud i en refleksion over, at en af kommunens bevæggrunde for ikke at gribe ind er ”for ikke at miste en potentiel klient”.

Teoretisk forklaring:

Ud fra Bourdieus feltteori kan situationen ses som et kamp i feltet, hvor borgeren kæmper for en position, mens Jette i dette tilfælde mister positioneringsmuligheder i feltet i kraft af sin rolle som systemrepræsentant, der skal agere professionelt overfor en grænseoverskridende borger. At hun føler sig alene med dette dilemma gør, at hendes sociale kapital ikke er så stor.

Det ses ligeledes, at Jettes refleksioner ift. situationen centrerer sig om adfærdsregulering i situationen. Hun beskriver, at hun forsøger alt for at undgå disse situationer, hvor borgeren bliver vred og hun forsøger at regulere dette ud fra sin egen adfærd i situationen.

Igen ses der et postontologisk syn på mennesket og et fravær af refleksioner over borgerens perspektiv, bevæggrunde og bagvedliggende årsager til at borgeren agerer som denne gør.

### **Hjælp til selvhjælp:**

Overblik:

Udover et fokus på tid og praktiske opgaver i borgerens hjem, er der et stort fokus på selvhjulpenhed hos borgeren i hjemmet. Dette fokus er ligeledes retningsgivende for plejepersonalets oplevelse af egen rolle i indsatsen og problemforståelsen i kontakten med borgeren. Som nævnt i indledningen, viser en kortlægning fra hjemmehjælpskommissionen en tendens til, at de forebyggende indsatser i borgerens hjem er fokuseret om fysiske funktionsnedsættelser hos borgeren, hvilket de empiriske fund ligeledes bekræfter.

*Træning og motivation:*

De forebyggende indsatser peges af plejepersonalet mod, at gøre borgeren fysisk selvhjulpen i størst mulig omfang.

Hjælp til selvhjælp er en stor del af plejen, hvilket mine observationsnoter viser:

Efter badet hjælper Janne borgeren med at få sine støttestrømper på. Dette foregår ved hjælp af en spielerdug, som fungerer som glidestykke, så den stramme støttestrømpe nemmere glider op ad benet. Herefter giver Janne borgeren hjørnet af spielerdugen, som nu sidder halvejs inde i støttestrømpen og siger ”hiv” – hvorefter borgeren fint hiver denne ud af strømpen igen. Borgeren indgår uden ord i kontakten. Relationen bærer præg af faste rutinerede handlinger.

Efter at have sikret sig at strømpen sidder som den skal, rækker Janne borgeren hans bukser og fortæller at morgenmaden er klar i stuen. Herefter går hun ud og vasker op i køkkenet.

Besøget i dette hjem bærer præg af en fast rutine, som både borger og Janne er kendt med og tryk ved. Der udveksles ikke mange ord under besøget.

Janne fortæller mig efterfølgende at hun altid er meget opmærksom på at borgerene gør det de selv kan – at hun støtter der hvor borgeren ikke kan selv, men at hun altid beder borgere om selv at hive speglerdugen ud, hvis dette er muligt – både for at bevare funktionen, men også for at skåne Jannes fingre. (at gøre det man kan) (Bilag 5:3)

Her ses et fokus på hjælp til selvhjælp, som et funktionsbevarende fokus, referende til borgerens rent fysiske formåen og funktion.

Af de empiriske fund er det tydeligt at SSA alle mener, at det at hjælpe borgeren til selvhjælp er deres største opgave.

I interview med SSA bad jeg dem alle definere deres kerneopgave, som af dem alle defineres som at gøre borgeren så selvhjulpen som mulig. Opgaver rettet mod, at gøre borgeren selvhjulpen beskrives af plejepersonalet som en fornem opgave:



Janne:...vi kommer ud og hjælper borgeren med alt det de ikke selv kan klare og kan vi hjælpe folk med at ligesom at blive optrænet lidt så de selv kommer til at kunne klare sig selv igen så er det jo også en fornem opgave. (fornem opgave) (Bilag 4:11)

Rikke:...altså man skal jo også motivere dem til at være så selvhjulpne som overhovedet muligt. For det er jo vores fornemste opgave. (fornem opgave) (Bilag 4:24)

Opgaven mod, at blive selvhjulpent beskrives som en opgave som borgeren skal motiveres til og optrænes til. Rikke har oplevet en modstand fra borgeren for at træne til at selvhjulpent, da borgeren var bange for at miste hjælpen som følge heraf.

...fordi der er også mange....jeg har oplevet nogen som med vilje ikke har ville træne og ikke ville blive mere selvhjulpent, fordi de var bange for at miste hjælpen. Men der skal man jo så arbejde ind på, jamen, selvom du bliver så god og sådan noget.. jamen det er ikke sikkert at du bliver så god at vi ikke kommer alligevel. Så det er meget vigtigt, at de ikke skal tro, at de bare mister en, fordi at man nu godt selv kan vaske sig selv.. (optræning) (Bilag 4:24)

Rikke beskriver her, at hun forsøger, at motivere borgeren til træning, ved at fortælle at det ikke er sikkert at hjælpen tages helt væk. Det synliggøres endvidere at træningen til selvhjulpent retter sig mod de fysiske opgaver i hjemmet. Når borgeren her betegnes til at "blive god" retter dette sig mod den fysiske selvhjulpent.

Der synes at være et fokus på at kunne afvisitere hjælp hos borgeren. Rikke beskriver i anden sammenhæng, at der er en borger der nu kan klare sig selv og derfor kan tiden der er visiteret til borger fratages.

... i dag har jeg en borger som er blevet så god at hun klarer selv sin personlige hygiejne, så jeg har skrevet ... nu behøver hun ikke hjælp til det mere og så går den jo den vej af visitationen, og så bliver den taget af. Fordi, så skal jeg jo ikke gøre den

ydelse mere. Og det er jo også dejligt at det kan gå den vej. At nogen bliver bedre og mere selvhjulpen og det er jo det vi hele tiden skal arbejde på. (fornem opgave)(Bilag 4:20)

Igen er det her opgaven knyttet til den fysiske krop – den personlige hygiejne – som gives opmærksomhed.

De empiriske fund viser, at den problemforståelse der er dominerende i kontakten med borgeren er fokuseret på optræning af borgerens evne til at klare de praktiske opgaver selv. Opmærksomheden på borgerens sociale situation og behov er ikke med i refleksionerne om borgerens behov for hjælp.

Der synliggøres her en snævert forståelse af rehabilitering af borgeren. Der er et fokus på at træne borgerens fysik, mens borgerens sociale trivsel og oplevelse af selvstændighed ikke italesættes i forbindelse med træning mod selvhjælp.

Teoretisk forklaring:

Som nævnt i indledningen er der stor fokus på rehabilitering på ældreområdet ift. den ressourcestærke borger, hvilket understøttes lovgivningsmæssigt. Der ses i feltet ingen skelnen, hos SSA, mellem ressourcestærke borgere og resourcesvage borgere. Der synliggøres mange tiltag ift. optræning og motivation af borgeren, men dette synes kun, at have et fysisk fokus, mens andre forhold ikke tages i betragtning. Tendensen til det store fokus på selvhjulpenhed kommer hermed til at præge kontakten med borgeren og hos SSA er der ingen dybere overvejelser over de behov der kan ligge til grund for, at borgeren ikke ønsker at træne. Der ses igen en logik i feltet, som har fokus på den fysiske krop. Udfra fundene i analysedel 1 ses der, at den resourcesvage borger bliver taber i det sociale felt – at det store fokus på selvhjulpenhed fra samfundets siden, som ligeledes ses i SSAs kontakt med borgeren, skaber en oplevelse hos borgeren om selv at være skyld i de sociale og psykiske vilkår denne har. Den strukturelle stigmatisering, som jeg her antager, at den ældre borger med fysisk funktionsnedsættelse er offer for, skaber et selvbillede hos borgeren som uproduktiv. SSA's grundlæggende holdning om hjælp til selvhjælp, som en fornem opgave ift. til alle borger (også den resourcesvage), bliver hermed en faktor for yderligere stigmatisering hos den resourcesvage borger. Der kan igen tales om reproducerende og genererende processer som kan

være medproducerende til øgede sociale problemstillinger hos borgere med fysisk funktionsnedsættelse.

### **Syn på borger:**

Overblik:

Som tidligere nævnt er SSAs problemforståelsen en flydende og diskutabel størrelse, som bygger på et overordnet menneske og samfundssyn.

Af de empiriske fund synliggøres et individualistisk syn på borgeren og dennes situation, hos SSA, samt en utilitaristisk tendens i dennes syn på borgerens sociale problemstillinger.

### *Individualisme:*

De ovenstående tendenser ses særlig tydeligt hos Rikke, som er fast kontaktperson for Ib (se analysedel 1).

Under interview spørger jeg Rikke om hendes syn på Ibs situation. Ib har som tidligere nævnt sjældent kontakt med sine pårørende, ligeledes har Ib et dagligt alkoholforbrug. I interviewet spørger jeg ind til, om der er planlagt en særlig indsats hos Ib, ift. han alkoholforbrug, hvortil Rikke svarer:

...jeg har jo selvfølgelig altid snakket med Ib om, at jeg ikke synes det er så smart at drikke så meget, men altså ligefrem at....altså det er jo hans eget hjem og han bestemmer jo selv...så det...altså jeg serverer ikke...andet end på en dagvagt, der får han en snaps til morgenmad og en snaps til frokost og hvad han får derudover, det tager han selv. Og det kan jeg jo ikke holde på, for han kan jo godt selv trisse ud og hælde op. Så...nej.. (eget valg) (Bilag 4:22)

Der synliggøres her, at der ikke er en planlagt indsats ift. Ibs situation. Dette er noget som Rikke som enkeltperson har talt med Ib om, men derudover er der ingen overvejelser over indsats i denne forbindelse.

Rikke synliggør ligeledes en opfattelse af Ib som en selvbestemmende borger. Hun fortæller, at hun kun serverer en snaps til Ib 2 gange om dagen og hvad Ib derudover selv indtager, er hun ikke bestemmende over.

Rikke uddyber efterfølgende sin holdning om, at borgeren skal have lov at leve det liv han selv har valgt.

At alkoholforbruget er Ibs eget valg og dermed ikke et problem, som hun vil forholde sig til.

...altså nu er jeg jo nok den der lidt "nede på jorden pige" og jeg tænker nå ja, men det er jo så den måde han vil leve sit liv på og det skal han ski ha lov til. Ja. Det er ikke mig der skal sætte dagsordnen for hvordan Ib han skal leve hans liv. Jeg kommer der for at hjælpe ham med de ting han har behov for og som han ikke selv kan klare, men hvordan han vil leve sit liv, det er ikke mit problem. Jo, det er et problem, men jeg vil ikke gå ind og ændre på det. Det er hans valg. Og vi er allesammen frie mennesker, i min verden, og har lov til at gøre det man har lyst til. I sit eget hjem. (Eget problem)(Bilag 4:23)

Rikke synliggør her et syn på Ib som en rationel og selvstyrende person, der selv har valgt den situation, som han er i nu. Hun ønsker ikke at blande sig i disse valg, hvilket hun begrundes med Ibs frie valg og ret til selv at vælge. Hun beskriver, at hun kommer hos Ib for at hjælpe med "de ting han har behov for", hvilket synliggør, at hun ikke oplever at Ib har noget behov der kan knyttes til alkoholforbruget.

Teoretisk forklaring:

Der kan her drages sammenligninger til den utilitaristiske tradition, som jeg nævnte i indledningen, der præger samfundet i dag og som her ligeledes kan ses som internaliseret hos Rikke.

Som jeg ligeledes nævnte i indledningen er denne utilitaristiske tendens ligeledes medvirkende til det som Skytte kalder for en henfalden til en distancens imperativ. En distancering fra plejepersonalets side, ift. Ibs komplekse livssituation, som ikke rummes i hendes problemforståelse. Dette ses ikke som et problem der vedrører systemet og der søges derfor ingen forklaring på genererende årsager til alkoholforbruget og indsats muligheder ift. dette.

Forståelsen herfor forbliver på overfladen.

### **Delkonklusion:**

Hvordan er plejepersonalets problemforståelse?

De empiriske fund viser, at plejepersonalets problemforståelse hovedsagligt er præget af en praktisk viden om sociale behov hos borgeren med fysisk funktionsnedsættelse, mens teoretiske refleksioner

herover er fraværende. Tendensen er, at plejepersonalet legitimerer deres arbejde udfra et sundhedsfagligt og medicinsk vidensgrundlag, et vidensgrundlag der knytter sig til forklaringsmekanismer med fokus på det umiddelbart synlige i relationen – de symptomatiske sammenhænge og adfærdsmæssige årsags-virknings sammenhænge. Dette skaber et fokus på fysiske problemer og behov hos borgeren, mens de sociale og mere komplekse problematikker i borgerens hjem reduceres til forhold, der ikke tages handling på, da dette ses som udtryk for og konsekvenser af borgerens eget valg igennem livet.

Krydsfeltets dominerende logikker er præget af det sundhedsfaglige og medicinske område, hvilket bekræftes af plejepersonalets viden om de regulative tekster på området. I interviewene synliggøres det, at sundhedslovgivningen af plejepersonalet rangeres højere end serviceloven.

De herskende logikker påvirkes og reproduceres af det lovgivningsmæssige fokus på det ansvar der påhviler plejepersonalet i forhold til de opgaver denne udfører efter sundhedslovgivningen. Dette i kraft plejepersonalets autorisation, som kun er gældende for dennes handlinger og opgaver tilknyttet sundhedsloven. Hermed skabes der øget fokus på sundhedslovsopgaver, mens servicelovens opgaver ikke får den samme opmærksomhed af plejepersonalet.

At der skal en autorisation til for at varetage opgaver efter sundhedsloven, gør at sundhedslovsopgaverne forbindes med højere kompetencer og højere positionering i det sociale rum, hvilket reproducerer en forfordeling og øget fokus på opgaver efter sundhedslovgivningen. De herskende logikker i feltet, samt det postontologiske syn på mennesket, kan derved være medproducerende til en mangel på helhedsorientering i forståelsen af borgerens behov, hvilket rummer en fare for at borgerens egentlige behov fejltolkes eller overses af plejepersonalet.

Plejepersonalets problemforståelse er under påvirkning af de institutionelle rammer, som ses i feltet. Plejepersonalets kontakt med borgeren er hovedsagligt fokuseret om de konkrete opgaver i hjemmet som er knyttet til borgerens fysiske behov – et fokus, som den skarpe tidsstyring og de detaljerede ”kørelister” er medskaber af.

Nedprioriteringen og det manglende fokus på betydningen af relationen gør, at plejepersonalet ikke altid evner at anerkende borgeren på trods af at borgeren søger at leve op til samfundets krav om at udvise selvsansvar.

Plejepersonalet oplever, at står i et krydspres mellem et effektivitetskrav, et ønske om at drage omsorg og bevare sin medmenneskelighed i kontakten med borgerene samt modstandsreaktioner hos borgerne.

Modstandsreaktionerne hos borgeren skaber i visse tilfælde en kamp om position i det sociale rum, mellem borger og plejepersonalet. En kamp som plejepersonalet oplever at stå alene med og som, grundet en manglende viden om borgerens behov for at blive mødt og bekræftet på et mere dybdegående niveau, forsøges reguleret med egen fremtoning og adfærd i den konkrete situation. Det postontologiske syn på borgeren, der præger plejepersonalets problemforståelse i kontakten, kan dermed skabe reproduktioner af kampe i feltet.

Endnu en ting der præger plejepersonalets problemforståelse i kontakten med borgeren er et stort fokus på hjælp til selvhjælp. Et fokus der har omdrejningspunkt om borgerens fysiske funktionsniveau, mens borgerens sociale trivsel ikke er med i plejepersonalets refleksioner.

I og med at hjælp til selvhjælpstanken ikke tager borgerens kompleksitetsgrad med i betragtning, skabes der reproduktioner af stigmatiserende processer ift. den resourcesvage borger. Dette fordi borgeren, som tidligere nævnt, internaliserer en rolle som selvforskyldt i egen situation.

Plejepersonalets problemforståelse er generelt præget af samfundets utilitaristiske fokus, hvor borgeren ses som en rationel og selvstyrende person, der er i en selvvalgt situation. Dette skaber et fokus på de konkrete og synlige behov hos borgeren, mens de mere komplekse forhold reduceres til forhold der hos plejepersonalet ikke tilknyttes nogen egentlige handlingskrævende behov hos borgeren, men i stedet tillægges borgeren, som dennes eget ansvar, valg og problem.

## **Konklusion og perspektivering:**

Dette speciale har søgt at afdække hvorledes det kommunale plejepersonales problemforståelse står i forhold til den hjemmeboende ældre borger behov, når det drejer sig om borgeren med fysisk funktionsnedsættelse.

Hypotesen fra undersøgelsens start var, at den kommunale indsats hovedsagelig bygger på et medicinsk og sundhedsfagligt grundlag, som påvirker plejepersonalets problemforståelse og gør at synet for borgerens sociale trivsel træder i baggrunden. Denne hypotese bekræftes i specialet.

Undersøgelsen viser en tæt sammenhæng mellem den ældre borgers behov ”at have”, ”at elske” og ”at være”, som synes at betinge hinanden. Det kan konkluderes, at borgeren oplever sin fysiske tilstand som en determinerende faktor ift. de afsagn som denne oplever i hverdagen. Der ses en biologisk determinisme i borgerens opfattelse af sig selv og de vilkår denne lever under, som kan sammenstilles med plejepersonalets rangering af borgerens behov, med de fysiske behov som overordnet. (jf. Marslows behovspyramide) Plejen har et stort fokus på borgerens behov for ”at have” – på borgerens fysiske begrænsninger, mens helheden overses.

Borgeren oplever at kroppens begrænsning skaber et uigenkaldeligt brud i hverdagen, som både påvirker lysten til dagligdagens aktiviteter og borgerens grundlæggende følelse af tryghed ved egen krop.

Borgeren oplever ligeledes, at den fysiske funktionsnedsættelse skaber reducerede muligheder for, at opsøge social kontakt til omverdenen på egen hånd og dermed påvirker muligheden for deltagelse i aktiviteter der tidligere har været af betydning i deres liv. Denne begrænsning af muligheder understøttes af kommunens besparelse og nedskæringer på området.

Netværkets betydning træder særligt frem hos borgeren og der ses en sammenhæng mellem borgerens kontakt med sit familiære netværk og borgerens positioneringsmuligheder i det sociale felt. Dårlig kontakt med familien skaber lav social kapital og påvirker borgerens sociale trivsel. Der ses et manglende fokus på borgerens behov for ”at elske” hos plejepersonalet, hvilket skaber en reproduktion af social ulighed i feltet.

Opfyldelsen af behovet ”at elske” bliver, grundet plejepersonalets manglende opmærksomhed og handling herpå, hermed afhængig af, at borgeren har nær og hyppig kontakt til sit private netværk. Et veludbygget netværk bliver dermed en afgørende faktor for borgerens positioneringsmuligheder og habitus og der kompenseres, hos plejepersonalet, ikke for den socialt dårligt stillede borgers øgede behov for ”at elske”.

Det kan konkluderes, at behovet for ”at være” ligeledes er fremtrædende hos borgeren med fysisk funktionsnedsættelse. Der ses et stort behov hos borgeren for fortsat, at bevare en social identitet som i et samfundsmæssigt perspektiv skaber status og anseelse. Borgerens afhængighed af hjemmeplejen er genstand for en stigmatisering, som skaber et behov hos borgeren for, at hente anerkendelse i andre forhold af livet. En anerkendelse som borgeren søger igennem opfyldelse af

samfundets herskende værdier om ikke at være krævende og at udvise selvansvarlighed. I denne kamp for anerkendelsesgivende elementer, bliver den ressourcetsvage borger taber.

Den skarpe tidsstyring og dermed det manglende fokus på relationen med borgeren skaber tvetydige signaler til borgeren om, at leve op til en rolle som den selvstyrende og selvansvarlig hjælpemodtager – en rolle som plejepersonalet til tider har svært ved at imødekomme, grundet det manglende fokus herpå.

Det kan konkluderes, at plejepersonalets problemforståelse er præget af medicinske og sundhedsfaglige logikker, der knytter sig til en forklaring af borgerens problemer ud fra det umiddelbart synlige i relationen. Dette gør, at særligt borgerens behov for ”at være” nedvurderes af plejepersonalet, som har en manglende opmærksomhed på relationelle og sociale forhold i plejen.

Plejepersonalets manglende fokus på borgerens behov for ”at være” forårsager tilpasningsmekanismer hos borgerne, i form af modstandsreaktioner og tilbagetrækning fra interaktionen – mekanismer der har til formål, at bevare en social identitet, som den samfundsmæssige stigmatisering og den kommunale styring er en trussel for. Tilpasningsreaktionerne synes at blive årsag til kampe i feltet mellem borgeren og plejepersonalet. Kampe som plejepersonalet oplever at stå alene med og som forsøges reguleret ud fra et overfladisk og individorienteret forsøg på adfærdsregulering i situationen. Den socialfaglige indsats i hjemmet er ikke en indsats der planlægges og systematiseres. Indsatsen kommer dermed til at bero på plejepersonalets individuelle vurdering, som er funderet ud fra en praktisk og ikke teoretisk viden om sociale problematikker hos den ældre borger.

### **Translokale betingelser:**

Som tidligere nævnt er de translokale betingelser en vigtig faktor i afdækningen af bagvedliggende strukturer og genererende forhold i feltet.

De translokale betingelser defineres, som påvirkende aktiviteter, der involverer borgeren og plejepersonalet, uden at være synlige og umiddelbart kendte for disse.

Plejepersonalets arbejdsforhold og rammer er præget af disse påvirkende forhold, der udstikkes af den overordnede organisation og samfundets socialpolitiske strategier på ældreområdet.



De socialpolitiske rammer for ældreområdet er af stor betydning for plejepersonalets fokus i plejen. Markedsgørelsen af feltet og dermed tayloriseringen af ældreområdet er et forhold, som skaber en manglende fleksibilitet i plejen, samt en målretning mod konkrete og synlige opgaver hos borgeren. Plejepersonalets kontakt med borgeren underligges altså med disse rammer et fokus på de konkrete opgaver i hjemmet, som er knyttet til borgerens fysiske behov – et fokus, som den skarpe tidsstyring og de detaljerede ”kørelister” er medskaber af. Plejepersonalet står således i et krydspres mellem et effektivitetskrav og et ønske om at drage omsorg og bevare sin medmenneskelighed i kontakten med borgerne.

Lovgivningsmæssigt er plejepersonalet ligeledes underlagt regulerende rammer i kommunen, som påvirker dennes forståelse af problemer hos den ældre borger med fysisk funktionsnedsættelse. Dette handler om en lovgivning der fremhæver et særligt ansvar hos plejepersonalet, som følge af en autorisation, som kun gælder handlinger efter sundhedsloven. Der sker hermed en skævvridning af de lovgivningsmæssige forhold og udmøntningen heraf i og med at sundhedslovgivningen rangeres over sociallovgivningen. Dette er medskaber af et overordnet fokus på biomedicinske forhold i feltet og en nedprioritering af de sociale og relationelle forhold i plejen. Den igangværende opgaveglidning på ældreområdet og visionen om det nære sundhedsvæsen skaber ligeledes en opmærksomhed på sundhedsfaglige kompetencer hos plejepersonalet, som ligeledes kan være genererende for dette biomedicinske fokus.

Som nævnt er den samfundsmæssige utilitaristiske tendens en stor og afgørende faktor for stigmatiserende processer ift. den uproductive borger. Denne samfundsmæssige tendens kan føres tilbage til de neoliberalistiske strømninger, som i 1980'erne vandt indpas i samfundet. De stigmatiserende processer har vidtrækkende konsekvenser for borgeren med fysisk funktionsnedsættelse. Dette være sig konsekvenser som selvstigmatisering hos borgeren, med oplevelse af skyld, konsekvenser ift. plejepersonalets opfattelse af og kontakt med borgeren.

### **Besvarelse af problemstillinger:**

I specialets indledning rejste jeg flere problemstillinger, som jeg ønskede belyst igennem specialet og som jeg her ligeledes vil konkludere på.

1. Hvordan ser plejepersonalet på det sociale aspekt af plejen, hos den ældre borger med fysisk funktionsnedsættelse og hvilken rolle oplever plejepersonalet at have ift. borgerens sociale begrænsninger?

Det kan hermed konkluderes at plejepersonalets problemforståelse hovedsagelig er rettet mod borgerens fysiske og medicinske tilstand, mens det sociale aspekt træder i baggrunden.

Plejepersonalets viden om og forståelse af sociale problemstillinger hos borgeren er præget af en praktisk og ikke teoretisk viden, som ikke synes at være handlingsgivende for plejepersonalet. At feltet er præget af medicinske og sundhedsfaglige logikker gør, at det sociale aspekt ikke indregnes som et aspekt i plejen.

Der ses en afspejling af de socialpolitiske og utilitaristiske tendenser hos plejepersonalet, hvor sociale problemstillinger hos den ældre borger med fysisk funktionsnedsættelse ses som borgerens eget valg og problem. Dette skaber et misforhold mellem borgerens behov og de problematikker, som plejepersonalet ser som handlingskrævende. Plejepersonalet oplever hermed ingen umiddelbar rolle ift. borgerens sociale problemstillinger.

2. Er der behov og problemstillinger hos den ældre borger med funktionsnedsættelse, som overses i plejen?

Borgeren har et stort behov for at bevare en social identitet og da borgeren er begrænset i sin deltagelse i det sociale liv udenfor hjemmet bliver plejepersonalet, som følge heraf, en afgørende del af borgerens kontakt med den sociale omverden og dermed en vigtig aktør ift. borgerens behovsopfyldelse.

Det kan konkluderes, at plejepersonalets problemforståelse hovedsagelig er rettet mod borgerens fysiske behov og problemstillinger og at der dermed mangler en helhedsorientering i plejen af den ældre borger med fysisk funktionsnedsættelse. Dette gør, at behov for "at elske" og "at være" overses i plejen, hvilket skaber uopfyldte behov hos borgeren med fysisk funktionsnedsættelse.

3. Hvorledes påvirker de socialpolitiske tendenser, mødet mellem hjemmeplejen og den ældre borger med fysisk funktionsnedsættelse?

Dette spørgsmål besvares i ovenstående under *translokale betingelser*.

4. Er der i praksis såvel et fokus på individet, som et fokus på strukturelle forhold med betydning for borgerens udfordringer og behov i dagligdagen?

Tendensen er, at plejepersonalet legitimerer deres arbejde ud fra et sundhedsfagligt og medicinsk vidensgrundlag, som knytter sig til forklaringsmekanismer med fokus på det umiddelbart synlige i relationen og adfærdsmæssige årsags-virknings sammenhænge. Der ses en dominerende individorientering i plejen og et manglende fokus på strukturelle forhold. Dette ses ved at borgerens funktionsnedsættelse og begrænsningerne som borgeren oplever, ses som et problem hos borgeren og ikke som et problem i omgivelsernes indretning. Der er et fokus på fysiske problemer og behov hos borgeren, mens de sociale og mere komplekse problematikker hos borgeren reduceres til forhold, der ikke tages handling på, da dette ses som udtryk for og konsekvenser af borgerens eget valg igennem livet.

De herskende logikker i feltet, samt dette postontologiske syn på mennesket, kan derved være medproducerende til en mangel på helhedsorientering i forståelsen af borgerens behov, hvilket rummer en fare for at borgerens egentlige behov fejltolkes eller overses af plejepersonalet.

5. Kan der være uforudsete konsekvenser af den samfundsmæssige udvikling, som kan være medvirkende til, at generere øgede sociale problemer blandt ældre borger med fysisk funktionsnedsættelse?

Den samfundsmæssige stigmatisering og borgerens ønske om at leve op til samfundets krav og forventninger som selvstændig og selvstyrende individ skaber behov hos borgeren, som ikke mødes af plejepersonalet.

Plejepersonalet har et fokus på hjælp til selvhjælp, som har fokus på borgerens fysiske formåen, uden tanke på dennes sociale og psykiske tilstand – på borgerens generelle kompleksitetsgrad. Dette skaber en reproduktion af stigmatiserende processer ift. den resourcesvage borger, der internaliserer samfundets herskende tendenser til at se sociale problemstillinger som selvforskyldte. Der handles ud fra en medicinsk diskurs, som ikke sandsynliggør andet syn på borgeren end et individorienteret og postontologisk perspektiv. Dette skaber manglende behovsopfyldelse og tilpasningsreaktioner hos borgeren – tilpasningsreaktioner, der netop repræsenterer en uforudset konsekvens, af en samfundsmæssig udvikling.

At plejepersonalet og borgeren trækker på samme biomedicinske diskurs har den konsekvens, at der er enighed om at der ikke kan handles anderledes. Diskursen reproducerer sig selv og er dermed medvirkende til en reproduktion af uligheder.

Den manglende kompensering af sociale uligheder hos borgeren med fysisk funktionsnedsættelse og manglen på handlingsmuligheder grundet den medicinske diskurs, kan dermed være grobund for øgede sociale problemstillinger hos borgeren med fysisk funktionsnedsættelse, som i sidste ende kan resultere i reaktioner hos borgeren der kan gøre, at borgeren må have omkostningsfulde specialtilbud.

### **Perspektivering:**

Jeg har i dette speciale valgt, at undersøge en lille del af en stor og kompleks organisatorisk sammenhæng. Mit udgangspunkt har været borgerens livsverden og herudfra plejepersonalets problemforståelse. Som set af de empiriske fund er plejepersonalets problemforståelse dog under påvirkning mange steder fra.

Som nævnt tidligere er betydningsproduktionen i organisationen multilokal og derfor vil en udvidelse af det her afgrænsede forskningsfelt til også at omfatte ledelsesniveauet og myndighedsniveauet i kommunen give god mening ift. en afdækning af de grundlæggende antagelser der repræsenterer genererende mekanismer ift. sociale problematikker hos borgeren med fysisk funktionsnedsættelse.

Synet på den ældre borger med fysisk funktionsnedsættelse og på hvad der kræver handling fra kommunal side er under påvirkning mange steder fra og ledelse og myndighed har en afgørende og retningsgivende funktion ift. plejepersonalets problemforståelse.

### **Anbefalinger:**

De empiriske fund viser tendenser og forhold, som på trods af de interviewedes forskellighed, peger på generelle mønstre. Jeg vil derfor afsluttende, kort nævne måder hvorpå der kan skabes bedre betingelser for forholdet mellem plejepersonalets problemforståelse og borgerens behov.

Som nævnt i indledningen, har sociale problematikker hos den ældre borger store omkostninger for såvel individet som for samfundet.

Jeg påstår her, at den manglende fokus på sociale problemstillinger hos den ældre borger med fysisk funktionsnedsættelse som specialet viser, kan blive genererende for en øget udvikling af

sociale problemer hos den ældre borger med fysisk funktionsnedsættelse. Derfor ses det her relevant, at fremhæve måder til bedre betingelser i feltet

Jeg har i min udarbejdelse af kommunale anbefalinger ladet mig inspirere af Høgsbro, Eskelinen, Lundemark og Bergers kategoriseringer af de institutionelle ændringer og deres omfang, som indeholder habiliterende, støttende og forebyggende indsatser med hhv. omfattende, middel eller minimal ændring i institutionens struktur. (Høgsbro et al., 2013, s. 87)

Mine anbefalinger placerer sig under kategorien minimale institutionelle ændringer på såvel det habiliterende, støttende og forebyggende niveau.

**Habiliterende:** (indsatser der retter sig mod den individuelle borger)

- I den habiliterende indsats spiller kontinuiteten af plejen og den faste kontaktperson en stor rolle ift. opmærksomhed på borgers behov. Der må være en opmærksomhed på og en balance mellem krav til borgerens formåen og borgerens ressourcer. En uddybende udredning og afklaring af kompleksitetsgrad hos borgeren ud fra et helhedssyn på såvel borgerens fysiske, psykiske og sociale forhold kunne her være relevant.
- Der må være et tæt samarbejde mellem visiterende myndighed og frontpersonalet, således at frontpersonalets observationer i borgers hjem inddrages i visitationsprocessen.
- Indsatsen må bygge på en recovery-orienteret tilgang, hvor borgerens livshistorie, perspektiv og behov danner grundlaget for indsatsen.

**Støttende:** (indsatser der retter sig mod gruppen af borgere med fysisk funktionsnedsættelse)

- Et kompetenceløft hos plejepersonalet ift. en bredere problemforståelse vil danne grobund for systematisk planlægning og indsatser ift. såvel fysiske, psykiske og sociale problemstillinger hos den ældre borger med funktionsnedsættelse.  
Konkret må kompetenceløftet omfatte teoretisk viden om sociale problemstillinger og behov hos borgeren, samt teoretisk viden om relations arbejdets betydning for borgerens behovsopfyldelse.

**Forebyggende:** (indsatser der retter sig mod større samfundsgrupper og borgere i risikogruppe)

Forebyggende er anbefalingen generel oplysning til alle involverede på ældreområdet – det være sig politiske beslutningstagere, ledere, myndighedspersoner og frontlinjepersonale. Anbefalingen er her:

- Generel oplysning om det biomedicinske paradigmes begrænsninger ift. opfyldelse af alle den ældre borgers behov.
- Generel oplysning om den tætte sammenhæng og dialektiske forhold mellem den ældre borgeres behov, både fysisk, psykisk og socialt og understregning af vigtigheden af at handle på såvel sociale, psykiske og fysiske forhold hos borgeren. Herunder oplysning om alternative behovsopfattelser - fra Marslows psykologiske forståelse til Allards sociologiske forståelse.
- Generel oplysning om den ældre borgeres sociale position og stigmatiserende processer i samfundets struktur, samt generel oplysning om de konsekvenser og genererende mekanismer, der ligger bag den biomedicinske dominans.

### **Diskussion ift. metode:**

Jeg har igennem mit arbejde med speciale erfaret at mit eksplorative design har været en ”stor mundfuld” til en så tidsbegrænset periode. I min bearbejdning af observationerne har jeg oplevet en mangel i detaljegraden af observationerne, som kunne have bidraget til at kvalificere undersøgelsen. Det eksplorative design ustrukturerede observationer har betydet at mit fokus både har været på interaktionen, som det primære, men ligeledes på lokaliteter og arbejdsgange. Som tidligere nævnt her de relativt lange observationsseancer på 5 timer ad gangen være for mange detaljer at huske på en gang.

**Litteratur:**

Allardt, Erik: Att Ha, Att Älska. Att Vara – Om velfärd i Norden, Argos, 1975, s. 10-35.

Bernhard, F., Pindstrup, H., Jensen, J., Nissen, J., Sørensen, L. Jensen..... Nielsen, S. M. (2012): *Nye kompetencer i ældreservice - Analyse af kompetencebehov og jobudvikling i nordjyske kommuners ældreservice*. Teknologisk Institut/ Analyse og Erhvervsfremme Juli 2012 .

Bjerg, Ole og Villadsen, Kaspar (2006): *Indledning*. I: Bjerg, Ole og Villadsen, Kaspar (Red.) *Sociologiske metoder – fra teori til analyse i kvantitative og kvalitative studier*. 1. Udgave, 2006, Forlaget Samfundslitteratur.

Bourdieu, Pierre (2007): *Den praktiske sans*. 1. Udgave, 1. Oplag. Hans Reitzels Forlag, København.

Buch-Hansen, Hubert og Nielsen, Peter (2012): *Kritiske realisme*. I: Juul, Søren og Pedersen, Kirsten B. (Red.): *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori – en indføring*. 1. Udgave, 1. Oplag. Hans Reitzels Forlag.

DeVault, Marjorie L. & McCoy, Liza (2012): *Investigating Ruling Relations: Dynamics of Interviewing in Institutional Ethnography*. I: Gubrium, Jaber F., Holstein, James A., Marvasti, Amir B. & McKinney, Karyn D. (Red.): *The SAGE Handbook of Interview Research: The Complexity of the Craft*. SAGE Publications, Inc.

DeVault, Marjorie L. & McCoy, Liza (2006): *Institutional ethnography: Using Interviews to Investigate Ruling Relations*. I: Smith, Dorothy E.(Red.) : *Institutional ethnography as practice*. Rowman & Littlefield publishers, Inc.

Ejrnæs, Morten (2008): *Teori og empati – faglighed i relationsprofessionerne*. I: Jacobsen, M. H., og Pringle, Keith (Red): *At forstå det sociale – sociologi og socialt arbejde*. Akademisk forlag. København.

- Fossåskaret, Erik (1997): *Har kundskap sin egen rett? Ethiske utfordringar ved å distansere sig frå det nære*. I: Fossåskaret, Erik, Fuglstad, Otto L. Og Aase, Tor H. (Red.): *Metodisk feltarbeid. Produksjon og tolkning av kvalitativ data*. Universitetsforlaget.
- Goffman, Erving (1997): *Anstalt og menneske. Den totale institution socialt set*. 9. Oplag. Paludans fiol-bibliotek. Jørgen Paludans Forlag.
- Goffman, Erving (2009): *Stigma. Om afvigerens sociale identitet*. 2. Udgave. Samfundslitteratur.
- Goffman, Erving (2015): *Hverdagslivets rollespil*. 1. Udgave, 2. Oplag. Samfundslitteratur 2014.
- Guldager, Jens (2000): *Nogle tanker om forskning i eller evaluering af socialt arbejdes metoder*. Socialvetenskaplig tidskrift nr. 4, 2000.
- Guldager, Jens (2002): "Metodevejen" – en ny hovedvej eller en blindgyde? Uden for nummer 5, 3. årgang 2002
- Hammersley, M. & Atkinson, P. (2007): *Ethnography. Principles in practice*. 3. Udgave. Routledge, London and New York.
- Høgsbro, Kjeld og Burholt, Alice (2015): *Demensproblematikken. En institutionel etnografi af en livsverden og en professionel indsats*. 1. Udgave. Aalborg universitetsforlag.
- Høgsbro, K, Eskelinen, L., Andersen, M. L., Berger, N. P. (2013): *ADHD problematikkens sociale aspekter*. Elektronisk 1. Udgave. Aalborg universitetsforlag.
- Jacobsen, Turf B. (2006): *Institutionel etnografi – myter og logikker i moderne organisationer*. I: Bjerg, Ole og Villadsen, Kaspar (Red.) *Sociologiske metoder, fra teori til analyse i kvantitative og kvalitative studier*. 1. Udgave 2006. Forlaget Samfundslitteratur.
- Jensen, Per H. (2005): *Hvad er velfærd*. I: Jensen, Per H., Lund, Henrik H., Schultz-Jørgensen, P., Schwartz, B. (Red) *Velfærdssamfundets fremtid*. Socialpolitisk Forlag 2005.



- Jensen, Per H. & Prieur, Annick (2015): *Menneskesyn i social- og kriminalpolitik I USA og Danmark*. I: Harder, M og Nissen, M.A. (Red) *Socialt arbejde i en foranderlig verden*. Akademisk forlag.
- Justesen og Mik-Meyer (2010): *Kvalitative metoder i organisations- og ledelsesstudier*. 1. Udgave, 1. Oplag. Hans Reitzels Forlag.
- Kofod, Jens (2015): *Gamles sociale liv*. 1. Udgave, 1. Oplag, Munksgaard. København 2015.
- Kristiansen, Søren og Krogstrup, Hanne K. (2002): *Deltagende observation*. 2. Oplag. Hans Reitzels Forlag. København 1999.
- Kvale og Brinkmann (2015): *Interview – det kvalitative forskningsinterview som håndværk*. 3. Udgave, 1. Oplag. Hans Reitzels Forlag, København 2015.
- Kurth, M (2013): *Handicap hybrid - mellem den medicinske og den sociale model*. I: Bonfils, Inge S., Olsen, Leif og Kirkebæk, Birgit (Red.): *Handicapforståelser*. 1. Udgave, 2. Oplag. Akademisk Forlag.
- Launsø, Laila, Rieper, Olaf og Olsen, Leif (2017): *Forskning om og med mennesker*. 7. Udgave, 1. Oplag. Munksgaard. København.
- Liebst, Lasse S. & Monrad, Merete (2008): *Imellem empati og depersonalisering – en følelsessociologisk analyse af tayloriseringens konsekvenser for hjemmeplejere*. Tidsskrift for arbejdsliv 10 årg., nr.1 2008.
- Melbye, Tina (2015): *Grundforløb 2, Sosu*. 1. Udgave, 1. Oplag. Munksgaard, København 2015.
- Monrad, Merete (2009): *Ældres oplevelse af at modtage hjælp*. Kandidatspeciale ved Sociologisk Institut, Københavns universitet.
- Mik-meyer, Nanna & Villadsen, Kasper (2007): *Magtens former*. 1. Udgave, 4. Oplag. Hans Reitzels Forlag. 2007.

Møller, Jeppe L., Hohnen, Pernille, Ajslev, Jeppe Z. N. Og Hansen, Agnete M. (2014) *Omsorg på markedsvilkår – arbejdsvilkår og orienteringer i den fragmenterede danske hjemmepleje.* Nyt om arbejdsliv, nr. 4, 2014.

Nielsen, J. C. Ry & Repstad P. (1993) *Fra nærhet til distanse og tilbake igjen - Om at analysere sin egen organisation.* I: Nielse,, J.C. Ry *Anderledes tanker om livet i organisationer*, Nyt fra samfundsvidenskaberne.

Olsen, H (2003): *Kvalitative analyser og kvalitetssikring.* Sociologisk forskning, nr. 1.

Ragin, Charles (1994): *Constructing Social Research.* Kap 2. "The Goals of Social Research".

Ringø, P. og Høgsbro, K. (2015): *Funktionsproblemer og rehabilitering i et nyt perspektiv.* I: Harder, M og Nissen, M.A. (Red) *Socialt arbejde i en foranderlig verden.* Akademisk forlag.

Rose, Nikolas (2009): *Livets politik. Biomedicin, magt og subjektivitet i det 21. Århundrede.* 1.Udgave, 1.oplag, Dansk psykologisk forlag.

Skov, Anne (2001): *McHjælp og omsorg.* Uden for nummer 2, 2. årgang, 2001

Skytte, M (2013): *Socialt arbejde I: Guldager, J og Skytte, M (Red) Socialt arbejde – teorier og perspektiver.* 1. Udgave, 1. Oplag. Akademisk forlag, København.

Smith, Dorothy E. (2005): *Institutional ethnography.* Toronto. Rowman & Littlefield Publ.

Smith, Dorothy E. (2006): *Institutional Ethnography as Practice.* Rowman & Littlefield Publ.

Spradley, J. P. (1979): *The Ethnographic Interview.* Orlando: Harcourt Brace Jovanovich College Publishers.

Spradley, J. P. (1980): *Participant Observation.* Orlando: Harcourt Brace Jovanovich College Publishers.

Thagaard, Tove (2004): *Systematik og indelevelse. En indføring i kvalitativ metode*. Akademisk Forlag. København K.

Thomas, Carol (2007): *Sociologies of Disability and Illness*. Palgrave-Macmillan

WHO (2001): *ICF, International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneva. World Health Organisation.

### **Websider:**

Børner, T., Andersen, J. G., Bækmark, H., Christensen, G. Felt, K., Hastrup, B. ... Søgaard, J. (2013): *Rapport fra hjemmehjælpskommissionen. Fremtidens hjemmehjælp – ældres ressourcer i centrum for en sammenhængende indsats*. Social- og integrationsministeriet. København.

Lokaliseret d. 17/4 -2017 på: [http://www.sum.dk/~media/Filer%20-%20Publikationer\\_i\\_pdf/2013/Hjemmehjaelpskommissionen-fremtidens-hjemmehjaelp-juli-2013/Hjemmehjaelpskommissionen-fremtidens-hjemmehjaelp-juli-2013.ashx](http://www.sum.dk/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2013/Hjemmehjaelpskommissionen-fremtidens-hjemmehjaelp-juli-2013/Hjemmehjaelpskommissionen-fremtidens-hjemmehjaelp-juli-2013.ashx)

FOA.dk (2016): *Ældreområdet – status 2015*.

Lokaliseret d. 26/5 på:

[https://www.foa.dk/~media/Faelles/PDF/Rapporter.../Aeldreanalyse\\_Status\\_2015.ashx](https://www.foa.dk/~media/Faelles/PDF/Rapporter.../Aeldreanalyse_Status_2015.ashx)

Kl.dk (2006): Den modificerede BUM-model. Nye udfordringer på social- og sundhedsområdet  
København den 16. maj 2006. Lokaliseret d. 28/4-2017 på:

[http://www.kl.dk/ImageVault/Images/id\\_36946/ImageVaultHandler.aspx](http://www.kl.dk/ImageVault/Images/id_36946/ImageVaultHandler.aspx)

kl.dk (2010): *KL's ældrepolitiske udspil 2010. Nye ældre, nye muligheder*.

Lokaliseret d. 14/4- 2017 på:

[http://www.kl.dk/ImageVaultFiles/id\\_43725/cf\\_202/KL\\_udspil\\_-\\_Nye\\_-ldre-\\_nye\\_muligheder.PDF](http://www.kl.dk/ImageVaultFiles/id_43725/cf_202/KL_udspil_-_Nye_-ldre-_nye_muligheder.PDF)

sst.dk (2012): *Det nære sundhedsvæsen.*

Lokaliseret d. 21/2-2017 på:

<https://www.sst.dk/da/planlaegning/~media/A92CFB652015453FB5E26616C0CDD2BF.ashx>

Sst.dk (2016): *Styrket indsats mod ensomhed hos ældre mennesker med meget hjemmehjælp.*

*Rapport.*

Lokaliseret d. 26/4-2017 på:

<https://www.sst.dk/da/Feeds/~media/3B455CCD49CA4334B9A8DD4BF5D832D6.ashx>

Sst.dk2(2016): *Aalborg Kommune i samarbejde med Ældre Sagen - De første skridt til stærkere relationer.*

Lokaliseret d. 13/5-2017 på:

<https://www.sst.dk/da/puljerogprojekter/2016/~media/1A866E777869495F93FD81576F9A4509.ashx>

Rostgaard & Graff (2016): *Med hænderne i lommen – borger og medarbejders samspil og samarbejde i rehabilitering.* KORA.

[http://vpt.dk/sites/default/files/2016-09/11117%20Fremfærd%20rehabilitering\\_tryk.pdf](http://vpt.dk/sites/default/files/2016-09/11117%20Fremfærd%20rehabilitering_tryk.pdf)

### **Love og cirkulærer:**

Autorisationsloven (2016): *Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og sundhedsfaglig virksomhed.* LBK nr. 1356 af 23/10/2016. Sundheds- og Ældreministeriet.

Hentet d. 20/6-2017 fra Retsinformation.

<https://www.retsinformation.dk/Forms/R0900.aspx?s21=autorisation&s22=%7c10%7c&s113=0>

SEL (2017): *Bekendtgørelse af lov om social service.* LBK nr. 369 af 18/04/2017. Børne- og socialministeriet 2017. Hentet d. 20/6-2017 fra Retsinformation.

<https://www.retsinformation.dk/Forms/R0900.aspx?s21=lov+om+social+service&s22=%7c10%7c&s113=0>

SUL (2016): *Bekendtgørelse af sundhedsloven.* LBK nr. 1188 af 24/09/2016. Sundheds- og Ældreministeriet. Hentet d. 20/6-2017 fra Retsinformation.

<https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=183932>

**Bilagsoversigt:**

Bilag 1	Kompetenceprofiler
Bilag 2	Interviewguide
Bilag 3	Borger interview
Bilag 4	SSA interview
Bilag 5	Observationsnotater