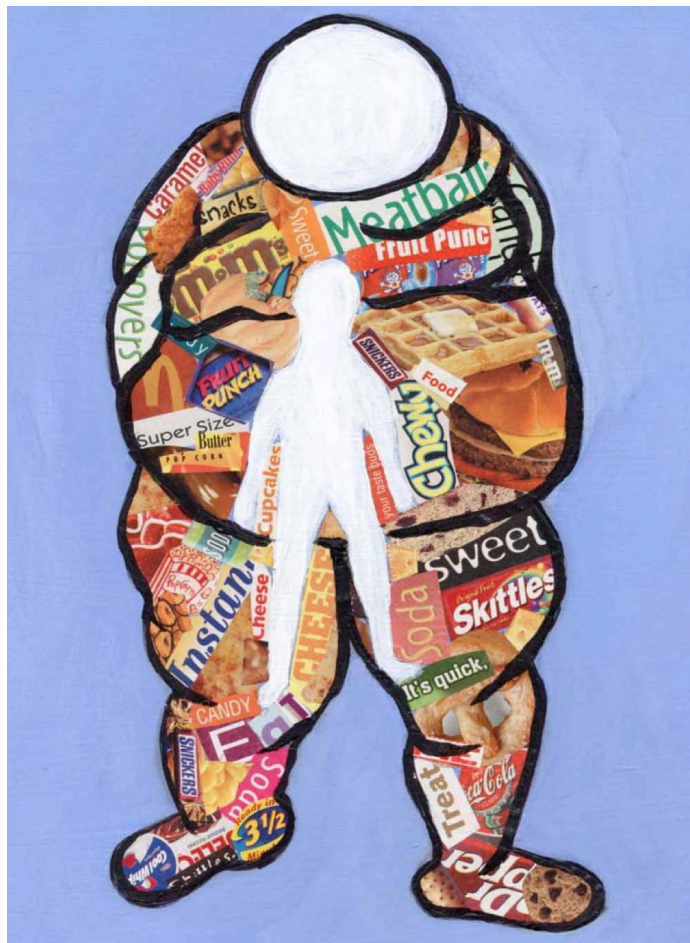


Hjemmevejlederes holdninger til overvægt hos voksne med psykisk udviklingshandicap

- en vignetundersøgelse



Speciale, efterår 2013

Kandidatuddannelsen i Socialt Arbejde
Ålborg Universitet

Udarbejdet af:
Vita Hagelskjær (20111487)

Vejleder:
Morten Ejrnæs

Anslag: 237.420

Indholdsfortegnelse

Kapitel 1: BAGGRUND	4
Problemfelt	4
Livsstilsrelateret sundhedstilstand hos voksne med psykisk udviklingshandicap	6
Faktorer af betydning for livsstilsvaner hos voksne med psykisk udviklingshandicap	9
Undersøgelsens relevans for socialt arbejde	10
Kapitel 2: PROBLEMFORMULERING OG FORMÅL	13
Problemformulering	13
Undersøgelsens temaer	14
Opfattelse af overvægt	14
Holdninger til kostpolitik	14
Holdninger til indgreb overfor beboeres kost- og motionsvaner	14
Opfattelse af selvbestemmelse	15
Holdninger til pårørendes medansvar	15
Undersøgelsens formål	15
Kapitel 3: BEGREBER OG UNDERSØGELSENS OVERORDNEDE METODE	18
Begrebsafklaring	18
Holdninger	18
Psykisk udviklingshandicap	20
Sundhed	22
Overvægt som socialt problem	23
Argumentation for undersøgelsesmetode	24
Vignetmetode	24
Metodekombination	26
Kapitel 4: FREMGANGSMÅDE FOR DATAINDAMLING OG ANALYSE	29
Konstruktion af spørgeramme	29
Præsentation af vignetter	31
Pernille-vignetten	31
Pia-vignetten	32
Maries bror-vignetten	33
Nils-vignetten	33
Spørgeskema	34
Interviewguide	35
Præsentation af bosteder	36
Gennemførelse af undersøgelsen	38
Analysestrategi	38
Undersøgelsens kvalitet	41
Totalundersøgelsens fordele	41
Fordele og ulemper ved metodekombinationen	42
Vignetmetodens betydning for validitet og reliabilitet i undersøgelsen	44
Undersøgelsens interne validitet i relation til spørgerammen	44
Hjemmevejledernes vurdering af kvaliteten	47

Kapitel 5: ANALYSE	48
Holdninger til Pernille-vignetten.....	48
Opfattelse af overvægt.....	48
Mulige indgreb overfor uheldige kost- og motionsvaner.....	52
Den gode relation og samtalen	54
Inddragelse af lægen som autoritet.....	55
Tilgængelighed til legitime madvarer	56
Opsamling på holdninger til Pernille-vignetten	57
Holdninger til Pia-vignetten.....	58
Opfattelse af overvægt.....	58
Holdninger til fælles kostpolitik	59
Krav om loyalitet.....	62
Lederens ansvar i forhold til uenighed om kostpolitik.....	63
Ansvar for fastsættelse og efterlevelse af fælles kostpolitik	65
Selvbestemmelse, ret eller værdi?	66
Hjemmevejledere som rollemodeller.....	69
Opsamling på holdninger til Pia-vignetten	70
Holdninger til Maries bror-vignetten.....	72
Afvigelser fra hverdagens kostregler.....	72
Hvornår og hvordan er det i orden?	72
Ansvar når der afviges fra hverdagens kostregler.....	74
Pårørendes medansvar	76
Indblanding og indflydelse	76
Opfattelser af pårørende og deres medansvar	77
Opsamling på holdninger til Maries bror-vignetten	78
Holdninger til Nils-vignetten.....	79
Opfattelse af overvægt.....	79
Selvbestemmelse, ret eller værdi?	80
Opfattelse af adfærdssændringer.....	81
For og imod belønningsmetode	84
Opsamling på holdninger til Nils-vignetten	84
 Kapitel 6: KONKLUSIONER OG PERSPEKTIVER	 86
Konklusion.....	86
Uoverensstemmelser mellem værdier og handletendenser.....	87
Mulighederne for at arbejde helhedsorienteret	90
Perspektiver i forhold til faglig udvikling	91
Litteratur	94
 Abstract	
 Bilag 1: Spørgeskema	
Bilag 2: Interviewguide	

Kapitel 1: BAGGRUND

I dette speciale er der sat fokus på voksne med psykisk udviklingshandicap, forstået som en socialt udsat gruppe og baggrunden er min interesse for den ulighed i sundhed, der gør sig gældende for mennesker med handicap. Med en dokumentation af, at denne befolkningsgruppe har en ringere helbredtstilstand end den resterende del af befolkningen, er der gennemført en vignetundersøgelse blandt hjemmevejledere på to bosteder i X Kommune, der har voksne med psykisk udviklingshandicap i deres daglige varetægt. Sigtet har været at opgøre hjemmevejledernes holdninger i spørgsmål, der vedrører overvægt hos den nævnte befolkningsgruppe, og med indsigt i disse holdningers indhold at belyse, hvad hjemmevejledere mener, man bør gøre i givne situationer. Med undersøgelsens resultater ønsker jeg at sætte fokus på faglige udviklingsmuligheder hos fagpersonale, der arbejder med voksne med psykisk udviklingshandicap og bidrage til debatten om social ulighed i sundhed.

Mit problemfelt er opstået i et spændingsfelt mellem ulighed, sundhed og handicap og i det følgende afsnit, redegøres for specialets baggrund og fokusområde, problemets omfang og dets relevans for socialt arbejde.

Problemfelt

Voksne med psykisk udviklingshandicap har hyppigere livsstilsrelaterede sygdomme end resten af befolkningen. Påstanden kan dokumenteres med udenlandske forskningsresultater. Når det ikke er muligt at dokumentere, hvordan denne uheldige og dybest set uretfærdige ulighed præcist forekommer i Danmark, skyldes det først og fremmest, at antallet af mennesker med psykisk udviklingshandicap ikke registreres i Danmark. I årene efter udlægningen af den statslige særforborg til amter og kommuner, ebbede den centrale registrering af denne befolkningsgruppe langsomt ud, hvilket

psykiater og professor Poul Munk-Jørgensen beskriver som *"et knusende tilbageskridt for forskningen i mental retardering"* (Stevnshøj 2009). Det var især pårørende og brugerorganisationer, der med støtte fra politisk side, gjorde det til en mærkesag at få registret lukket. Deres vigtigste argumenter mod registret bundede i frygten for stigmatiserende processer og ønsket om, at de udviklingshandicappede fik mulighed for at leve et fuldstændig normalt liv. Konsekvensen er en form for strukturel ekskludering, fordi den manglende registrering betyder, at der ikke findes oplysninger om hvor mange mennesker, der lever med et psykisk udviklingshandicap i Danmark, ligesom det hverken er muligt at lave registersammenkøring og dokumentere for eksempel sammenhænge mellem udviklingshandicap og risiko for at havne i kriminalitet eller få bestemte sygdomme, eller udsige noget prognostisk til brug for planlægning af indsatser (ibid.).

Et andet eksempel på strukturel ekskludering er, at mennesker med psykisk udviklingshandicap reelt ikke er medtaget i den store undersøgelse af befolkningens sundhedsprofil *'Hvordan har du det?'*, som gennemføres i landets fem regioner, og som bygger på oplysninger fra mere end 150.000 borgere. Sundhedsprofilen angives at give mulighed for sammenlignelige sundhedsprofiler på landsplan, samt for at følge befolkningens sundhedstilstand og den synes at udgøre et vigtigt grundlag i planlægningen af sundhedsarbejde i både regioner, kommuner og almen praksis (Larsen et al. 2010:3). Det fremgår af metodebeskrivelsen til sundhedsprofilen, at for at arbejde for større social lighed i sundhed, inddrages beskrivelser af sociale forskelle. Som sociale kendetegn anvendes uddannelsesniveau, samlivssituation, boligsituation, familieforhold og beskæftigelsessituation (ibid.:24). Problemet og ekskluderingen opstår i dataindsamlingen, da spørgeskemaet for det første har et omfang, der efter alt at dømme er uoverskueligt at udfylde for mange med psykisk udviklingshandicap, og for det andet fordi besvarelsene er selvevalueringer, og således bygger på respondenters oplevelse af eget helbred samt egen vurdering af fysisk, psykisk og social funktionsevne, som paradoksalt nok, netop er vanskeligt for mennesker med psykisk udviklingshandicap, fordi det er en central del af det objektivt konstaterbare ved deres handicap.

For at dokumentere den indledende påstand om, at voksne med psykisk udviklingshandicap hyppigere rammes af livsstilsrelaterede sygdomme og lidelser end den øvrige del af befolkningen, vender jeg mig derfor mod udenlandske forskningsresultater, som ikke nødvendigvis er dækkende for danske forhold, men afhængig af undersøgelsesernes herkomst og alder, forventer jeg at kunne udpege nogle tendenser, der kan overføres her til. Undersøgelsesresultater fra andre skandinaviske og vesteuropæiske lande anses for bedst at kunne udsige noget om mulige danske forhold, hvorimod

resultater fra eksempelvis USA nødvendigvis må tages med et større forbehold, da udviklingen af overvægt i USA langt overstiger danske forhold.

Som redskab til sammenligning af den livsstilsrelaterede helbredstilstand hos mennesker med udviklingshandicap og den almene befolkning, anvendes Body Mass Index (BMI), som udregnes ved kropsvægten i kilo delt med kvadratet på højden i meter (vægt i kg/højde i m²) og som almindeligvis anvendes til at vurdere normalvægt. Med WHO's kategorisering kan man dermed inddele folk i undervægtige (BMI < 18,5), normalvægtige (BMI 18,5-24,9), overvægtige (BMI 25,0-29,9) og svært overvægtige (BMI 30+) (World Health Organization 2000). I 1998 udgav WHO en rapport, der udråbte svær overvægt til en global epidemi og der dokumenteredes en sammenhæng mellem overvægt/svær overvægt og en række helbredsproblemer som hjerte-karsygdomme, slagtilfælde og diabetes type 2 (World Health Organization 1998).

For en aktuel opgørelse over den samlede danske voksne befolkning i relation til vægtforhold, anvendes oplysninger fra Sundheds- og sygelighedsundersøgelsernes database (Statens institut for Folkesundhed 1987-2005). Heraf fremgår, at i 2005 led 11,4 % af den voksne befolkning af svær overvægt, mens 44,3 % havde overvægt eller svær overvægt. Data viser en fordobling af forekomsten af svær overvægt i perioden fra 1987 til 2001, med den største relative stigning blandt unge i alderen fra 16 til 29 år. Forekomsten af overvægt/svær overvægt hos mænd er 52,7 %, mod 36,4 % hos kvinder.

I følgende afsnit sammenlignes disse forhold med den befolkningsgruppe, der har et psykisk udviklingshandicap.

Livsstilsrelateret sundhedstilstand hos voksne med psykisk udviklingshandicap

Udenlandsk forskning i overvægt og svær overvægt blandt mennesker med psykisk udviklingshandicap viser, at dette forekommer op til tre gange så hyppigt som hos den samlede befolkning. Forskningen viser ligeledes en forskel i vægtforhold og helbredsforhold relateret til køn, boform og grad af udviklingshandicap.

I en undersøgelse, der er gennemført i Norge i 2003, hvor man har undersøgt 282 personer med psykisk udviklingshandicap, viser resultaterne, at 19,1 % af deltagerne havde svær overvægt (BMI > 30) og 34,8 % havde overvægt (BMI 25-29,9). I Norge har 6-8 % af befolkningen svær overvægt, hvormed der kan konstateres en hyppighed, der er op imod tre gange højere for mennesker med psykisk udviklingshandicap. Samme undersøgelse viser en signifikant sammenhæng mellem graden af udviklingshandicap og

BMI, således at hos personer med mildere grad af psykisk udviklingshandicap er svær overvægt mest udbredt og hos personer med alvorlig psykisk udviklingshandicap er der overhyppighed af undervægt (Hove 2004). Sammenlagt viser undersøgelsen, at 61,7 % af deltagerne har et BMI der ligger udenfor normalområdet.

Et engelsk forskningsprojekt fra 2000, hvor man har undersøgt livsstilsproblemer og afledte helbredsrisici hos 500 mennesker med psykisk udviklingshandicap der bor på institution, viser at blandt de undersøgte mænd og kvinder er der fundet undervægt, svarende til BMI<20, hos henholdsvis 23 % og 22 %, hvor tilsvarende hyppighed hos den resterende befolkning er henholdsvis 4 % for mænd og 7 % for kvinder. Forskerne fandt ligeledes en hyppighed af ekstrem fedme (BMI > 30) hos 24 % kvinder med psykisk udviklingshandicap, mod 18 % blandt kvinder i den resterende befolkning (Robertson et al. 2000). Resultaterne af undersøgelsen ses i sammenhæng med deltagernes boform og graden af deres handicap, der angiveligt kan forklare den øgede hyppighed af undervægtige.

Resultaterne af en anden engelsk undersøgelse, der er offentliggjort i 2005 i Journal of Intellectual Disability Research, viser, at ud af 1542 mennesker med psykisk udviklingshandicap var 28 % overvægtige, 27 % svært overvægtige og 14 % undervægtige, hvilket efterlader 31 % med BMI indenfor normalvægtområdet (Emerson 2005).

En nyere undersøgelse fra USA viser, at de helbredsmæssige konsekvenser af de beskrevne forhold er betydelig. Undersøgelsen viser blandt andet, at type 2 diabetes optræder fem gange så hyppigt hos mennesker med psykisk udviklingshandicap, som hos resten af befolkningen (19,4 % vs. 3,8 %), og at psykisk udviklingshandicappede med diabetes har en generelt dårligere helbredstilstand og flere kroniske følgetilstande, end andre diabetikere (Reichards & Stolzle 2011). Jeg kan ikke med sikkerhed vide, om de samme forhold gør sig gældende i Danmark, men eksemplet illustrerer med tydelighed, at livsstilsbetingede problemer hos mennesker med udviklingshandicap har betydelige helbredsmæssige konsekvenser, hvilket understøttes af en anden amerikansk undersøgelse, hvor resultaterne er offentliggjort i 2010, og hvor 461 unge mellem 12 og 18 år med psykisk udviklingshandicap har været inkluderet. Undersøgelsen er gennemført som en webbaseret surveyundersøgelse, hvor forældre har besvaret en række spørgsmål om deres barns kropsvægt og helbredsforhold. Resultaterne er sammenholdt med unge uden handicap og viser, at unge med autisme eller Downs Syndrom har 2-3 gange så stor hyppighed af overvægt. Den viser også, at hos de unge med psykisk udviklingshandicap og overvægt er hyppigheden af andre sygdomme langt højere end hos de unge med psykisk

udviklingshandicap og normalvægt. Det drejer sig om forhøjet blodtryk, forhøjet kolesterol, diabetes, astma, depression, træthed, problemer med lever og galdeblære, tidlig modning, lav selvagtelse og stressrelateret vrede (Rimmer et al 2010).

Enkelte mindre danske undersøgelser understøtter de udenlandske forskningsresultater og her skal en enkel fremhæves, da den er af nyere dato, og indeholder relevante resultater. En stikprøveundersøgelse fra Århus, gennemført i 2009, hvor 63 tilfældigt udvalgte voksne med psykisk udviklingshandicap, som på daværende tidspunkt modtog hjælp fra Århus Kommunes Bostøtte, blev opfordret til at deltage. Undersøgelsen havde blandt andet til formål, at undersøge omfanget af vægtproblemer blandt personer med psykisk udviklingshandicap i mild grad, der bor i egen bolig. Af de 63 indvilgede 47 (74,6 %) i at deltage i en almen helbredsundersøgelse. Af de 47 undersøgte, var ingen undervægtige, hos mændene var der lidt mere end dobbelt så mange med svær overvægt end i den resterende befolkning, mens svær overvægt hos kvinderne er fire gange så hyppigt som hos kvinderne i den resterende befolkning. Tabel 1.1 viser hvordan deltagernes vægtforhold fordeler sig efter WHO's kategorisering, sammenholdt med normalbefolkningen.

Tabel 1.1. Vægtforhold blandt en gruppe borgere med psykisk udviklingshandicap sammenlignet med normalbefolkningen (95 % konfidensgrænse er angivet i parentes)

	Psykisk udviklingshandicappede i Århus		Normalbefolkningen*
	Antal	Procent (95% CL)	Procent
Mænd:			
Undervægt	0	0 (0-13,7)	0,7
Ønskelig vægt	13	52 (31,3-72,2)	46,6
Overvægt	6	24 (9,4-45,1)**	40,9
Svær overvægt	6	24 (9,4-45,1)	11,8
I alt	25	100	100
Kvinder:			
Undervægt	0	0 (0-15,4)	3,7
Ønskelig vægt	6	27,3 (10,7-50,2)	37,9
Overvægt	7	31,8 (13,8-54,9)	25,4
Svær overvægt	9	40,9 (20,7-63,7)**	11,0
I alt	22	100	100

* SUSY-undersøgelsen 2005

** Statistisk signifikant, $p < 0,05$

Kilder: Rapport udgivet af Center for Oligofrenipsykiatri 2009, SUSY-databasen 2005.

Det er interessant, at andelen af mænd med psykisk udviklingshandicap, med BMI>25 nogenlunde svarer til mænd i normalbefolkningen (48 % vs. 52,7 %), mens andelen af mænd med psykisk udviklingshandicap med svær overvægt, er mere end dobbelt så høj som andelen af mænd med svær overvægt i normalbefolkningen. For kvindernes

vedkommende viser undersøgelsen, at blandt de psykisk udviklingshandicappede har 40,9 % svær overvægt, mod 11 % blandt kvinder i almenbefolkningen, hvilket svarer til en hyppighed der er næsten fire gange så høj. Overvægt hos kvinder med psykisk udviklingshandicap findes hos 31,8 % af deltagerne, mod 25,4 % hos kvinderne i den resterende del af befolkningen. Resultaterne i undersøgelsen er forbundet med en relativt stor usikkerhed, som en følge af stikprøvestørrelsen. Denne usikkerhed er angivet ved konfidensintervallet, der i dette tilfælde er konstrueret omkring et interval på 95 %. Det vil sige, at med 95 % sikkerhed ligger hele populationens værdi indenfor intervallet.

Ovenstående resultater fra forskning i ind- og udland dokumenterer således en markant større hyppighed af overvægt og svær overvægt blandt voksne med psykisk udviklingshandicap i mildere grad, sammenlignet med den resterende befolkningsgruppe. Flere forhold kan disponere til overvægt, men ifølge Lars Iversen er det uafviseligt, at livsstilselementer som rygning, alkohol, kost og motion har gennemgribende indflydelse på den enkeltes helbred og livskvalitet og han henviser til statistiske mål for, hvordan sygdomsudvikling forbindes med den enkeltes livsstil. Eksempelvis kan personer med risiko for udvikling af diabetes type 2, gennem sundere kost og øget motion næsten halvere denne risiko, og han påpeger, med reference til en rapport fra Sundhedsstyrelsen "Fysisk aktivitet – håndbog om forebyggelse og behandling", at fysisk aktivitet har fundamental betydning for helbredet (Iversen i: Koch, Vallgård 2006:163).

Ændring af livsstilsvaner med henblik på at forbedre helbredstilstanden og øge livskvaliteten er i samtiden et personligt projekt og for mange en vanskelig udfordring. For voksne mennesker med psykisk udviklingshandicap er vaneændringer en særlig udfordring som en direkte følge af deres funktionsevnenedsættelse, både fordi de ofte ikke fuldt ud kan varetage egne interesser og ikke rent kognitivt er i stand til at overskue konsekvenser af egne valg og følge mere langsigtede mål for eget liv, og fordi de ikke har de samme muligheder for at deltage i sport og fritidsaktiviteter som almenbefolkningen. I det næste afsnit refereres derfor to undersøgelser, der netop vedrører barrierer og fremmere for ændring af kost- og motionsvaner hos voksne med psykisk udviklingshandicap.

Faktorer af betydning for livsstilsvaner hos voksne med psykisk udviklingshandicap

Et litteraturstudie der inkluderede 23 publicerede videnskabelige artikler fra perioden 1980-2009, havde til formål, systematisk at se efter hvilke personlige og omgivelsesmæssige faktorer, der både bidrager til og kan være effekt af deltagelse i fysisk aktivitet, for voksne med psykisk udviklingshandicap. Resultaterne, der er vurderet til at

have moderat grad af evidens, viser psykosociale effekter af fysisk aktivitet i form af øget velvære og selvagtelse, og at forbedrede fysiske færdigheder, som er opnået med fysisk aktivitet, virker fremmende for troen på egne evner og de sociale kompetencer. Metoder der i særlig grad virker positivt i forhold til at fastholde træningsprogrammer og niveau for fysisk aktivitet, viste sig at være støtte fraigestillede, personale eller familie, audiovisuel forstærkning og støttepersoner der optræder som rollemodeller (Hutzler et al. 2010).

En kvalitativ undersøgelse fra Australien, hvor resultaterne ligeledes er publiceret i 2010, har identificeret hvad der henholdsvis fremmer og hæmmer deltagelse i fysisk aktivitet for voksne med Downs Syndrom. Der blev gennemført 18 kvalitative interview, heraf seks med voksne med Downs Syndrom og 12 med støttepersoner og resultaterne viser, at de vigtigste faktorer til at fremme deltagelse i fysisk aktivitet er støtte fra andre, at den fysiske aktivitet er sjov eller har et interessant formål, og at den fysiske aktivitet er velkendt og forudsigelig. De vigtigste hæmmende faktorer er identificeret til at være mangel på støtte, mangel på vilje hos den voksne med Downs Syndrom og medicinske eller psykologiske faktorer (Mahy et al. 2010). Således involverer de faktorer, der virker fremmende på deltagelse i fysisk aktivitet, i særlig grad de støttepersoner vedkommende har i sine omgivelser, og dermed kan jeg argumentere for, at belysning af hjemmevejlederes tilgang til problemet er interessant og relevant for socialt arbejde.

Undersøgelsens relevans for socialt arbejde

Med den foregående dokumentation af, at den befolkningsgruppe der har psykisk udviklingshandicap i mildere grad, har øget hyppighed af overvægt, med deraf følgende risiko for livsstilsrelaterede sygdomme og mistrivsel, og med viden om at livsstil er en af de vigtigste enkeltfaktorer, der disponerer herfor, og det samtidig for denne befolkningsgruppe er dokumenteret, at de omgivende støttepersoner spiller en central rolle i forhold til deres deltagelse i fysisk aktivitet, mener jeg samtidig, jeg har argumenteret mig frem til at rette fokus mod de hjemmevejledere, der har disse voksne mennesker med psykisk udviklingshandicap i deres daglige varetægt. Det oplagte spørgsmål er nu, hvordan hjemmevejlederes tilgang er, til at yde denne nødvendige støtte, da svaret har en helt central betydning for de psykisk udviklingshandicappedes muligheder for at få og fastholde en sund livsstil. Der er tale om en befolkningsgruppe, hvoraf mange er i en tilstand, der kan være skadelig for deres livskvalitet og som begrænser deres muligheder for almindelige daglige aktiviteter og deltagelse i samfundslivet. Dermed rammer problemet direkte ind i typiske og aktuelle dilemmaer i socialt arbejde, der blandt andet kan dreje sig om, hvordan man sikrer den enkeltes selvbestemmelse uden at svigte, hvordan man

definerer livskvalitet, og hvordan man sikrer respekt for den enkeltes integritet, evner og interesser, og søger at undgå moraliserende tiltag.

Når jeg sætter fokus på livsstilen hos voksne med psykisk udviklingshandicap, er det ikke udtryk for, at jeg mener sundhedsfremme alene er et anliggende for den enkelte. Tværtimod er jeg af den opfattelse, at fokus på den individuelle dimension alene, kan føre til moraliserende tiltag og stigmatisering, og at menneskets sundhedstilstand er under indflydelse af såvel individuelle som strukturelle forhold. Fokus på livsstilsvaner er alene et spørgsmål om afgrænsning af undersøgelsesfeltet, og fordi netop livsstilsfaktorer, som tidligere nævnt, er en af de vigtigste enkeltfaktorer, der disponerer for overvægt. Således kan undersøgelsen ses som en forlængelse af den refererede undersøgelse fra Australien, der dokumenterer, at de vigtigste faktorer til at fremme og fastholde deltagelse i fysisk aktivitet for voksne med Downs Syndrom forbindes med den støtte, der ydes fra personerne i omgivelserne. Dermed bliver en række forhold hos disse støttepersoner interessant i forhold til helbredssproblemerne hos denne befolkningsgruppe. Fokus i undersøgelsen bliver derfor disse støttepersoners holdninger til spørgsmål om livsstilsvaner og overvægt, hos voksne med psykisk udviklingshandicap.

Med erfaring fra arbejde med rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade gennem en årrække, har jeg selv oplevet mange af de situationer, der får forskellige holdninger frem hos fagprofessionelle. Således har jeg ofte oplevet, at på trods af fælles politikker og aftaler, handler man som fagperson i visse situationer helt forskelligt, har forskellige begrundelser for at gøre som man gør, og har vældig svært ved at ændre på dette. På baggrund af disse erfaringer, er det min antagelse, at i sundhedsfaglige spørgsmål, er socialarbejderes holdninger ikke alene baseret på viden, men i høj grad også på følelser og værdier. Mine egne erfaringer med hvornår og hvordan forskellige holdninger udspiller sig, vil i undersøgelsens indledende faser hjælpe mig med at få fokus på relevante spørgsmål, hvilket kan være fordele og ulemper ved fælles kostpolitik, spørgsmål om hvordan man bedst griber ind overfor en uheldig udvikling, spørgsmålet om selvbestemmelse og holdninger til samarbejde med beboere og pårørende.

Med min baggrund som ergoterapeut, er det min grundfæstede holdning, at menneskets aktivitet og deltagelse er grundlæggende for livskvaliteten. Ergoterapeuter beskæftiger sig med menneskets aktivitetsproblemer, og hensigten med ergoterapi, er at fremme hverdagslivets aktiviteter, både i hjemmet, på arbejde og i fritiden. I ergoterapi giver aktiviteter mening, værdi og struktur. Derfor ser jeg ikke alene overvægt som et helbredsmæssigt problem, men i særdeleshed som et aktivitetsproblem og et socialt problem, fordi det påvirker muligheden for aktivitet og deltagelse, som forudsætning for et godt liv.

Med afsæt i den gennemførte argumentation, vælger jeg at se på hjemmevejlederes holdninger til voksne med psykisk udviklingshandicap og overvægtig/svær overvægt (fremover samlet betegnelse 'overvægt'), og her anskuer jeg overvægt som et socialt problem, der bliver et resultat af de begrænsninger i forhold til livudfoldelse, som overvægt afføder.

Kapitel 2: PROBLEMFORMULERING OG FORMÅL

Med indledningens redegørelse for sundhedstilstanden hos voksne danskere med psykisk udviklingshandicap, mener jeg at have fastslået, at denne befolkningsgruppe har en ringere sundhedstilstand end almenbefolkningen, og at der er grund til at interessere sig for, hvordan socialarbejderes tilgang er hertil. Jeg vil derfor undersøge hjemmevejlederes holdninger til voksne med psykisk udviklingshandicap og overvægt, herunder på hvilke områder der optræder henholdsvis enighed og uenighed i faglige spørgsmål, samt hvad de ideelt set mener man bør gøre i forhold til beboere med tendens til overvægt.

Problemformulering

Hvilke holdninger har hjemmevejledere, der arbejder på bosteder for voksne med psykisk udviklingshandicap, i spørgsmål, der vedrører overvægt hos beboerne?

Hvad betyder holdningernes indhold for hjemmevejledernes vurderinger af hvornår, hvordan og hvorfor, man bør gribe ind overfor en beboer med overvægt og uheldige kost- og motionsvaner?

Jeg vil med problemformuleringens første spørgsmål afdække hjemmevejlederes holdninger til centrale spørgsmål om overvægt hos mennesker med psykisk udviklingshandicap. Det drejer sig om beboeres selvbestemmelse, holdninger til fælles regler og målsætninger for arbejdet, og udfordringer med at efterleve sådanne, holdninger til pårørendes medansvar, og sidst men ikke mindst, holdninger til hvad hjemmevejledere ideelt set mener man bør gøre i givne situationer. Dernæst vil jeg, med problemformuleringens andet spørgsmål, undersøge hvordan indholdet i holdningerne betinger henholdsvis enighed og uenighed indenfor de nævnte temaer. Ved at undersøge *hvornår* hjemmevejledere mener, de bør gribe ind overfor en beboer med overvægt, får

jeg indblik i, hvordan de opfatter overvægt, og hvor alvorligt de ser på problemer med overvægt. Dernæst er det centralt at spørge, *hvorfor* hjemmevejledere i givet fald mener, de bør gribe ind, da det vil give et indblik i, hvilke konsekvenser de ser og hvad de mener, der bør forandres. At gribe ind i et andet menneskes livsførelse og muligheder er en faglig og personlig udfordring, og ved at spørge *hvordan* hjemmevejlederne mener, man bør gøre det, kan jeg belyse, hvordan de ser på beboeres selvbestemmelse og på hvem der bærer et ansvar for at forebygge og behandle overvægt. Problemformuleringen rejser nu en række temaer med tilhørende undersøgelsesspørgsmål.

Undersøgelsens temaer

Opfattelse af overvægt

- Hvordan opfatter hjemmevejledere overvægt hos beboere med psykisk udviklingshandicap? (omfang, årsager og konsekvenser)
- Hvornår mener hjemmevejledere, at overvægt er et problem, der bør gribes ind overfor?
- Hvem er efter hjemmevejlederes mening ansvarlig for beboeres kost- og motionsvaner?

Holdninger til kostpolitik

- Hvordan er hjemmevejlederes holdninger til fælles kostpolitik i et bosted?
- Hvem bør ideelt set udarbejde en kostpolitik og hvem er ansvarlig for, at den følges?
- Hvordan forholder hjemmevejledere sig til uenighed i personalegruppen om, hvordan en eventuel kostpolitik bør følges?
- Er der områder vedrørende kost og motion, hvor hjemmevejledere ikke finder holdningsmæssige forskelle acceptable?
- Hvornår mener hjemmevejledere, der er i orden at afvige fra hverdagens kostregler?

Holdninger til indgreb overfor beboeres kost- og motionsvaner

- Hvad mener hjemmevejledere ideelt set man bør gøre i konfliktsituationer mellem personale og beboer, i spørgsmål om kost- og motionsvaner?
- Hvilke indgreb foretrækkes frem for andre?
- Hvad er holdningerne til belønningsmetode?

- Hvilken værdi eller betydning tillægges andre faggrupper, eksempelvis læge og diætist?
- Hvordan opfattes hjemmevejledere som rollemodeller?

Opfattelse af selvbestemmelse

- Hvordan ser hjemmevejledere på spørgsmålet om selvbestemmelse for voksne med psykisk udviklingshandicap, når det drejer sig om kost- og motionsvaner?
- Tillægger hjemmevejledere selvbestemmelse særlig værdi?
- Hvordan vurderer hjemmevejledere balancen mellem beboeres selvbestemmelse og hjemmevejlederens pligt til eller ønske om at hjælpe?

Holdninger til pårørendes medansvar

- Hvordan vurderes pårørendes indblanding i, hvad der serveres på et bosted for voksne med psykisk udviklingshandicap?
- Hvordan er hjemmevejlederes holdninger til pårørendes indflydelse på bostedets kostpolitik?
- Hvordan opfattes pårørendes medansvar for beboeres kost- og motionsvaner, og eventuelle udvikling af overvægt?

Problemformulering og undersøgelsesspørgsmål kræver for det første opgørelser af, hvordan hjemmevejlederne svarer på nøjagtig de samme holdningsspørgsmål, og af hvordan deres holdninger fordeler sig, hvilket bedst afdækkes med kvantitativ metode. For det andet har jeg brug for indblik i de overvejelser og begrundelser hjemmevejlederne har, for deres stillingtagen til holdningsspørgsmålene. Det drejer sig om hvilke overvejelser hjemmevejlederne gør, med afsæt i viden, værdier, normer og følelser, når de vurderer hvilken indsats, der er ideel i forhold til givne problemer. Her har de bedste data en kvalitativ karakter. Nærmere argumentation for valg af relevante metoder følger i næste kapitel.

Undersøgelsens formål

Ifølge Hutchinson og Olteidal, er opgaven i socialt arbejde, at *"medvirke til en forbedring af brugernes livssituation eller forhindre en forværring af den, samt forebygge, at bestemte situationer opstår igen"* (Olteidal, Hutchinson 2006:17). Der er altså en målrettethed og en systematik forbundet med socialt arbejde, og der er en forventning om, at

hjemmevejledere fagligt vurderer brugernes livssituation, og griber ind når det er påkrævet. Disse vurderinger kan bero på en række forskellige perspektiver og netop dette er omdrejningspunktet i mit speciale. Jeg vil gerne bidrage til faglig udvikling i en praksis, hvor de dilemmaer der udspiller sig, sjældent har et entydigt svar. Med undersøgelsen sætter jeg fokus på et særligt aspekt ved fagligheden og ved at anskue et bosted for voksne med psykisk udviklingshandicap som en arena for offentlige sundhedsydelser, kommer mit speciale til at yde et bidrag til debatten om social ulighed i sundhed, hvilket var udspring for mit valg af emne.

Formålet er empirisk at belyse, hvad det betyder for hjemmevejlederes handletendenser, at de har varierende viden, normer og følelser i forhold til overvægt. Min formodning er, at der både optræder enighed og uenighed, men også at visse holdninger implicerer følelser og værdier, og er stærke som følge af den fremtrædende sundhedsdiskurs i samfundet i dag. Derfor formoder jeg også, at det er vanskeligt at lave fælles sundhedspolitikker, der slår igennem i den enkelte hjemmevejleders handletendenser og sociale praksis. Med det omfang problemerne med sundhedstilstanden antager for denne gruppe af mennesker, mener jeg det er centralt, at undersøgelsen bidrager til en indsigt i, hvordan dette arbejde anskues og gribes an.

Når undersøgelsens fokus rettes mod voksne med psykisk udviklingshandicap, er den vigtigste begrundelse, at det handler om voksne der, på grund af deres funktionsevnenedsættelse, ikke fuldt ud kan varetage egne interesser, som ikke rent kognitivt er i stand til at overskue konsekvenserne af egne valg og som har vanskeligt ved at formulere og følge mere langsigtede mål for eget liv. Målgruppen kunne dermed også have været mennesker med eksempelvis hjerneskade eller demens. Når valget falder på mennesker med psykisk udviklingshandicap, skyldes det for det første, at her kan jeg dokumentere en sammenhæng mellem handicap og sundhedstilstand. For det andet kan jeg med denne målgruppe finde bosteder, hvor personalegruppen samarbejder og arbejder ud fra nogle mere eller mindre detaljerede og fælles politikker for kost og motion. For det tredje er det oplagt, at på et bosted, for voksne med psykisk udviklingshandicap, kolliderer dilemmaet mellem omsorg, magtudøvelse og selvbestemmelse, også når det drejer sig om sundhedstilstanden for beboerne.

Konteksten for min undersøgelse bliver således et bosted for voksne med psykisk udviklingshandicap. Der er dog et særligt forhold forbundet med dette valg, da jeg selv er mor til en datter med Downs Syndrom. Jeg er klar over, at en del forskere mener, man skal holde sig fra at udforske et felt man selv er involveret i. Jeg kan dog se både fordele og ulemper ved forholdet. For det første er jeg naturligvis følelsesmæssigt engageret på en

måde, der skal ses i sammenhæng med, at jeg har denne type handicap tæt inde på livet. Men samtidig øger dette min indsigt i de dilemmaer, der her rettes opmærksomhed imod. Min datter er endnu ikke voksen og er hjemmeboende, hvorfor jeg ikke som forælder har kendskab til livet på et bosted. Her kommer min arbejdsmæssige erfaring mig til gengæld til gode, da jeg har erfaring fra flere bosteder for unge og voksne med erhvervet hjerneskade. Mine personlige erfaringer med fagpersonales holdninger til mennesker med psykisk udviklingshandicap er således indtil videre i forhold til børn. Den oplagte risiko der er for, at jeg bliver selektivt perciperende, vil jeg naturligvis bestræbe mig på at undgå, men også sørge for at læseren får mulighed for at vurdere, hvilket er en grund blandt flere andre, til at være grundig med at eksplicitere fremgangsmåden gennem hele arbejdsprocessen.

I det følgende kapitel diskuteres undersøgelsens centrale begreber, hvorefter jeg argumenterer for valg af metoder til dataindsamling.

Kapitel 3: BEGREBER OG UNDERSØGELSENS OVERORDNEDE METODE

I dette kapitel diskuteres først undersøgelsens centrale begreber, hvorefter jeg redegør for valg af metoder. I diskussionen af begreberne inddrages en række anerkendte definitioner, som relateres til undersøgelsens problemformulering og formål. Da undersøgelsen gennemføres som en holdningsundersøgelse, hvilket jeg argumenterer for i det efterfølgende metodeafsnit, er det nærliggende at indlede med at diskutere holdningsbegrebet.

Begrebsafklaring

Holdninger

Holdninger er både et meget almindeligt hverdagsbegreb og et stærkt omdiskuteret videnskabeligt begreb. Der er en lang række bud på definitioner af begrebet, og, som Henning Olsen konkluderer i sin bog om holdningsbegrebet og holdningsundersøgelser, er der ikke konsensus om begrebet blandt videnskabsfolk (Olsen 2008). Men der er dog nogle præmisser der, ifølge Olsen, altid gælder. For det første har holdninger et objekt det retter sig i mod, for det andet er der en person der vurderer holdningsobjektet og for det tredje er der selve vurderingen af objektet (Olsen 2008:123). Holdningsobjektet er i denne undersøgelse voksne mennesker med psykisk udviklingshandicap og overvægt. Holdningsbæreren er den hjemmevejleder, der er ansat til at varetage omsorgsopgaven for pågældende borger med psykisk udviklingshandicap.

Holdninger kan ses som tilbøjeligheder til at reagere på bestemte og relativt forudsigelige måder i forhold til bestemte situationer eller fænomener. De optræder som en form for latente dispositioner, tillært gennem livet, som gør ethvert individ tilbøjelig til at opfatte, tænke og føle på bestemte måder (Ejrnæs, Monrad 2012:24). Set i lyset af førnævnte

præmisser for holdninger, er disse dispositioner en slags parathedstilstand hos den enkelte person i forhold til det holdningsobjekt, som holdningen retter sig imod.

Holdningsbegrebets kompleksitet, og spørgsmålet om selve vurderingen af holdningsobjektet, indfanger jeg, ved at bruge en klassisk tre-komponent definition, hvor holdninger ses som evalueringer, der ikke er direkte observerbare, og hvor de teoretiske begreber kognition, affektion og konation inddrages med henblik på at præcisere betydningen. Holdningers kognitive komponent består af viden; affektiv komponent består af værdier og følelser; og konativ komponent er udtryk for handletendensen og et ønske om at forandre fænomenet. Bag den konative komponent ligger altså både en kognitiv og affektiv komponent, uden det dermed er sagt, at der ikke er andre forhold der har betydning for handletendensen (Ejrnæs, Monrad 2012:25). Kognitiv og affektiv komponent har således betydning for, hvad en person har af ideelle forestillinger om, hvad der bør gøres i forhold til givne situationer.

Holdninger kan ses som forudsætninger for at kunne træffe beslutninger. Holdninger er at bifalde noget og tage afstand fra noget andet, og dermed skabe en form for struktur for håndtering af omgivelserne og de virker både beskyttende for individet, og identitetsskabende når individets basale værdier udtrykkes. Dermed har holdninger nogle væsentlige menneskelige funktioner. De er vigtige for både for den menneskelige psykologi og for interaktionen med omgivelserne. Derfor er det også nærliggende, at der er en sammenhæng mellem holdninger og adfærd. Olsen peger på, at der ikke kan udsiges noget entydigt om holdningers evne til at forudsige handlinger, men at især generelle holdninger, hvor holdningsbæreren ikke forestiller sig selv som aktør i forhold til holdningsobjektet, er uegnede til at forudsige adfærd. Større sammenhæng findes mellem specifikke holdninger og adfærd, især hvis holdningen samtidig er både stærk og let tilgængelig (Olsen 2008:15).

Også Ejrnæs og Monrad forholder sig til sammenhængen mellem holdning og adfærd, og de påpeger, at sammenhængen reelt også kan gå den anden vej, således at handlinger virker justerende på vores holdninger, eksempelvis således at holdningerne justeres for at retfærdiggøre en tidligere handling (Ejrnæs, Monrad 2012:152). Samtidig påpeger de, at empiriske studier viser, at en sådan sammenhæng mellem holdning og adfærd kun er moderat, og at der ikke er sikkerhed for overensstemmelse mellem, hvad folk siger de vil gøre og det de faktisk gør (Ejrnæs, Monrad 2012:26). Det understreges dermed, at denne undersøgelse alene opererer med holdningernes affektive, kognitive og konative komponenter, og ikke de faktiske handlinger.

Da jeg, som det fremgår af problemformuleringen, ønsker at se på holdningernes indhold, hjemmevejledernes opfattelser af, hvad man bør gøre i givne situationer, er det også relevant at se efter holdningernes styrke og eventuel forekomst af ambivalens.

Holdningers styrke er interessant, fordi *"de fører til selektiv tilegnelse af informationer og derfor er vanskeligere at ændre"*, (Olsen 2000:50). Derudover skelnes mellem generelle og specifikke holdninger, hvor specifikke holdninger inkluderer holdningsbæreren som aktør i forhold til holdningsobjektet og menes at have en større forudsigelseskraft i forhold til adfærd, end det er tilfældet for generelle holdninger (Olsen 2000:52).

I de følgende afsnit diskuteres mulige definitioner af undersøgelsens holdningsobjekter. Først behandles begrebet psykisk udviklingshandicap, hvorefter jeg behandler begrebet sundhed og herunder overvægt anskuet som et socialt problem.

Psykisk udviklingshandicap

For en præcisering af hvordan begrebet 'psykisk udviklingshandicap' forstås og anvendes, defineres først begrebet handicap. Handicapbegrebet ses som et dynamisk begreb, der er under påvirkning af mangfoldige diskussioner mellem for eksempel brugerorganisationer og politikere, handicappede og ikke-handicappede, og hvor forståelsen af begrebet afhænger af historiske, kulturelle og sociale omstændigheder (Olsen 2000:45).

Definitionerne fokuserer således på forskellige kendetegn på et kontinuum mellem individet og forholdet mellem individet og det omgivende samfund.

Ifølge FN's handicapkonvention (2006) omfatter personer med handicap *"personer, der har en langvarig fysisk, psykisk, intellektuel eller sensorisk funktionsnedsættelse, som i samspil med forskellige barrierer, kan hindre dem i fuldt og effektivt at deltage i samfundslivet på lige fod med andre"*¹. Denne definition af begrebet bygger på et samfundsorienteret handicapperspektiv, der anerkender, *"at handicap er et begreb under udvikling og er et resultat af samspillet mellem personer med funktionsnedsættelse og holdningsbestemte og omgivelsesmæssige barrierer, som hindrer dem i fuldt og effektivt at deltage i samfundslivet på lige fod med andre"* (Handicapkonventionen 2006:2)².

Et andet centralt eksempel på en samfundsorienteret opfattelse findes i WHO's klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand (herefter ICF). Her oversættes det engelske "disability" med betegnelsen

¹ http://www.menneskeret.dk/files/pdf/Publikationer/Status/dk/2012/STATUS_2012_IMR-Handicap.pdf

² <http://www.sm.dk/Temaer/socialt-omraade/Handicap/handicappolitik/FN-Handicapkonvention/Documents/FN-konventionen-om-rettigheder-for-personer-med-handicap.pdf>

”funktionsevnenedsættelse”, som udtryk for den nedsatte funktionsevne, der opstår som et resultat af samspillet mellem mennesker og deres fysiske og sociale omgivelser. I ICF undlades fuldstændig at bruge termen ’handicap’, på grund af en negativt ladet betydning på engelsk og for at imødegå stigmatiserende effekter af klassifikationen (Schiøler, Dahl 2003:240). På trods af dette anvender jeg alligevel begrebet handicap, da det har udbredt anvendelse i Danmark, og jeg bruger det i følgende betydning, som er hentet fra FN’s standardregler om lige muligheder for handicappede fra 1994: *”Tab eller begrænsning af muligheder for at deltage i samfundslivet på lige fod med andre. Handicap beskriver relationen mellem et menneske med funktionsnedsættelse og dets omgivelser. Funktionsnedsættelse - hvad enten den er fysisk, psykisk eller intellektuel - er det givne, det objektivt konstaterbare, mens handicap er det relative - det situationsafhængige”*.³

Andre definitioner af handicapbegrebet bygger på en individorienteret forståelse, hvor egenskaber ved personen eller funktionsnedsættelsen i sig selv, ses som årsag til handicap og de deraf følgende begrænsede muligheder for deltagelse i samfundslivet (Olsen 2000:45). I dette perspektiv bliver handicappet et anliggende for den enkelte, hvorimod det samfundsorienterede perspektiv flytter fokus fra individet til samfundets begrænsninger og muligheder, og fremfor individuel compensation, ser på muligheder for inklusion og tilgængelighed i samfundet (Institut for Menneskerettigheder 2012:13). Dermed følger også den anskuelse, at individer formes i interaktion med deres omgivelser, og at handicap i et vist omfang må forstås som dysfunktionelle egenskaber ved et individ, men hvorvidt disse egenskaber transformeres til et handicap, afhænger af mødet med omgivelserne. Dermed forstås handicap som både noget objektivt eksisterende og noget foranderligt, der konstrueres af samfundsmæssige og sociale betingelser (Olsen 2000:45f) og terminologien anerkender behovet for både at beskæftige sig med individuelle og samfundsmæssige forhold. Det er med afsæt i denne definition af handicapbegrebet, jeg i det følgende præciserer hvordan begrebet ’psykisk udviklingshandicap’ opfattes.

Betegnelsen ’psykisk udviklingshæmning’ anvendes ofte i dag, for det man tidligere kaldte åndssvaghed eller mental retardering. Den formelle betegnelse, som også anvendes i Lov om social service, er ’personer med varig og betydelig nedsat funktionsevne’. For at understrege, at jeg ser handicapbegrebet i et relationelt perspektiv, vælger jeg at anvende betegnelsen ’psykisk udviklingshandicap’ fremfor ’udviklingshæmning’. I diagnosticeringssystemet ICD-10, der har været anvendt siden 1994, definerer WHO udviklingshæmning som *”en tilstand af forsinket eller mangelfuld udvikling af evner og funktionsniveau, som normalt viser sig i løbet af barndommen, og som bidrager til det samlede intelligensniveau, dvs. de kognitive, sproglige, motoriske og sociale evner og*

³ <http://www.dch.dk/fnregl/inde0002.htm>

færdigheder".⁴ Et menneske med psykisk udviklingshandicap forstås dermed i denne undersøgelse som et menneske, der på grund af funktionsevnenedsættelse og i relation med omgivelserne, ikke fuldt ud kan varetage egne interesser, som ikke rent kognitivt er i stand til at overskue konsekvenser af egne valg og som har vanskeligt ved at formulere og følge mere langsigtede mål for eget liv. Dertil kommer, at et psykisk udviklingshandicap må anskues som mere alvorligt i samtiden, end i tidligere samfund hvor fysiske færdigheder udgjorde en stærkere ressource, fordi den vigtigste forsørgelse blev sikret med hårdt fysisk arbejde. I dag udgør således netop de mentale funktioner og kompetencer individets og samfundets vigtigste ressourcer (Olsen 2000:46).

Sundhed

En af de store udfordringer ved at definere sundhed er, at begrebet er så omdiskuteret som det er (Juul Jensen 2008). Sundhed er et begreb der optager både forskere, klinikere og lægfolk. Sundhedsbegrebet kan ikke defineres entydigt, men indeholder både forhold, som kan siges at have en bestemt essens og samtidig forhold, som vil være forskellige fra person til person. Det indeholder såvel individuelle som strukturelle dimensioner og kan ses som både et fælles og et individuelt anliggende (ibid.).

Der kan i et vist omfang opstilles objektive mål for sundhed, eksempelvis BMI. I naturvidenskaben er der et ideal om objektivitet (Juul Jensen 2008:10) og når levealder kan tælles og sygdomme kan registreres, bliver sundhed et objektivt begreb. Denne begrebsopfattelse knytter an til et bio-medicinsk sundhedsbegreb. Her forstås sygdom som organisk funktions- eller strukturfejl og sundhed er fravær af biomedicinske sygdomme (Juul Jensen 2008:11).

Som et modspil hertil, er det autonomiorienterede sundhedsbegreb opstået, og Juul Jensen beskriver en heftig kamp mellem disse begrebsforståelser de seneste årtier (Juul Jensen 2008:11). Den biomedicinske model, har været dominerende i flere århundreder, hvilket har bidraget til at legitimere den medicinske professions magt og hegemoni. Men opfattelsen har været under pres de seneste 20-30 år (Juul Jensen 2008:11). Især har patient- og brugerorganisationer forsøgt at gøre op med den professionelle paternalisme, med blandt andet principper om patientrettigheder, informeret samtykke og brugerindflydelse, ligesom myndigheder har søgt indflydelse på håndteringen af sundhed og sygdom. Dette har banet vejen for det autonomiorienterede sundhedsbegreb, hvor sundhed ses som et anliggende for det enkelte individ (Juul Jensen 2008:12).

⁴ <http://www.oligo.dk/Udviklingshæmning.aspx>

Som et andet eksempel på et modspil til det sygdomsorienterede sundhedsbegreb skal WHO's definition fra 1948 fremhæves. WHO gjorde her op med den opfattelse, at sundhed er fravær af sygdom: *"Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity"* (WHO 1948). Både det autonomiorienterede sundhedsbegreb og WHO's definition af begrebet forholder sig kritisk til det sygdomsorienterede perspektiv. Men de adskiller sig fra hinanden ved at placere ansvaret for at forvalte sundhed hos henholdsvis det enkelte individ og hos sundhedseksperter i sundhedsvæsenet. Ifølge Uffe Juul Jensen, er de to dominerende sundhedsbegreber i dag det autonomiorienterede og det sygdomsorienterede, og det er kendetegnende for dem, at de begge afspejler den individualisering, der præger samfundslivet i disse år (Juul Jensen 2008:20). Da mennesker med psykisk udviklingshandicap her forstås i et samspil mellem individ og omgivelser, vurderes hverken det autonomiorienterede eller det sygdomsorienterede sundhedsbegreb således at være tilstrækkelige, i forhold til hvordan overvægt hos denne gruppe forstås. Jeg vil derfor i det følgende afsnit argumentere for, at overvægt hos denne befolkningsgruppe også må anses for at være et socialt problem.

Overvægt som socialt problem

Det er min ontologiske opfattelse, at virkeligheden, og dermed også sociale problemer, eksisterer udenfor vores bevidsthed, at de er objektivt beskrivelige og samtidig er under påvirkning af forskellige aktørers forståelser og opfattelser (Andersen 2007:88). Der er dermed tale om en moderat objektivisme, hvor virkeligheden opfattes som sammenvævet af både objektive og subjektive aspekter (Andersen 2007:86). I forlængelse heraf opfatter jeg sociale problemer som objektivt eksisterende skadelige tilstande, hvor der viser sig et socialt mønster, jævnfør David R. Simon, der definerer sociale problemer som følger: *"Hvis der er grupper af mennesker med bestemte karakteristika og under specifikke historiske omstændigheder, der regelmæssigt lider skade i høje rater, så kan man sige, at skaderne har et socialt mønster. Hvis skader er socialt mønstrede, så må de, følger det, være forårsaget af sociale betingelser"* (Andersen 2007:90).

Med reference til den beskrivelse af sundhedstilstanden hos voksne med psykisk udviklingshandicap som specialet er indledt med, hvor jeg har dokumenteret, at den pågældende befolkningsgruppe aktuelt lider skade som følge af en betydelig ringere sundhedstilstand end almenbefolkningen, ser jeg et socialt mønster og ser dermed overvægt hos denne befolkningsgruppe som et socialt problem og det tilføjes, at jeg i undersøgelsen anvender det objektive mål for overvægt, som WHO definerer som BMI>25.

Med den nu overståede definition af relevante og operationelle begreber, er næste skridt at udvælge de metoder, der på bedste vis bidrager til besvarelse af problemformuleringen.

Argumentation for undersøgelsesmetode

I dette afsnit argumenteres for undersøgelsens overordnede metodiske fremgangsmåde, der er afledt af problemformuleringen og det forrige afsnits begrebsredegørelse. Afsnittet indeholder en argumentation for strukturering af dataindsamlingen omkring vignetmetoden, og for at kombinere kvantitativ og kvalitativ metode i en mixed methods strategi. Næste kapitel kan ses som en forlængelse heraf, med beskrivelse af de konkrete fremgangsmåder i dataindsamling og analyse.

Vignetmetode

Som det tidligere er nævnt, er der tale om en holdningsundersøgelse, hvor holdninger forstås som en form for parathedstilstand hos den enkelte, og hvor holdninger defineres som tre-komponente størrelser, der retter sig mod et givent holdningsobjekt. Undersøgelsens problemformulering fører til et ønske om at opgøre hjemmevejlederes specifikke holdninger. Det drejer sig om, hvordan disse fordeler sig og hvordan de varierer, og for at kunne gennemføre dette med så valide resultater som muligt, må jeg tilstræbe, at de hjemmevejledere, der indgår i undersøgelsen, tager stilling til præcis de samme konkrete situationer. Med vignetmetoden kan jeg beskrive relevante og velkendte situationer i detaljer, hvor der er dilemmaer i vurderinger af beboeres sundhedstilstand eller livsstilsvaner, og jeg kan stille spørgsmål i forhold til konkrete situationer, hvormed jeg får fokus på de specifikke holdninger, fremfor hjemmevejledernes mere generelle og overordnede holdninger til sundhed (Ejrnæs, Monrad 2010:8). Primært derfor vurderes vignetmetoden at være velegnet. Derudover har vignetmetoden den fordel, i forhold til denne undersøgelses problemformulering, at det er muligt både at opgøre omfanget af henholdsvis enighed og uenighed i forhold til undersøgelsens temaer, og gå i dybden med centrale spørgsmål.

Undersøgelsen fokuserer på hjemmevejlederes holdninger til kostpolitik, deres opfattelser af overvægt og af beboeres selvbestemmelse, og på deres synspunkter i forhold til en række indgreb. Når holdninger, som tidligere beskrevet, ses som latente dispositioner og tilbøjeligheder til at opfatte, tænke og føle på bestemte måder, må undersøgelsesmetoden stimulere disse dispositioner, således at jeg får adgang til at undersøge dem. Ejrnæs og Monrad hævder, at vignetmetoden netop egner sig til undersøgelser, der retter opmærksomheden mod *"specifikke holdninger til hvornår, hvordan og hvorfor der skal*

handles i bestemte situationer" (Ejrnæs, Monrad 2012:33), og derudover argumenterer de for, at det i visse tilfælde kan være vanskeligt, ved hjælp af traditionelle spørgeskemaundersøgelser eller interviewundersøgelser, at afdække værdier og normer, når det drejer sig om forhold, hvor respondenterne har meget grundfæstede værdier og stærke følelser, hvilket antageligt er tilfældet her (ibid.). De vurderinger af normative forhold, som jeg vil bede hjemmevejlederne om at foretage, kan bestå af faglige refleksioner, følelsesmæssige reaktioner, eller mere normbaserede overvejelser, hvilket netop gælder de vurderinger, der er centrale i denne undersøgelse. Ved at tage afsæt i vignetter, der beskriver normativt udfordrende situationer, hvori hjemmevejlederne samtidig ikke selv indgår, opstår der mulighed for at spørge til, hvordan de forholder sig til eksempelvis spørgsmålet om borgerens ret til selvbestemmelse versus hjemmevejlederens ønske om at hjælpe, når det drejer sig om beboeres kost- og motionsvaner. Ved hjælp af en række spørgsmål om hjemmevejledernes vurderinger af de situationer der beskrives i vignetterne, bliver det muligt at belyse holdningskomponenterne, når hjemmevejlederne fortæller om den viden, og de værdier og følelser de oplever bliver udfordret eller vakt, når de læser vignetten og forholder sig til indholdet (Ejrnæs, Monrad 2012:123). Det afgørende er, at de problemstillinger hjemmevejlederne skal tage stilling til, er realistiske og samtidig fiktive, og at pågældende ikke selv medvirker i den situation der er beskrevet i vignetten.

Vignetundersøgelser kan gennemføres med både kvalitative og kvantitative metoder, og designes ud fra enten vertikale eller horisontale vignetter, hvilket afgøres af problemformuleringens fokus (Ejrnæs, Monrad 2012:119). En vertikalt designet vignetundersøgelse er kendetegnet ved, at vignetten er forholdsvis lang og detaljeret og med mange spørgsmål knyttet til den samme vignet og fordi jeg ikke vil se efter hvordan hjemmevejledernes forskellige holdninger er afhængig af bestemte egenskaber hos de voksne med psykisk udviklingshandicap, men derimod holdningernes indhold, er den vertikale vignetundersøgelse bedst egnet (Ejrnæs, Monrad 2012:107ff). Det jeg er interesseret i at belyse, er mønstre og variationer i hjemmevejledernes måder at vurdere og opfatte situationer, der vedrører beboeres sundhed og livsstilsvaner.

For at besvare undersøgelsens problemformulering, skal det for det første afdækkes, hvilke holdninger hjemmevejlederne har, og hvor udbredte de er. For det andet skal holdningerne analyseres med afsæt i den komponentielle definition, og i forhold til deres styrkeforhold og eventuelle ambivalens. Problemformuleringen indikerer dermed, at det som udgangspunkt, og med henblik på besvarelse af problemformuleringens første del, er nødvendigt med data, der kan anvendes til kvantitativ analyse, for at kunne identificere hjemmevejledernes holdninger (Hansen, Hjorth Andersen 2009:100). Derimod er

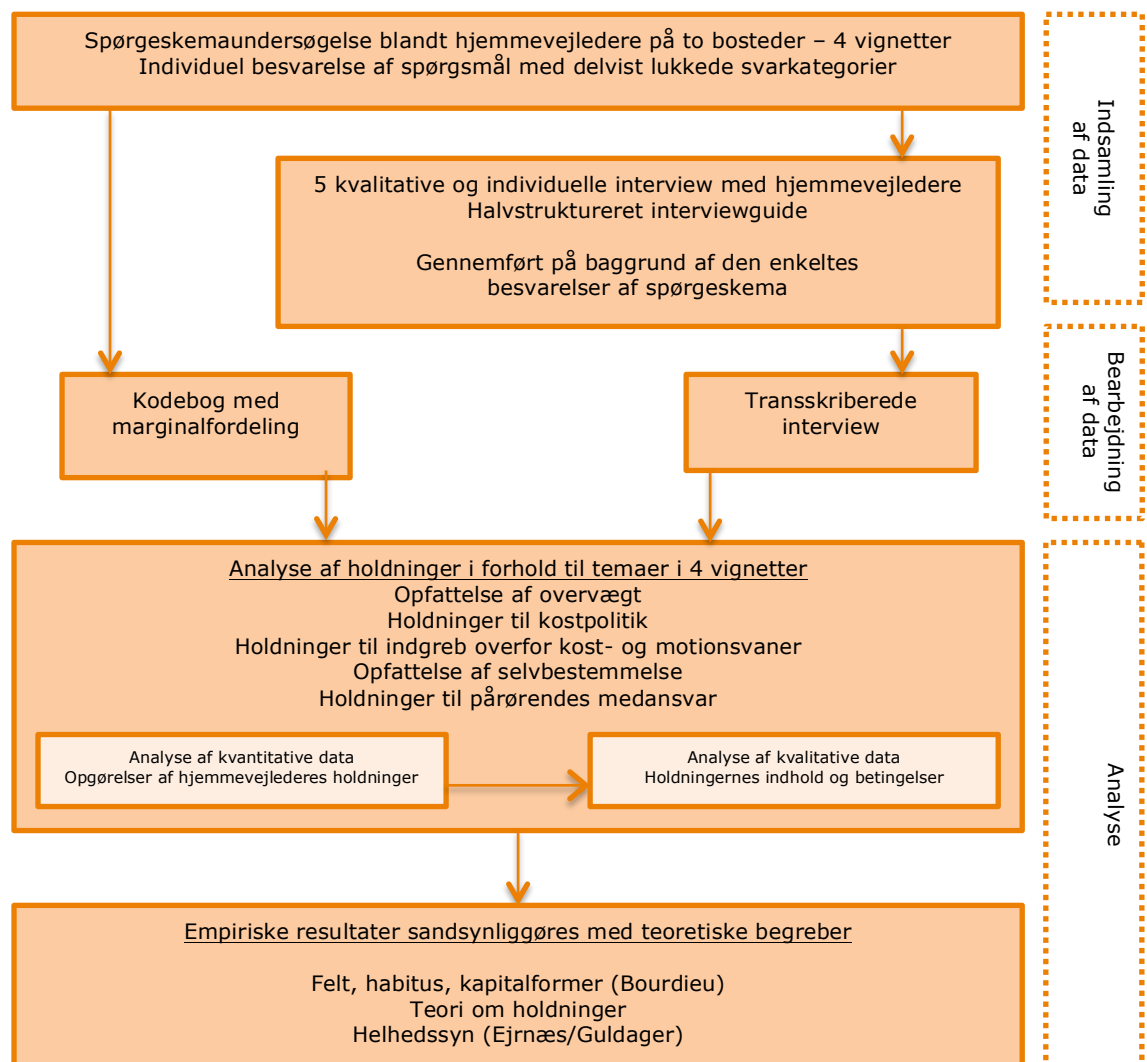
kvalitative data en forudsætning for belysning af problemformuleringens anden del, hvor fokus er på, hvad holdningernes indhold betyder for de faglige vurderinger, hvilket kan fremanalyseres med afsæt i data fra kvalitative interview. For en optimal belysning af problemformuleringen, bliver undersøgelsen derfor metodisk designet omkring kombination af kvantitativ og kvalitativ metode.

Metodekombination

Det er den kvantitative del af undersøgelsen der gennemføres først, hvorefter der gennemføres en række kvalitative interview. Metoderne kombineres således på den måde Creswell og Clark kalder Explanatory Sequential Design (Creswell, Plano Clark 2011). Der er dog tale om en modificeret version af denne form for metodekombination, da dataindsamlingen foregår i to faser, og uden mellemliggende analyse af spørgeskemaundersøgelsen. I analysen arbejdes fortløbende med både kvantitative og kvalitative data, dog systematisk med afsæt i kvantitative resultater. Således er opgaven for det kvalitative materiale, at belyse, forklare og uddybe resultaterne af spørgeskemaundersøgelsen. Figur 3.1 illustrerer hvordan dataindsamling og analyse er gennemført med en kombination af metoder.

I første del af undersøgelsen gennemføres en spørgeskemaundersøgelse struktureret omkring vignetter, hvilket genererer data, der kan bruges til at opgøre hjemmevejledernes holdninger. Her er svarene kvantificerbare og kan anvendes til deskriptiv analyse med fordelinger, hvilket ikke ville kunne fremanalyses med kvalitativt materiale. Med en kvantitativ tilgang bliver det tydeligt, hvordan holdningerne i bostederne fordeler sig og på hvilke områder, der er henholdsvis enighed og uenighed blandt hjemmevejlederne. Spørgeskemaundersøgelsen danner derefter udgangspunkt for en række kvalitative interview, hvormed det belyses, hvad de identificerede holdninger indeholder. Det drejer sig om komplekse processer, der ikke kan belyses nuanceret i en spørgeskemaundersøgelse. I interviewsituationerne er der derimod mulighed for at spørge uddybende til hjemmevejledernes holdninger, deres bedømmelser af indholdet i vignetterne og hvad der har været udslagsgivende for deres valg af ideel handling. Da hensigten med undersøgelsen også er at afdække eventuelle uenigheder og variationer i de forskellige holdningers indhold, gennemføres interviewene individuelt.

Figur 3.1 Flowchart: Dataindsamling og analyse med en mixed methods strategi



Fordelen ved metodekombinationen er ikke at bekræfte de fund, der er fremkommet ved den ene metode, ved hjælp af den anden, men derimod at udvide analysen, ved at det samlede datagrundlag giver en mere nuanceret forståelse af det der undersøges. Det interessante ved de kvantitative data er at de, afhængig af blandt andet svarprocent og spørgeskemaets kvalitet, sikrer et faktisk billede af, hvordan hjemmevejledernes holdninger fordeler sig indenfor et bosted, og kan vise om der er centrale områder, hvor de er helt enige og andre områder hvor de polariserer sig. Derefter giver det kvalitative materiale mulighed for at undersøge hvilke forhold, der spiller en rolle i de forskellige holdninger, hvornår henholdsvis viden, værdier og følelser er afgørende for handletendensen, holdningernes styrke, og om der eksempelvis optræder ambivalens. Kvantitativ og kvalitativ metode kommer dermed til at komplementere hinanden, hvilket

betyder, at de forskellige typer af data anvendes til at belyse forskellige aspekter af problemformuleringen. Det er min vurdering, at jeg med denne metodekombination kan generere resultater, som ingen af metoderne ville kunne hver for sig.

Der er således tale om en holdningsundersøgelse, der gennemføres som en vignetundersøgelse med en kombination af kvantitative og kvalitative metoder. Som jeg i det foregående har argumenteret for, vurderer jeg, at denne kombination genererer de bedste data til belysning af problemformuleringen og dermed styrker undersøgelsens troværdighed. Undersøgelsen indledes med en mindre spørgeskemaundersøgelse, der efterfølgende suppleres af en kvalitativ undersøgelse i form af individuelle interview.

Kapitel 4: FREMGANGSMÅDE FOR DATAINDAMLING OG ANALYSE

I dette kapitel præsenteres undersøgelsens konkrete fremgangsmåde. Indledningsvist beskrives hvordan vignetter, spørgeskema og interviewguide er udviklet, hvorefter de fire vignetter præsenteres. Beskrivelse af de to bosteder i X Kommune, hvor undersøgelsen er gennemført, er en central del af kapitlet. Analysestrategien beskrives, og i slutningen af kapitlet vurderes undersøgelsens kvalitet.

Konstruktion af spørgeramme

For at sikre at mine indsamlede data fungerer optimalt for den senere analyse, har jeg udviklet spørgerammen, det vil sige vignetter, spørgeskema og interviewguide, i en sammenhængende og systematisk proces, hvor problemformulering, undersøgelsesspørgsmål og begrebsafklaring har været styrende for vignetternes indhold og for spørgsmål i spørgeskema og interviewguide (Olsen 2006:13). Således har eksempelvis de undersøgelsesspørgsmål, der vedrører hjemmevejledernes opfattelse af overvægt, været bestemmende for indholdet i flere af vignetterne. For at få svar på spørgsmål om, hvornår hjemmevejlederne vurderer, at overvægt er et problem, der bør gribes ind overfor, måtte vignetterne indeholde beskrivelser af beboere med forskellig vægt eller BMI, samt konkrete situationer, hvor man som hjemmevejleder i første omgang står overfor en sondring mellem at gribe ind eller ej, og dernæst, i tilfælde af at ville gribe ind, et spørgsmål om hvordan. Spørgeskemaspørgsmålene er formuleret som udsagn, med delvist lukkede svarmuligheder, eksempelvis: 'Hvor enig er du i, at Pernilles vægt er et problem?' Som eksempler på interviewspørgsmål i forhold til opfattelse af overvægt, kan nævnes: 'Hvordan vurderer du vignet-beboeren?', 'hvad ser du af årsager til, at Pernilles vægt stiger?' og 'hvilke konsekvenser ser du af Nils' kost- og motionsvaner?'

Et andet eksempel er de undersøgelsesspørgsmål, der drejer sig om hjemmevejlederes holdninger til kostpolitik, hvor det drejer sig om deres vurdering af henholdsvis uenighed og enighed mellem kolleger. Dette tema belyses især med en vignette, hvor der er beskrevet en konflikt mellem to hjemmevejledere om vignette-bostedets kostpolitik. Her drejer spørgeskemaspørgsmålene sig om, hvad hjemmevejlederne mener henholdsvis leder og de to vignette-hjemmevejledere, ideelt set bør gøre i forhold til den opståede konflikt, hvem de selv er mest enige med, og hvem de mener der bør fastsætte en eventuel kostpolitik i vignette-bostedet. I interviewet er det spørgsmål som 'hvad mener du lederen får ud af at gøre, som du har prioriteret', og 'hvem har ansvaret for, at en eventuel kostpolitik overholdes, og hvorfor?' På denne måde er det undersøgelsesspørgsmålene, der har givet indhold til vignetterne, spørgeskemaspørgsmålene og interviewspørgsmålene, og jeg har fortløbende kontrolleret de konkrete spørgsmål for deres relevans i forhold til undersøgelsesspørgsmålene, for at sikre, at jeg fik stillet de rette spørgsmål.

Arbejdet med udvikling af spørgeskemaet har jeg struktureret i en kodebog, med angivelse, ud for hvert spørgsmål, af det teoretiske begreb, altså hvad jeg får svar på, samt udfaldsrum og måleniveau. Se eksempel i figur 4.1. Kodebogen er, efter spørgeskemabesvarelserne, blevet suppleret med marginalfordelinger. De individuelle interview er, efter gennemførelsen, aflyttet og transskriberet, med henblik på anvendelse i den efterfølgende analyse.

Figur 4.1 Eksempel fra kodebogen

Variabel-nummer	Spørgsmål	Svarkategorier	Fordeling	Teoretisk begreb – hvad får jeg svar på?	Måleniveau
32	Hvor enig er du i, at Lis' tilbud om en biograftur som belønning er en god idé?	1. Meget enig 2. Lidt enig 3. Lidt uenig 4. Meget uenig 5. Kan ikke svare – hvorfor:	1. 7, 73% 2. 4, 27% 3. 4. 9.	Ideelle handlemuligheder, hvad bør gøres	Ordinal

Mine faglige og private erfaringer, i form af kendskab til den fagprofessionelle kontekst og til de dilemmaer der både kendetegner samvær, samarbejde med og hjælperolle i forhold til mennesker med psykisk udviklingshandicap, har fungeret som baggrundsviden for konstruktionen af vignetterne. Her har jeg ligeledes hentet inspiration i den række vignetter, Monrad og Ejrnæs har udarbejdet i forbindelse med undersøgelsen *Enighed, uenighed og udvikling* (2010).

Som et sidste led i udvikling af spørgerammen har jeg gennemført en prøveundersøgelse. I prøveundersøgelsen gennemførtes dataindsamlingen på præcis den samme måde, som forventet i den egentlige dataindsamling. En fagperson med kendskab til voksne med psykisk udviklingshandicap, erfaring med arbejde i bosteder og interesse i sundhed og livsstilsvaners betydning for livskvaliteten, besvarede spørgeskemaet og blev umiddelbart derefter interviewet med afsæt i besvarelsene af spørgeskemaet. Fagpersonen blev på forhånd informeret om, at det ikke var besvarelsene i spørgeskema eller interview, der var det centrale i prøveundersøgelsen, men at jeg efterfølgende ville bede om tilbagemeldinger i forhold til undersøgelsens opbygning, indhold og gennemførelse. Disse tilbagemeldinger har jeg anvendt til at optimere vignetternes indhold, til præcisering og fravalg af enkelte spørgsmål og til at sikre at spørgsmålene var formuleret i et forståeligt sprog, og var klare og præcise, og dermed kunne bidrage til undersøgelsens reliabilitet.

I de næste afsnit præsenteres vignetter, spørgeskema og interviewguide i nævnte rækkefølge.

Præsentation af vignetter

Vertikale vignetter er kendetegnet ved, at de er detaljerede og giver mulighed for at belyse holdningsforskelle til præcis de samme fænomener. For at rumme undersøgelsens temaer har jeg konstrueret fire vignetter, hvilket samtidig har givet anledning til at indlægge variationer i vignettebeboeres grad af psykisk udviklingshandicap, sundhedstilstand, alder, køn og livsstilsvaner, samt hjemmevejledere med forskellige holdninger og handlemåder. Det er centralt for vertikale vignetteundersøgelser, at metoden er med til at sikre, at de holdningsforskelle der fremkommer, ikke i stedet er udtryk for respondenternes forskellige associationer, og vertikale vignetter er kendetegnet ved, at de i dybden beskriver en given situation (Ejrnæs, Monrad 2012:108). Jeg har da også bestræbt mig på, nøje at gennemtænke vignetternes detaljeringsgrad og jeg vil senere, når jeg vurderer undersøgelsens kvalitet, beskrive hvordan det i en af de fire vignetter, har resulteret i problemer med både reliabilitet og intern validitet, at denne indholdsmæssigt ikke var tilstrækkeligt detaljeret. Men først en præsentation af de fire vignetter.

Pernille-vignetten

Den første vignette omhandler en konflikt mellem personalet og en af beboerne på et bosted. Personalet kan se, at beboeren, som hedder Pernille, tager på i vægt og de forsøger at gribe ind.

Pernille-vignetten: Pernille er 23 år og har boet på bostedet Elmely i to år. Hun har et udviklingshandicap - hun kan gøre sig sprogligt forståelig og forstår også hvad man siger til hende, blot indholdet er på et konkret plan. Da hun flyttede ind vejede hun mere end anbefalet vægt og hun har taget fem kg på i løbet af de to år, hun har boet på Elmely. Hun vejer nu 75 kg og er 160 cm høj (BMI = 29,3). Personalet har forsøgt at gøre Pernille forståelig, at det ikke er en positiv udvikling der sker, men Pernille mangler fuldstændig forståelse for det. Hun spiser altid meget til måltiderne, og forstår ikke konsekvenserne deraf. Hun bryder sig ikke om salat og grønsager, men spiser gerne kød, kartofler og sovs. Pernille er på det sidste begyndt at reagere med vrede, når personalet blander sig i hvad hun spiser. Hun stamper i gulvet og vrisser af dem.

Pernille-vignetten og de dertil relaterede spørgsmål koncentrerer sig primært om de temaer, der har at gøre med hjemmevejledernes opfattelse af overvægt og selvbestemmelse, samt holdninger til forskellige indgreb.

Pia-vignetten

I den anden vignet opstår der uenighed mellem to hjemmevejledere om, hvordan den fælles kostpolitik bør efterleves i forhold til beboeren Pia.

Pia-vignetten: På bostedet Bakken har de for nylig lavet en kostpolitik der gælder for beboerne. Der har været mange diskussioner om det i personalegruppen, og det har været svært at blive enige. Kostpolitikken beskriver hvordan maden bør sammensættes og hvordan motion indgår i dagligdagen, ud fra Sundhedsstyrelsens 8 kostråd. Formålet med kostpolitikken er at få beboerne ind på en mere sund livsstil, med grønsager til måltiderne og daglig motion. Flere beboere er overvægtige og to af dem har sukkersyge.

Et flertal i personalegruppen bakker op om politikken, men enkelte er uenige. Susan (hjemmevejleder) er en af dem, der synes det er forkert at lave en politik der skal gælde alle beboerne. Hun mener, det i stedet bør være op til den enkelte beboer, hvad han/hun vil indtage og hvordan han/hun vil dyrke motion og at der ikke bør være fælles regler.

Bodil (hjemmevejleder) overværer, at Pia, der har boet på Bakken i 24 år har hjemmedag med sin kontaktperson Susan. Pia er 48 år og har et alvorligt udviklingshandicap. Hun har ikke noget verbalt sprog, og har brug for hjælp til næsten alle daglige gøremål. Hendes humør er som regel godt og hun er glad for at være sammen med de andre beboere og personalet. Hun vejer 93 kg og er 170 cm høj (BMI = 32,18). Pias læge har anbefalet, at der gøres en indsats for at få Pias vægt reduceret. Susan gør, efter Bodils mening, for lidt på hjemmedagen for at motivere Pia til at overholde bostedets politik og lægens anbefaling. Eksempelvis spiser Pia mere til frokost, end Bodil synes hun behøver. Da Pia er i gang med at smøre sin mad nr. 5, siger Susan med et smil: "Nå, du er nok sulten i dag, smager det godt?" Susan bemærker, at Bodil ser misbilligende ud.

Pia-vignetten giver anledning til at belyse flere centrale spørgsmål, først og fremmest holdninger til kostpolitik, synspunkter i forhold til uenighed i personalegruppen. Derudover bliver opfattelser af overvægt, selvbestemmelse og ansvar berørt, ligesom hjemmevejledernes tilbøjelighed til at inddrage sundsfagligt personale kommer frem.

Maries bror-vignetten

I den tredje vignet påtaler en pårørende til en beboer på et bosted, at han oplever, der for ofte serveres usunde ting i forbindelse med fødselsdage.

Maries bror-vignetten: Maries bror henvender sig til lederen på bostedet Solglimt, fordi han synes det er forkert, at beboerne selv må vælge hvad de vil servere til fælles aftenkaffe på deres fødselsdag. På Solglimt er der 18 beboere og de har en tradition for fælles aftenkaffe i forbindelse med fødselsdage. Maries bror, der er personlig og økonomisk værge for Marie, synes der alt for ofte er kage og chips på bordet. Lederen siger, hun oplever, at beboerne sætter stor pris på, selv at vælge hvad der skal serveres og at de gerne vil sikre at den enkelte beboer har så meget selvbestemmelse som muligt.

Maries bror-vignetten sætter fokus på holdninger til pårørendes indblanding, indflydelse og medansvar, samt holdninger til beboeres indflydelse på en eventuel kostpolitik. Igen berøres spørgsmålet om beboeres selvbestemmelse og det belyses, hvornår hjemmevejlederne mener, det er legalt at afvige fra hverdagens kostregler.

Nils-vignetten

I den fjerde og sidste vignet, har en beboer på et bosted ændret adfærd på det seneste, og er blevet mere indadvendt og inaktiv, med en tendens til at spise chokolade og is hver dag.

Nils-vignetten: Nils har et udviklingshandicap, han er 53 år og bor på bostedet Holmen. Niels er 168 cm høj og vejer 98 kg (BMI = 34,72). Hjemmevejlederne har lagt mærke til, at Nils den sidste tid har virket mere inaktiv og indadvendt end han plejer. Han har altid været lidt svær at få i gang, men det er blevet værre den sidste tid. Han holder sig mere for sig selv end han plejer, især om aftenen. Han er også begyndt at gå hen i kiosken hver aften, hvor han køber en vaffelis, som han spiser på vejen hjem, og en plade chokolade, som han spiser mens han ser TV i sin lejlighed. Kiosken ligger et par hundrede meter fra bostedet. Nils' kontaktperson Lis har foreslået Nils, at lade være med at gå i kiosken hver aften, men kun gøre det om lørdagen. Det afviser Nils. Lis har derefter indgået en aftale med Nils om, at hvis han i to uger kun går i kiosken om lørdagen, kan de gå i biografen sammen som belønning. Nils er glad for aftalen og praler med det overfor en af de andre beboere.

Denne vignet giver anledning til at analysere hjemmevejledernes synspunkter i forhold til forskellige typer af adfærdsændringer, yderligere belysning af deres opfattelser af overvægt og selvbestemmelse, samt holdninger til brug af belønningsmetode med henblik på at Nils ændrer kost- og motionsvaner.

Efter denne præsentation af de fire vignetter, vil jeg konkret beskrive spørgeskemaets og interviewguidens opbygning og indhold.

Spørgeskema

I dette afsnit beskrives spørgeskemaet (Bilag 1) og der redegøres for forskellige spørgsmålstyper og svarkategorier, og argumenteres for spørgeskemaets opbygning. Spørgeskemaet indeholder 65 spørgsmål, hvoraf de første 34 spørgsmål knytter sig til de fire vignetter. De resterende 31 spørgsmål er generelle holdningsspørgsmål og spørgsmål til respondenternes faglige og personlige baggrund. I spørgeskemaet er der anvendt både holdningsspørgsmål og faktuelle spørgsmål. De faktuelle spørgsmål er objektive, og der er alene stillet faktuel-generelle spørgsmål (Olsen 2006:16), hvilket giver oplysninger om hjemmevejledernes baggrund, eksempelvis alder, køn, uddannelsesmæssige baggrund og anciennitet. Med en større population end det her er tilfældet, kunne jeg med krydstabeller have påvis mulige sammenhænge mellem hjemmevejledernes baggrunde og de forskellige holdninger. Baggrundsoplysningernes funktion i denne undersøgelse, er at bidrage til en samlet beskrivelse af de bosteder og hjemmevejledere der indgår i undersøgelsen.

Det primære i spørgeskemaet er de mere specifikke holdningsspørgsmål, der er knyttet til vignetterne. Sndringen mellem specifikke og generelle spørgsmål er i litteraturen ikke entydig, men oftest angår det, ifølge Henning Olsen, om *"holdninger inkluderer evaluator som hypotetisk/forestillet deltager i forhold til holdningsobjektet eller ikke"* (Olsen 2008:48). Med denne definition kan der stilles spørgsmål ved, om en vignetteundersøgelse berører specifikke holdninger. Når jeg eksempelvis i spørgeskemaet til Pia-vignetten spørger: *"Hvem bør efter din mening fastsætte en eventuel kostpolitik på bostedet Bakken?"*, er respondenterne ikke forestillet deltager i forhold til holdningsobjektet, men er alligevel tvunget til at sætte sig godt ind i den situation, som i vignetten er beskrevet i detaljer, og som, efter forskrifterne til metoden, bør være både realistisk og velkendt for respondenterne, for at vedkommende kan svare på holdningsspørgsmålene. Derudover er det min vurdering, at netop fordi respondenterne ikke er deltager og samtidig har en velbeskrevet kontekst at vurdere ud fra, nedsættes risikoen for socialt acceptable svar betragteligt, hvormed den interne validitet i forhold til afdækning af specifikke holdninger øges (Ejrnæs, Monrad 2012:141f). Jeg mener således at man med vignette metoden i særlig grad har mulighed for at afdække specifikke holdninger og tilbageviser dermed den definition af specifikke holdninger som Olsen henviser til. Det skal dertil bemærkes, at når holdninger afdækkes ved brug af vignetter, er muligheden for generalisering begrænset til at dreje sig om det særlige indhold i den pågældende vignette (ibid.:186), eller muligvis til enheder der har kendskab til og erfaring med lignende problemer.

Spørgeskemaet indeholder også en række generelle holdningsspørgsmål, omhandlende hjemmevejledernes opfattelse af sundhedsbegrebet og den generelle sundhedstilstand hos voksne med psykisk udviklingshandicap i Danmark. Besvarelsesne viste sig at være

forbundet med stor usikkerhed, på grund af hjemmevejledernes tolkninger af spørgsmålene. Derfor er denne del af spørgeskemaet ikke medtaget i analysen.

I formuleringen af spørgeskemaspørgsmål, er de sproglige detaljer væsentlige. Ord forstås forskelligt og det anbefales i metodelitteraturen, at vælge ord med begrænset betydningsvidde (Olsen 2006:30). Anvendelse af vanskelige, sjældne eller flertydige ord kan give alvorlige måleproblemer, og jeg har derfor bestræbt mig på at formulere spørgsmålene enkelt og har begrænset brugen af fagudtryk.

Flertallet af spørgsmålene i spørgeskemaet er delvist lukkede med delvist fyldestgørende svarkategorier. Enkelte åbne spørgsmål er anvendt, hvor det er meningsfuldt (Olsen 2006:19). Eksempelvis lyder et åbent spørgsmål sådan her: *"Hvad mener du, kan være årsag til, at Pernille (vignet-beboer) tager på i vægt?"*, hvormed jeg ikke på forhånd har udelukket nogle af hjemmevejledernes overvejelser i forhold til overvægt hos beboere og hvad de måtte se af mulige årsager. De delvist lukkede spørgsmål har en række svarkategorier, som jeg har tilstræbt skulle være udtømmende og gensidigt udelukkende hvor det var relevant (Olsen 2006:38f). Der er dog konsekvent givet mulighed for "kan ikke svare", for at undgå eventuel usikkerhed og frustration hos hjemmevejlederne.

Derudover er det tilstræbt at opstille balancerede svarmuligheder, således at nogle svarmuligheder ikke vægtes højere end andre. Således balancerer en del af spørgsmålenes svarkategorier mellem 'meget enig', 'lidt enig', 'lidt uenig', 'meget uenig'. Dette udelukker samtidig muligheden for på-midten-svar, idet der kan være en tendens til at såkaldt magelige personer vælger disse (Olsen 2006:53), og derudover får jeg svarpersonerne til at tage stilling til, om de overvejende er positivt eller negativt stemt overfor holdningsspørgsmålene. Som et led i udformningen af svarkategorierne, er der gjort overvejelser om hver enkel variabels måleniveau af hensyn til planlægning af analysen og for at undgå at jeg unødigt indskrænker mulighederne. Variablerne i spørgeskemaet er næsten udelukkende kvalitative, og der forekommer både variabler på nominal og ordinal niveau.

Interviewguide

Interviewguiden er struktureret efter de fire vignetter og de respektive spørgeskemaspørgsmål, og derfor følger interviewet, som udgangspunkt, også denne rækkefølge. Interviewet sigter mod en uddybning af den interviewede hjemmevejleders egen besvarelse af spørgeskemaet. Interviewspørgsmålene består både af en række overordnede spørgsmål, således at selve interviewet har en vis fleksibilitet i forhold til

hvordan temaerne drøftes, og derudover består den af spørgsmål møntet på den enkelte vignet. Der er således tale om det Kvale kalder et halvstruktureret interview (Kvale 1997:129). I figur 4.2 er vist et eksempel på, hvordan hjemmevejlederens besvarelse af spørgeskemaet, har dannet udgangspunkt for interviewet.

Figur 4.2 Eksempel på interviewspørgsmål (Pia-vignetten)

Spørgsmåleksempel fra spørgeskema til Pia-vignetten:

Hvor enig er du i, at det er et problem, at Bodil og Susan ikke er enige om kostpolitikken?

- ☐ Meget enig
- ☒ Lidt enig
- ☐ Lidt uenig
- ☐ Meget uenig
- ☐ Kan ikke svare

Spørgsmåleksempler fra interviewguiden:

Hvad har fået dig til at svare sådan?

Kan du uddybe din besvarelse?

Har du været i tvivl om hvad du skulle svare – hvordan?

Kender du selv noget lignende fra dit arbejde eller fra tidligere?

En af de store fordele ved at anvende kvalitative interview i denne undersøgelse er, at det giver mulighed for, i modsætning til de kvantitative data, at afdække eventuelle flertydige holdninger eller ambivalens hos hjemmevejlederne. Derudover er det min vurdering, at kvalitative interviewdata vil være relativt gode til at give indblik i de overvejelser, normative antagelser, følelser, erfaring, viden og så videre, der måtte ligge i holdningerne. Det kan ankes, at der alene er tale om sprogliggørelse af disse forhold, men kritikken tilbagevises med, at der ikke er tale om at afdække hjemmevejledernes egentlige handlinger, men alene deres handletendenser og de dispositioner der ligger forud for handling, og jeg mener hjemmevejledernes egne udsagn må være noget af tætteste jeg kan komme her på.

Præsentation af bosteder

Som tidligere beskrevet er målgruppen for undersøgelsen hjemmevejledere, der i det daglige arbejder på et bosted for voksne med psykisk udviklingshandicap.

I min søgning efter relevante bosteder stødte jeg på et projekt, som gennemføres i fem jyske kommuner, af Center for Folkesundhed og Kvalitetsudvikling i Region Midtjylland. Projektet hedder *'Indflydelse på egen sundhed'* og målgruppen er voksne med psykisk udviklingshandicap eller erhvervet hjerneskade. Hensigten med projektet er at øge sundhed og trivsel for målgruppen, med uddannelse af sundhedsguides, gennemførelse af

sundhedsmålinger og udvikling af sundhedsfinder, som er en audiovisuel løsning til at opspøge og finde informationer om kommunale tilbud⁵. Med deltagelse i projektet har bostederne fået tilført en mængde sundhedsfaglig viden, som muligvis kan spille en rolle for resultaterne af denne undersøgelse, hvor der blandt andet sættes fokus på hvordan sundhedsfaglig viden spiller en rolle i hjemmevejledernes holdninger. Dette indgår ikke som en del af analysen, men kan være en nyttig oplysning, for eksempel hvis resultaterne anvendes i andre bosteder. Hvor *'Indflydelse på egen sundhed'* har fokus på borgere med psykisk udviklingshandicap eller hjerneskade, ser jeg i denne undersøgelse på hjemmevejlederes holdninger. Jeg kontaktede projektlederen, og efter en drøftelse af projekternes muligheder for at supplere hinanden, indvilgede han i at forsøge at få en af de medvirkende kommuner til at indgå i min undersøgelse. Således indvilgede en af kommunerne i at deltage, med de bosteder og hjemmevejledere, der er med i projekt *'Indflydelse på egen sundhed'*. Pågældende kommune, som jeg herefter benævner X Kommune, har ca. 40.000 indbyggere.

Der er tale om to bosteder. På Bosted 1 er der 18 beboere med psykisk udviklingshandicap i alderen 30-80 år. Der er i alt 15 hjemmevejledere på bostedet, hvoraf de tre er nattevagter og ikke indgår i undersøgelsen. Dermed er 12 hjemmevejledere og bostedsslederen (fremover benævnes de alle som hjemmevejledere) inkluderet fra Bosted 1. Af de 13 hjemmevejledere fra Bosted 1 har fem besvaret spørgeskemaet, hvilket svarer til 38 %. Tre af hjemmevejlederne har efterfølgende deltaget i kvalitativt individuelt interview.

På Bosted 2 er der 10 beboere med psykisk udviklingshandicap i alderen 31-68 år. Der er i alt 6 hjemmevejledere og en bostedsleder, og alle syv er inkluderet i undersøgelsen. De har alle besvaret spørgsmålene til spørgeskemaets første tre vignetter, hvilket giver en svarprocent på 100 i den første ¾ af vignetterundersøgelsen. I den sidste del er svarprocenten 86 %. Der således tale om en totaltælling i den første del af undersøgelsen i Bosted 2, hvilket er forbundet med en række fordele, som jeg vil beskrive nærmere i afsnittet om undersøgelsens kvalitet. To af hjemmevejlederne fra Bosted 2 har deltaget i kvalitativt individuelt interview.

Visitering til lejlighed i bostederne sker efter Almenboliglovens § 105, hvoraf det fremgår at: *"Kommunalbestyrelsen drager omsorg for, at der i nødvendigt omfang tilvejebringes almene ældreboliger, der kan udlejes til ældre og personer med handicap, som har særligt*

⁵ <http://www.cfk.rm.dk/projekter/kvalitetsudvikling+-+sundhed/indflydelse+på+egen+sundhed>

*behov for sådanne boliger*⁶. Hjemmevejledningen til den enkelte beboer bevilges efter Lov om social service § 85, hvoraf det fremgår at: *"Kommunalbestyrelsen skal tilbyde hjælp, omsorg eller støtte samt optræning og hjælp til udvikling af færdigheder til personer, der har behov herfor på grund af betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer"*⁷.

De 12 hjemmevejledere der har besvaret spørgeskemaet er i aldersgruppen 21-61 år, med erfaring fra arbejde med mennesker med psykisk udviklingshandicap på mellem 3 år og mere end 10 år. Deres uddannelsesmæssige baggrund fordeler sig med 7 pædagoger, 2 social- og sundhedshjælpere, 1 lærer og 1 pædagogisk assistent.

Gennemførelse af undersøgelsen

Den optimale gennemførelse af spørgeskemaundersøgelsen ville have været, at hjemmevejlederne i de to bosteder fik mulighed for at udfylde det i forbindelse med et personalemøde eller lignende, hvor jeg kunne være til stede og dermed kunne udnytte de fordele der er forbundet med interviewbesøg, med høj svarprocent og øget motivation, samt rettelse af eventuelle misforståelser. Dette var desværre ikke muligt, på grund af sommerperiodens reduktion i personalemøder, og mit ønske om at indsamle data netop i den periode. Derfor er spørgeskemaet i stedet gennemført som enquete, med brug af programmet SurveyXact. Hjemmevejlederne fik i første omgang 14 dage til at svare, hvorefter jeg sendte den første rykker. Den anden rykker er sendt efter yderligere syv dage, og den sidste rykker fem dage senere. 12 hjemmevejledere ud af 21 mulige besvarede spørgeskemaet. Herefter har jeg gennemført de fem individuelle interview. Interviewpersonerne er udvalgt efter interesse, det vil sige jeg har ikke opstillet kriterier ud over at de er hjemmevejledere og har besvaret spørgeskemaet. Fem meldte sig og blev interviewet.

Analysestrategi

I dette afsnit beskrives hvordan analysen er gennemført (se evt. figur 3.1). Det primære budskab er, hvordan kombinationen af metoder i dataindsamlingen giver nogle særlige muligheder for at analysere materialet, med henblik på besvarelse af problemformuleringen. Undersøgelsens empiriske grundlag består af spørgeskemaundersøgelsen og de fem interview, som begge er struktureret omkring fire vignetter. I analysen anvendes teori om holdningskomponenter qua diskussionen af

⁶ <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=151792>

⁷ <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=158071>

begrebet i kapitel 3. Som den afsluttende del af specialet er de mest centrale resultater trukket frem og sandsynliggjort med inddragelse af nogle af Bourdieus teoribegreber, og der er reflekteret over de forklaringstyper hjemmevejlederne benytter sig af i deres vurderinger af vignetterne. Her inddrages teori om forklaringstyper, som beskrevet af Jens Guldager og Morten Ejrnæs i 'Helhedssyn og forklaring' (2008). Der er ikke tale om hverken en udtømmende eller dybdegående analyse af niveauer og forklaringstyper, men begreberne anvendes til en refleksion over hjemmevejledernes muligheder for at arbejde ud fra et helhedssyn med eventuelle problemstillinger vedrørende beboeres sundhedstilstand.

Kodebogen og de transskriberede interview har været centrale grundlag for den empiriske analyse. Denne første bearbejdning af data har givet struktur til empirien og gjort det muligt efterfølgende at anvende kombinationen af kvantitativ og kvalitativ metode, således at jeg samlet fremkommer med mere, end den ene metode ville have kunnet alene. Hele vejen igennem analysen tager jeg afsæt i det kvantitative materiale, på den måde, at holdningernes marginalfordelinger har været udgangspunktet for analysen af holdningernes indhold og betingelser, hvormed det kvalitative materiale bliver langt mere meningsfuldt, end det ville have været, hvis det stod alene uden talmaterialet. Således anvendes talmaterialet til at opgøre holdningerne, herunder på hvilke områder der optræder enighed og uenighed, og med det kvalitative materiale nuanceres holdningernes indhold.

I analysen har jeg behandlet undersøgelsens temaer og jeg har fastholdt strukturen omkring de fire vignetter, hvormed min analyse indledes deduktivt. Når jeg anvender de kvantitative data som primære data, tager jeg forbehold for svarprocenten, usikre spørgsmålsformuleringer, respondenternes tolkninger eller andre bias, som jeg gør opmærksom på, efterhånden som de opdages, og samlet redegør for i afsnittet om undersøgelsens kvalitet, der efterfølger dette afsnit.

I kvantitative undersøgelser er det variabelens målniveau, der afgør, hvilke analyser det giver mening at lave. Da målniveauerne i de spørgsmål der knytter sig til vignetterne, er kvalitative (både nominale og ordinale), og populationens størrelse er lille, er det alene marginale fordelinger, der er relevante. Fordelingerne angives ved andele, og der undersøges ikke for sammenhæng mellem variable (Hansen, Hjorth Andersen 2009:165f). Med analysen af undersøgelsens kvantitative del kan jeg belyse, hvordan hjemmevejledernes vurderinger, værdier og ideelle forestillinger tager sig ud i forhold til de konstruerede vignetter og på hvilke områder der er henholdsvis enighed og uenighed.

I analysen af de kvalitative interview tager jeg afsæt i Kvaless beskrivelser af analysemetoder og anvender hvad han kalder 'meningsfortolkning', hvor det er relevant for problemformuleringen og for de kvantitative resultater at fortolke hjemmevejledernes udsagn og hvor jeg, med Kvaless udtryk, '*udvider teksternes omfang*', og rekontekstualiserer udsagnene ved at inddrage relevant teori (Kvale 1997:188-9). Undervejs i interviewene, fortæller hjemmevejlederne, hvad de "*oplever, føler og foretager sig*" i forhold til spørgsmål om beboere med psykisk udviklingshandicap og overvægt, og bidrager til analysen ved selv at opdage nye sammenhænge i løbet af interviewene (Kvale 1997:187). Qua undersøgelsens problemformulering, vil fokus i analysen være på hjemmevejledernes holdningstilkendegivelser, på deres erfaringer med de problemstillinger der berøres i vignetterne, og på de begrundelser de fremsiger i relation til deres holdninger (Ejrnæs, Monrad 2012:180). En af mine opgaver i interviewsituationen er at 'sende udsagnene tilbage', så data fortolkes undervejs, og jeg får bekræftet og præciseret hvad de mener. Fordi interviewene har en naturlig rækkefølge der følger spørgeskemaet, er mit kvalitative materiale, allerede efter transskriberingen, relativt struktureret og overskueligt at anvende som uddybende materiale for talmaterialet.

Det fremanalyseres først og fremmest, hvilke holdninger hjemmevejlederne har til overvægt hos voksne med psykisk udviklingshandicap. Det vil sige, hvad de mener man bør gøre i givne situationer, hvor beboere udviser uheldige kost- og motionsvaner og deres synspunkter i forhold til kostpolitik, beboeres selvbestemmelse, hjemmevejlederes handlemuligheder og pårørendes medansvar i forhold til udvikling af overvægt. I forhold til anvendelse af den tre-komponente definition af holdninger, drejer det sig primært om at afdække, hvornår der er tale om viden der bruges til at vurdere en beboers sundhedstilstand, og derudover hvornår den affektive komponent, det vil sige følelser og værdier, spiller en rolle i holdningerne. Som det fremgår af undersøgelsens formål, agter jeg at undersøge, hvor vidt emnet aktiverer affektive komponenter, fordi jeg antager, at når der opstår uenighed i forhold til overvægt og kost- og motionsvaner hos voksne med psykisk udviklingshandicap, og når en sådan uenighed kan være vanskelig at opløse til enten enighed eller en konstruktiv uenighed, så skyldes det blandt andet, at holdningerne har relativt stærke affektive komponenter. Det centrale i analysen er derfor at fremanalysere hvad holdningerne indeholder, snarere end hvordan de er opstået og hvor de kommer fra.

Som et sidste greb før præsentationen af analysen, vil jeg i det følgende afsnit redegøre for min vurdering af undersøgelsens kvalitet.

Undersøgelsens kvalitet

I vurderingen af undersøgelsens kvalitet vil jeg først og fremmest gøre rede for de fordele, der er forbundet med totalundersøgelser, som denne undersøgelse er et eksempel på. Derefter vil jeg forholde mig til, hvordan det er lykkedes at anvende den valgte form for metodekombination, samt forholde undersøgelsen til holdningsundersøgelseres mulige kvalitetsproblemer. Kvaliteten vurderes i forhold til spørgerammen, dataindsamlingen og analysen, og vignette-metodens fordele og ulemper i forhold til undersøgelsens validitet og reliabilitet er ligeledes centrale i vurderingen af undersøgelsens kvalitet.

Kvaliteten i spørgeskemaundersøgelser handler om validitet, det vil sige overensstemmelse mellem problemformulering, undersøgelsesspørgsmål og spørgeskemaspørgsmål. Dette har jeg bestræbt mig på, ved at konstruere vignetter, spørgeskemaspørgsmål og interviewspørgsmål i en sammenhængende proces, som beskrevet i starten af dette kapitel. Pålideligheden handler om at udelukke tilfældighedens påvirkning af svarene, hvilket især imødekommes i formuleringerne af spørgsmålene i både spørgeskema og interview, samt ved at forsøge at forebygge bortfald.

Totalundersøgelsens fordele

Da undersøgelsens population består af alle de hjemmevejledere i X Kommune, der arbejder med voksne med psykisk udviklingshandicap og samtidig er med i projekt 'Indflydelse på egen sundhed', er der tale om en totalundersøgelse i den kvantitative del af undersøgelsen. Totalundersøgelser er forbundet med en række kvalitetsmæssige fordele, som dog er betinget af blandt andet populationens størrelse og svarprocenten.

Undersøgelsen har et relativt stort bortfald, som jeg blandt andet ser som en følge af, at spørgeskemaundersøgelsen er gennemført som enquete, hvor det er et velkendt problem, at bortfaldet har et større omfang, end spørgeskemaundersøgelser der gennemføres ved interview (Hansen, Hjorth Andersen 2009:91). Det er dog også nærliggende at antage, at det store bortfald skyldes en helt grundlæggende uenighed i hjemmevejledergruppen om, hvilke paradigmer de anser for at være mest centrale i deres daglige arbejde med denne gruppe mennesker. Det er muligt, at en opfattelse af, at emnet ikke er centralt for det daglige sociale arbejde, har medvirket til, at en stor del af hjemmevejlederne har valgt ikke at svare og det er naturligvis nemmere at træffe dette valg, når der er tale om enquete. Til gengæld er den såkaldte interviewereffekt, hvor der svares i retning af, hvad der anses for at være socialt acceptabelt, helt fraværende (Ejrnæs, Monrad 2012:145).

Uanset årsagen, gør besvarelsesprocenten på 52 %, at resultaterne må tages med et vist forbehold. Dog er svarene faldet således ud, at på Bosted 2, har alle, det vil sige syv

hjemmevejledere, besvaret spørgsmålene til de tre første vignetter, og på resten af spørgeskemaet har de 85 % besvarelse, svarende til seks ud af syv hjemmevejledere. Der er således tale om en totaltælling vedrørende de første tre vignetter. En totaltælling er forbundet med flere åbenlyse fordele. For det første er det ikke nødvendigt at tage stilling til, hvor vidt data udgør et repræsentativt udsnit af totalpopulationen. Data er dækkende og resultaterne giver mulighed for at tegne et sikkert og præcist billede af holdningerne og deres fordeling. Der er således ikke repræsentativitetsproblemer forbundet med selve besvarelserne og deres fordeling, men alene med om det er lykket at måle på en gyldig måde (Hansen, Hjorth Andersen 2009:78). Derudover er det centralt at fremhæve, at jeg med totaltællingen på Bosted 2, kan påvise, at uenigheder ikke alene forekommer mellem bosteder, men også indenfor samme bosted, hvilket giver nogle helt særlige præmisser for arbejdet. Jeg har derfor på udvalgte spørgsmål opgjort besvarelserne fra Bosted 2 isoleret.

En anden nævneværdig fordel ved, at der er tale om en totalundersøgelse er, at jeg kan se helt bort fra de usikkerheder, der er forbundet med stikprøveundersøgelser, herunder fremgangsmåder for udvælgelse. Det er ligeledes ikke aktuelt at gennemføre statistiske signifikansberegninger, da der ikke skal generaliseres ud fra en stikprøveundersøgelse, og da der ikke er tale om registerdata, er undersøgelsen ikke afhængig af på forhånd definerede begreber eller operationaliserede variable (Hansen, Hjorth Andersen 2009:78f). Kvaliteten afhænger derfor primært af svarprocenten, som jeg netop har redegjort for betydningen af, og derudover af hvordan validitet og reliabilitet i forhold til udformning af spørgeramme vurderes.

Fordele og ulemper ved metodekombinationen

Ifølge Creswell og Clark, er formålet med den type metodekombination, der her er tale om, Explanatory Sequential Design, at de kvalitative data anvendes til at forklare de kvantitative resultater (Creswell, Plano Clark 2011:82). Når jeg har valgt en modificeret form af denne metodekombination, hvor de kvantitative data ikke analyseres før de kvalitative interview gennemføres, og hvor hjemmevejlederne alene forholder sig til egne besvarelser af spørgeskemaet, var det med den hensigt, at fastholde fokus på de specifikke holdninger og deres indhold, fremfor at gøre forsøg på at forklare holdningernes fordeling mere generelt.

Når det kvantitative materiale ikke er analyseret forud for gennemførelse af interview, har det betydning for de efterfølgende analysemuligheder. Med en mellemliggende analyse af de kvantitative data, kunne den kvalitative del af undersøgelsen have afdækket hjemmevejledernes vurdering af henholdsvis enighed og uenighed i de forskellige

holdningsspørgsmål, og jeg kunne have spillet deres egne holdninger op mod fordelingerne. Det har dog været min vurdering, at dette kunne være forbundet med nogle etisk vanskeligt håndterbare data, især på grund af den lille population der er tale om, hvormed resultaterne kunne have risiko for at fremstå som en udstilling af meget personlige holdninger. Derimod kunne det have været interessant at supplere undersøgelsens resultater, efter analyse af både spørgeskemaundersøgelse og individuelle interview, med fokusgruppeinterview, hvormed holdningerne yderligere kunne belyses og tilmed have bidraget langt mere til faglig udvikling.

En mulig ulempe ved den form for metodekombination der her er anvendt er, at i analysen har datamængden været relativ stor, og det har været påkrævet at arbejde meget systematisk, for at bevare overblikket og ikke overse væsentlige forhold. Kodebog og transskriberede interview, har derfor været uundværlige grundlag for analysefasen, ligesom det har været en fordel, at de fire vignetter har skabt en naturlig struktur i både kvantitative og kvalitative data og i analysen.

En fordel ved at jeg har undladt forudgående analyse af de kvantitative data har været, at jeg indenfor en relativ kort tidsramme havde indsamlet samtlige data, og at jeg tidligt kunne gøre det helt klart for bostederne, hvor mange ressourcer de skulle investere i at deltage. Resultaterne af analyse af kvantitative data har ikke skullet fungere som forudsætning for udvælgelse af informanter til interview (Creswell, Plano Clark 2011:83f), og planlægningen har således været enklere.

Ifølge Henning Olsen, er *"enhver holdningsmåling ... forbundet med potentielle validitets- og/eller reliabilitetsproblemer, blandt hvilke for eksempel er mangelfuld konceptualisering af holdningsbegrebet"* (Olsen 2008:66), og han hævder, at fordi holdninger i realiteten, er 'hypotetiske konstruktioner', er det reelt ikke muligt at honorere krav om ekstern validitet (ibid.:66f). Ejrnæs og Monrad forholder sig kritisk til dette synspunkt, idet de argumenterer for, at såfremt vignettens kontekst er beskrevet præcist og troværdigt, hvilket vertikale vignetter har gode muligheder for, er det muligt i et vist omfang, at generalisere resultater til andre, der eksempelvis arbejder med de samme ting og dermed kender og har erfaringer med de problemstillinger holdningsundersøgelsen drejer sig om (Ejrnæs, Monrad 2012:146). I det følgende afsnit følges dette, og undersøgelsens validitet og reliabilitet vurderes i relation til vignetmetoden.

Vignetmetodens betydning for validitet og reliabilitet i undersøgelsen

Der er stor forskel på, om vurderinger foretages ud fra situationer, hvor man interagerer med et andet menneske, eller på baggrund af vignetter. I vurdering på baggrund af vignet-beskrivelser, er der tale om en form for envejskommunikation, der ikke er i overensstemmelse med virkeligheden, hvorimod der vil være en lang række intuitive forhold i den virkelige interaktion, der spiller en rolle i vurderingen af situationen (Ejrnæs, Monrad 2012:146f). Det er ikke praktisk muligt, at en vertikal vignet er udtømmende i forhold til dette, hvilket formentlig er den mest centrale begrænsning ved vignetmetoden i det hele taget. Resultater fremkommet ved hjælp af vignetmetoden, kan alene anvendes til at udsige noget om aktørernes handletendenser, og ikke om hvordan deres handlinger i virkeligheden udformer sig. Fordi dette samtidig understreger, at der altid forekommer en individuel tolkning af vignettens indhold, afhænger den eksterne validitet, altså om handletendenserne kan overføres til virkeligheden, af konstruktionen af vignetterne, hvor det afgørende er, at beskrivelserne er realistiske og præcise (ibid.:142).

Fordi undersøgelsen er gennemført som en enquete, har jeg ikke haft optimale muligheder for at påvirke hjemmevejledernes motivation for at svare, at sikre den fornødne opbakning til at bruge den tid den enkelte synes at have brug for, eller at medvirke til at hjemmevejlederne ikke drøfter problemstillingerne med hinanden undervejs. Disse forhold spiller en rolle for undersøgelsens reliabilitet. Derimod skal det fremhæves, at vignetmetoden i sig selv, rummer gode muligheder for at sikre en høj reliabilitet, når vignetterne med de tydelige og detaljerede beskrivelser af holdningsobjekter, virker engagerende og dermed kan motivere hjemmevejlederne til at afgive velovervejede svar (Ejrnæs, Monrad 2012:149f).

Ifølge Ejrnæs og Monrad kan brug af vignetter øge holdningsundersøgelserns interne validitet, fordi brugen af vignetter i det hele taget gør, at hjemmevejlederne så vidt muligt svarer på præcis de samme ting (Ejrnæs, Monrad 2012:142). I det efterfølgende afsnit vurderes undersøgelsens interne validitet i forhold til de fire vignetter og resten af spørgerammen.

Undersøgelsens interne validitet i relation til spørgerammen

Mangelfulde oplysninger i vignetterne er en typisk årsag til problemer med den interne validitet. Tilmed er der det problem ved kvantitative vignetundersøgelser, at man vanskeligt kan få indblik i, hvilke oplysninger respondenterne har manglet og derfor selv har tillagt den beskrevne situation. I denne undersøgelse er der opstået en række problemer med den interne validitet specielt i Maries bror-vignetten. Spørgeskemaet til denne vignet

er indledt med et spørgsmål om, om hjemmevejlederne kan forstå brorens indvending. Svarene har jeg undladt at bruge i analysen, da det kom frem i interviewene, at spørgsmålet kunne tolkes i to retninger. Nogle af hjemmevejlederne har således forholdt sig til, om de er enige eller uenige i vignet-bostedets fødselsdagsregler, andre har forholdt sig til, om de kunne sætte sig i Maries brors sted. Ydermere har en mangelfuld beskrivelse af Maries bror i vignetten, affødt hjemmevejlederne egne tolkninger af ham som pårørende, ligesom en beskrivelse af bostedets øvrige beboere har været mangelfuld. Således har konstruktionen af Maries bror-vignetten affødt nogle betydelige problemer med den interne validitet, i det jeg ikke har sikkerhed for, at hjemmevejlederne har svaret indenfor den samme kontekst (Ejrnæs, Monrad 2012:142). Dette afspejles i nogle af de tekstsvare hjemmevejlederne har afgivet i spørgeskemaet, som indledes med et 'det kommer an på', som netop rejser tvivl om konteksten. Eksempelvis lyder et par af tekstsvarene sådan her: ... *"det kommer an på hvordan sundhedssituationen er [for bostedets beboere]"*, og: *"Det kommer an på hvor meget de [beboerne] kan forstå af problemstillingen"*. Med den mangelfulde kontekstbeskrivelse i vignetten har det ikke været muligt for hjemmevejlederne at afgive specifikke svar, hvormed analysen primært giver anledning til at afdække mere generelle holdninger.

Da jeg ikke på baggrund af spørgeskemabesvarelsenerne kan få indblik i, hvordan hjemmevejlederne har tolket spørgsmålene vedrørende den pårørende, lederen, og problemets karakter, er de kvantitative resultater af Maries bror-vignetten forholdsvis usikre. Derimod giver analysen af interviewdata mulighed for at belyse generelle holdninger til vignetten, hvilket drejer sig om opfattelsen af pårørendes medansvar for beboeres sundhedstilstand samt kost og -motionsvaner, og opfattelser af hvornår og hvordan det er legalt af afvige fra dagligdagens kostregler.

En anden type validitetsproblem er opstået i forbindelse med Nils-vignetten. Med spørgeskemabesvarelsenerne til denne vignet, der blandt andet drejer sig om hjemmevejledernes holdninger i forhold til en række forskellige typer af adfærdsændringer, er det ikke muligt at sige noget sikkert om, hvordan hjemmevejlederne vurderer de fire forskellige typer af adfærdsændringer i forhold til hinanden, både på grund af udformningen af spørgeskemaet og hjemmevejledernes individuelle tolkninger af Nils. Hensigten med at drage forskellige typer af adfærdsændringer ind i vignetten har været, at undersøge hvor alvorligt hjemmevejlederne vurderer ændrede spise- og motionsvaner i forhold til ændringer i humør og social adfærd. Fordi spørgsmålenes opbygning ikke har presset hjemmevejlederne til at prioritere svarene i forhold til hinanden, har de haft en tendens til at score de forskellige adfærdsændringer ens (se figur 4.2).

Figur 4.2 Eksempel på validitetsproblemer som følge af spørgeskemaets konstruktion (Nils-vignetten)

Hvor enig er du i, at Nils' inaktivitet er et problem?
(sæt kun et kryds)

- ☒ Meget enig
- ☐ Lidt enig
- ☐ Lidt uenig
- ☐ Meget uenig
- ☐ Kan ikke svare – hvorfor:

Hvor enig er du i, at Nils' indadvendthed er et problem?
(sæt kun et kryds)

- ☒ Meget enig
- ☐ Lidt enig
- ☐ Lidt uenig
- ☐ Meget uenig
- ☐ Kan ikke svare – hvorfor:

Hvor enig er du i, at det er et problem, at Nils spiser is og chokolade dagligt?
(sæt kun et kryds)

- ☒ Meget enig
- ☐ Lidt enig
- ☐ Lidt uenig
- ☐ Meget uenig
- ☐ Kan ikke svare – hvorfor:

Hvor enig er du i, at det er et problem, at Nils opholder sig i sin lejlighed hver aften?
(sæt kun et kryds)

- ☐ Meget enig
- ☒ Lidt enig
- ☐ Lidt uenig
- ☐ Meget uenig
- ☐ Kan ikke svare – hvorfor:

Nils-vignetten bidrager til gengæld til en mere nuanceret afklaring af de holdninger, der spiller ind i hjemmevejledernes opfattelse af overvægt, hvilket både skyldes muligheden for at afgive tekstsvar i spørgeskemaet, samt data fra de kvalitative interview. De undersøgelsesspørgsmål der drejer sig om hjemmevejledernes holdninger til en række forskellige indgreb, eksempelvis belønningsmetode og det at fungere som rollemodel, samt spørgsmålet om hvornår man bør gribe ind, er centrale i undersøgelsen. I analysen af data er jeg blevet opmærksom på, at de resultater der drejer sig om dette, ville have haft være mere valide, hvis de havde været bragt ind flere gange (Olsen 2008:71). Eksempelvis kunne spørgsmålet om, hvornår man som hjemmevejleder bør gribe ind overfor en vignet-beboers kost- og motionsvaner, med fordel have været gentaget i flere vignetter.

Som et reliabilitetsproblem, og dermed også et validitetsproblem, er jeg stødt på den begrænsning i programmet SurveyXact, at det ikke er muligt at opstille svarmuligheder som prioriteringer. I de spørgsmål, hvor hjemmevejlederne skulle prioritere svarene,

eksempelvis hvem de mener, der er henholdsvis vigtigste og næstvigtigste aktør, i udarbejdelsen af en eventuel kostpolitik i vignet-bostedet, var jeg derfor nødt til, at gentage det samme spørgsmål to gange, for at få hjemmevejlederne til at prioritere henholdsvis den vigtigste og den næstvigtigste handlemulighed. Denne opstilling har resulteret i et antal ugyldige svar, hvor det samme svar er angivet som både vigtigste og næstvigtigste handlemulighed.

Hjemmevejledernes vurdering af kvaliteten

Afslutningsvis i forhold til undersøgelsens kvalitet, vil jeg referere et par af de kommentarer hjemmevejlederne har givet, både i spørgeskemaet, hvor der som et sidste spørgsmål var mulighed for at give supplerende kommentarer til undersøgelsen, og i interviewene, hvor de har givet udtryk for undersøgelsens relevans. Den første kommentar understøtter min vurdering af, at vignetterne er relevante og vedkommende, og visse steder mangelfulde: *"Rigtig gode og aktuelle cases, men hvis man skulle komme med lidt ris, så måtte der gerne være lidt mere baggrunds historie"*. I de kvalitative interview har hjemmevejlederne samstemmende givet udtryk for, at de problemstillinger der er beskrevet i vignetterne, er yderst velkendte og relevante, og at de eksempelvis kunne genkende både flere af de egenskaber, vignet-beboerne var tillagt, og de dilemmaer der var beskrevet. Dette har betydning for den eksterne validitet, hvormed undersøgelsens resultater i forhold til hjemmevejledernes handletendenser, er tættere på hvordan disse tager sig ud i virkeligheden, end hvis de fandt vignetterne kunstige og virkelighedsfjerne.

Nogle af kommentarerne ser jeg som udtryk for deres grundlæggende forskellige opfattelser af undersøgelsens relevans: *"Jeg synes det er dejligt du laver denne undersøgelse, håber der i kraft af den, også vil komme mere fælles fodslag i forhold til vores holdninger til borgernes sundhed. Ofte er det vores personlige holdning der kommer ind over, hvor jeg mener, at vi burde lave en fælles holdning, som alle kan stå inde for, og være professionelle for vores borgers skyld"*. I følgende udsagn er hjemmevejlederen mere kritisk overfor undersøgelsens relevans: *"Jeg synes spørgsmålene lægger op til, om personalet skal bestemme over beboeren, og det kan vi ikke. Men vi kan vejlede og motivere ... jeg har også et spørgsmål: Er det en livskvalitet i sig selv at blive gammel?"*

Med disse udsagn fra spørgeskema og interview som afsluttende kommentarer til undersøgelsens kvalitet, præsenteres i næste kapitel undersøgelsens empiriske analyse.

Kapitel 5: ANALYSE

Præsentationen af analysen følger de fire vignetter. Som afslutning på analysen af hver af de fire vignetter samles op i forhold til de af problemformuleringens undersøgelsesspørgsmål, der er behandlet i den pågældende vignette-analyse. Nogle af temaerne tages op i flere vignetter, eksempelvis er hjemmevejledernes opfattelse af overvægt belyst i både Pernille-vignetten, Pia-vignetten og Nils-vignetten og derfor skal kapitlet ses som en sammenhængende argumentation, hvor de forskellige temaer tages op flere gange. I kapitel 6 samles op på undersøgelsens vigtigste fund, på tværs af de fire vignetter.

I kapitlet illustreres udvalgte kvantitative resultater i tabeller og der anvendes en række citater fra de kvalitative interview. Efter hvert citat er det angivet i parentes, hvor i det transskriberede interviewmateriale, det pågældende citat kan findes.

Holdninger til Pernille-vignetten

De spørgsmål der er stillet til Pernille-vignetten, drejer sig om hjemmevejledernes opfattelse af Pernilles stigende vægt og hendes kost- og motionsvaner. Der er spurgt til situationens alvor og til hvornår og hvordan hjemmevejlederne mener, der bør gribes ind. Dilemmaerne handler om sondringen mellem beboerens selvbestemmelse og hjemmevejlederens ønske om at hjælpe, om hvilke indgreb hjemmevejlederne foretrækker frem for andre, samt spørgsmålet om ansvar.

Opfattelse af overvægt

Som det fremgår af nedenstående tabel, er der overvejende enighed blandt hjemmevejlederne på de to bosteder om, at Pernilles vægt er et problem og at hun bør

ændre både kost- og motionsvaner. I opgørelsen fremhæves Bosted 2's besvarelser særskilt, på grund af besvarelsesprocenten på 100, hvormed holdningernes fordelinger er helt sikre. Således er der på Bosted 2 tre hjemmevejledere, der er meget enige i, at Pernilles vægt er et problem, mens tre andre er lidt enige. I den samlede besvarelse er fordelingen syv henholdsvis fire. På spørgsmålet om hvor vidt Pernille bør ændre kostvaner, er der på Bosted 2 tre, der er meget enige og tre der er lidt enige. I den samlede besvarelse er fordelingen seks henholdsvis fem. På spørgsmålet om Pernille bør ændre motionsvaner, er spredningen lille, idet der på Bosted 2 er fem, der er meget enige og en der er lidt enig. I den samlede besvarelse er fordelingen ni henholdsvis to. Der er altså en tendens til, at hjemmevejlederne finder det vigtigst, at Pernille ændrer motionsvaner, fremfor kostvaner.

Tabel 5.1 Holdninger til overvægt, kost- og motionsvaner (Pernille-vignetten)

Svarfordeling på spørgsmålene om hvor alvorlige Pernilles problemer med vægt, motionsvaner og kostvaner vurderes						
Hvor enig er du i, at Pernilles vægt er et problem?						
	Meget enig	Lidt enig	Lidt uenig	Meget uenig	Kan ikke svare	Total
Bosted 2	3	3	1			7
Bosted 1 og 2	7 (58 %)	4 (33 %)	1 (8 %)			12
Hvor enig er du i, at Pernilles bør ændre kostvaner?						
	Meget enig	Lidt enig	Lidt uenig	Meget uenig	Kan ikke svare	Total
Bosted 2	3	3			1	7
Bosted 1 og 2	6 (50 %)	5 (42 %)			1 (8 %)	12
Hvor enig er du i, at Pernille bør ændre motionsvaner?						
	Meget enig	Lidt enig	Lidt uenig	Meget uenig	Kan ikke svare	Total
Bosted 2	5	1			1	7
Bosted 1 og 2	9 (75 %)	2 (17 %)			1 (8 %)	12

Spørgeskemaresultaterne viser således en udpræget enighed blandt hjemmevejlederne om, at vignet-beboerens BMI på 29,3 er et problem. Næsten alle hjemmevejledere er enige i dette og de mener også samstemmende, at hun bør ændre både kost- og motionsvaner.

Interviewmaterialet nuancerer hjemmevejledernes vurdering af Pernilles vægt, kost- og motionsvaner. En af hjemmevejlederne argumenterer for, at Pernilles vægt ikke er så alarmerende et problem, "... fordi 5 kg på to år er en langsom stigning ..." (5:1). En anden mener problemet med vægtstigningen er meget stort, fordi hun tænker "at hvis der ikke bliver taget hånd om det allerede nu, så kan det være, problemet bliver så stort, at det bliver endnu sværere at løse ... og det kan blive sådan, at hun simpelthen ikke kan være fysisk aktiv, at hun ikke kan deltage i ting ..." (2:1). En tredje siger, at "... det giver bare mere arbejde til os i den anden ende, hvis ikke vi får fokus på det her, og får hende under de der grænser, der er for sukkersyge og så videre" (1:1). I det første udsagn vurderer hjemmevejlederen vignet-beboerens vægt, i forhold til hvor hurtig udviklingen er sket, og selvom hun mener det er et problem, finder hun ikke problemet alarmerende. I de to næste udsagn bygges vurderingerne på mulige konsekvenser af vægtstigningen, både i forhold til vignet-beboerens trivsel og i forhold til hjemmevejledernes arbejdsbelastning. Alle tre udsagn er baseret på fornuftmæssige overvejelser, hvor den kognitive holdningskomponent er fremtrædende. Hjemmevejlederne er altså grundlæggende enige om, at Pernilles vægt, med et BMI på 29,3, er et problem, mens de ikke er helt enige om, hvor alvorligt problemet er. Når blikket således rettes mod hjemmevejledernes holdninger til, hvornår der bør gribes ind overfor Pernilles vægt, kost- og motionsvaner og til hvad hjemmevejlederen i vignetten ideelt set bør gøre, findes en markant spredning i holdningerne. Resultaterne er opgjort i tabel 5.2. Seks hjemmevejledere (50 %) mener, at personalet har ventet for lang tid med at gribe ind, mens fire (33 %) ikke mener der er gået for lang tid. På Bosted 2 er fordelingen tre henholdsvis tre, og altså udtryk for total uenighed om, hvornår man bør gribe ind i et tilfælde som Pernilles. Dette resultat for Bosted 2 er, som en følge af at der er tale om en totaltælling, et fuldstændig pålideligt resultat, der viser at hjemmevejlederne indenfor det samme bosted, polariserer sig i spørgsmålet om, hvornår der bør gribes ind overfor vignet-beboerens stigende vægt.

Tabel 5.2 Holdninger til, hvornår man bør gribe ind (Pernille-vignetten)

Svarfordeling på spørgsmålet om hvornår personalet bør gribe ind

Mener du, personalet har ventet for lang tid med at gribe ind overfor Pernilles vægtøgning?

	Ja	Nej	Kan ikke svare	Total
Bosted 2 *	3	3	1	7
Bosted 1 og 2	6 (50 %)	4 (33 %)	2 (17 %)	12

* et svar er flyttet fra 'kan ikke svare' til 'nej', da der i tekstsvaret var angivet: 'nej, personalet har jo prøvet'

En af hjemmevejlederne, som vurderer at personalet har ventet for lang tid med at gribe ind, argumenterer for, at i det øjeblik man begynder at kunne se et mønster, som det er tilfældet med Pernille, bør der gribes ind fra personalets side. Synspunktet understøttes her: *"Selvfølgelig synes jeg de skulle have grebet ind noget tidligere, men den er bare svær, for jeg synes ikke det skulle være Pernille alene ... altså hvis de nu havde kørt efter, altså, ikke at have de der [usunde] ting ... så havde det slet ikke udviklet sig på den måde ..."* (3:4). En anden, der vurderer at der ikke er gået for lang tid, argumenterer med, at det ikke er så længe siden Pernille er flyttet ind på bostedet, og at det tager lang tid at *"komme ind under huden på dem og finde ud af hvor meget de egentlig kan holde til at man rykker med dem ... det er rigtig vigtigt, at man får opbygget den gode relation"* (1:7). Når hjemmevejlederne argumenterer for at udskyde indgreb i forhold til vignet-personens vægtstigning, som det sidste udsagn er et eksempel på, er holdningen baseret på, at man som hjemmevejleder må kende beboeren indgående, før man griber ind overfor vedkommendes vaner. Der er en form for omsorg i udsagnet, der handler om at gå varsomt frem og lade tingene tage den tid der skal til, af hensyn til beboeren. I synspunktet ses den gode relation som en forudsætning for at opnå tilsigtede resultater og dermed tillægges relationen en særlig værdi. I det modsatte synspunkt, hvor der argumenteres for at gribe tidligere ind, mener hjemmevejlederen i højere grad, at problemet skyldes nogle forhold i bostedet. Hun argumenterer for, at indgrebet kan gøres mere i det skjulte ved at sørge for, at de usunde ting ikke er tilgængelige. I udsagnet gives der ligeledes udtryk for omsorg for beboeren, ligesom der i udsagnet er en formodning om, at den tidlige indgriben kunne have forhindret den uheldige udvikling. Hjemmevejlederne har således forskellige opfattelser af årsagen til vægtstigningen, men er enige om, ud fra et ønske om at drage omsorg, at der skal gribes ind. Dermed resulterer det fælles ønske om at drage omsorg og de forskellige årsagsforklaringer, i helt modstridende vurderinger af, hvornår det rette tidspunkt for indgriben er.

Omsorg er et centralt begreb i socialt arbejde og opfattes ofte som det, der foregår i en relation (Kirkebæk 2010:142), hvilket også de følgende udsagn berører: *"... det tager bare tid at lære en person at kende og finde ud af ... altså det er rigtig vigtigt at man får opbygget en god relation ..."* (1:8). En anden siger: *"Vi ved det jo i hele vores arbejde, at relationen den bærer igennem ... og det ved man jo også selv altså ... at det er, hvordan man har det sammen med den, som man skal opnå et mål sammen med"* (5:5). I udsagnene omtales relationen som noget helt centralt i arbejdet, som noget der bygges op over tid, og har afgørende betydning for, hvordan man kan arbejde med den enkelte beboers udvikling.

Med henvisning til de forskellige holdninger til hvornår man bør gribe ind, som er diskuteret ovenfor, kan man sige at i det synspunkt der går på at gribe tidligt ind ved at gøre de usunde ting utilgængelige, er relationen ikke en nødvendig forudsætning for at gribe ind, mens synspunktet om at udsætte indgriben, ser relationen som en forudsætning for indgreb. Der er således grundlæggende enighed om, at relationen har stor værdi, men forskel på, hvor afgørende en forudsætning de mener relationen er for arbejdet med beboeres sundhed. I analysen af hjemmevejledernes opfattelse af relationens betydning findes, ud over vidensbaserede holdningskomponenter der kan sættes i forbindelse med pædagogisk viden, også antræk af affektiv holdningskomponent i udsagnet ... *"det ved man jo også selv altså"*... . Dermed vurderes relationens betydning ikke alene på baggrund af faglig viden, men også med afsæt i personlige erfaringer, hvor følelser er impliceret i at tillægge relationen stærk værdi.

Holdninger til relationens betydning og til at bruge samtalen som redskab vurderes at have stor styrke, idet de er tilbagevendende begrundelser for hjemmevejledernes valg af ideelle handlemåder. Dette uddybes i næste afsnit, hvor det drejer sig om analyse af hjemmevejledernes synspunkter i forhold til en række forskellige former for indgreb.

Mulige indgreb overfor uheldige kost- og motionsvaner

Pernille har i vignetten en konflikt med personalet om hendes kost- og motionsvaner. På spørgsmålet om, hvad hjemmevejlederne ideelt set mener, personalet bør gøre i forhold til Pernille, optræder der spredning på nogle af svarmulighederne, mens andre svarmuligheder helt er fravalgt. Svarfordelingerne er opgjort i tabel 5.3.

Hjemmevejledernes svar fordeler sig primært mellem, at ville tage en snak med Pernille for at få hende til at tage mere ansvar for sin adfærd, eller hjælpe hende med at få en tid hos egen læge, med henblik på at hun får mere forståelse for problemet. Således vælger fem, svarende til 42 %, at ville hjælpe hende med at få en tid hos lægen, tre, svarende til 25 %, ville tage en snak med hende, og to, svarende til 17 %, ville portionsanrette hendes mad. Det bemærkes, som det fremgår af nedenstående tabel, at også her har Bosted 2 en besvarelsesprocent på 100 og at holdningernes fordeling på Bosted 2 næsten svarer til fordelingen i den samlede besvarelse, hvorfor opgørelsen vurderes at være relativt pålidelig, med forbehold for den lille population der er tale om. Med totaltællingen på Bosted 2 er det et sikkert fund, at uenigheden om hvad det er ideelt at gøre i forhold til Pernilles stigende vægt og uheldige kost- og motionsvaner, findes indenfor rammerne af ét bosted og således i en samles hjemmevejledergruppe.

Tabel 5.3 Holdninger til, hvad personalet bør gøre (Pernille-vignetten)

Svarfordeling på spørgsmålet om, hvad personalet bør gøre i forhold til Pernille		
	Bosted 2	Bosted 1 og 2
Undlade at gøre noget, Pernille har selv bestemt, at hun ikke vil ændre sine vaner		
Tage en snak med Pernille, med henblik på at få hende til at tage ansvar for sin adfærd	2	3 (25 %)
Portionsanrette Pernilles mad	1	2 (17 %)
Hjælpe Pernille med at få en tid hos lægen, med henblik på at hun får mere forståelse for problemet	2	5 (42 %)
Forsøge at presse Pernille til at ændre kost- og/eller motionsvaner		
Andet*	1	1 (8 %)
Kan ikke svare	1	1 (8 %)

* Tilbyde Pernille noget sundere mad og vejlede hende i portionsstørrelsen. Tilbyde hende daglige gåture m.m.

Som det fremgår af tabel 5.3, er hjemmevejlederne helt enige om, at man ikke skal undlade at gøre noget i forhold til Pernille i vignetten, og at det heller ikke nytter at presse hende. Det sidste understøttes i et af interviewene med følgende udsagn: *"Det tror jeg, vil øhh være omsonst, jeg tror ikke det vil virke. Fordi øhh, det vigtigste er, at hun forstår det. Jeg tror ikke man kan presse vores beboere til noget som helst ..., der vil komme et modpres fra dem, og så vil der foregå noget i deres lejlighed, som ikke er så heldigt, så det synes jeg ikke."* (5:3). En anden respondent udtaler: *"...det kommer der bare noget negativt ud af, tænker jeg, altså hvis det var mig selv, så ville jeg sige for fanden da..."* (1:11), hvormed hun med afsæt i den følelsesmæssige komponent afviser muligheden for at presse Pernille til at ændre kost- og/eller motionsvaner. Det sidste udsagn ses som udtryk for hjemmevejlederens empati. I det første udsagn udtaler hjemmevejlederen sig tilsyneladende på baggrund af sine erfaringer med, at hvis man forsøger at presse beboere til at følge bestemte kostregler, reagerer de på det, ved at spise det de har lyst til, når de er i deres egen lejlighed, hvormed indsatsen ikke har den ønskede virkning. Når hjemmevejlederne mener, man ikke skal presse beboerne i forhold til kostvaner, findes der både vidensbaserede og følelsesbaserede holdningskomponenter, i det der både argumenteres ud fra arbejdsmæssig erfaring og følelsesmæssig indlevelse i den situation, at man bliver presset til noget imod ens vilje.

Hjemmevejlederne foretrækker som indgreb enten at tage en snak med Pernille, at inddrage lægen, eller at portionsanrette hendes mad. Disse forskellige former for indgreb, med varierende grad af skjult magt, diskuteres i det følgende.

Den gode relation og samtalen

Der er tre ud af 12 hjemmevejledere, der peger på, at man bør tage en snak med Pernille, med henblik på at få hende til at tage ansvar for sin adfærd, og dette begrundes af en af hjemmevejlederne med *"at det er jo altså den bedste forudsætning, at man kan få dem overbevist om, at det er jo rigtigt, at man bliver jo nødt til at gøre noget..."* (2:4). Det centrale budskab i udsagnet er, at hjemmevejlederen mener det helt ideelle er, hvis man med samtale, kan give beboeren indsigt i kost- og motionsvaners betydning og dermed kan opnå enighed om, at der er noget der skal forandres. Synspunktet ses som udtryk for et ønske om at inddrage beboeren. Et fælles afsæt, hvor hjemmevejleder og beboer kan opnå enighed om, at nogle vaner bør ændres, ses som optimalt. Dialogen som redskab og et mål om, at Pernille skal forstå problemet og selv tage ansvar, er bærende værdier i holdningen. Holdningen bygger således på en ideel forestilling om individets autonomi og selvbestemmelse, der også kommer til udtryk her: *"Det er fordi, man når de bedste resultater gennem dialogen. I hvert fald ikke ved at undgå at snakke om det"*. Udsagnet adskiller sig fra det forrige udsagn ved at lægge endnu mere vægt på samtalen. Her er det ikke alene en ideel metode, men en forudsætning for at opnå forandringer. Når der argumenteres for, at samtalen er så centralt et redskab, at det ses som forudsætning for at hjælpe Pernille til at ændre livsstilsadfærd, er det udtryk for, at hjemmevejlederne har en forestilling om, at Pernilles indsigt i egen sundhedstilstand og i konsekvenserne af den førte livsstil, er afgørende for at opnå de ønskede adfærdsændringer. En af hjemmevejlederne uddyber dette synspunkt med følgende udsagn: *"Ja, vi kan ikke bestemme over dem, det findes bare ikke. Men vi kan sige til dem, at hvis du vælger at gå ind og spise sådan og sådan, så får det de og de konsekvenser, så får du mere ondt i det og det, eller så får du problemer med dit tøj, eller du får åndedrætsbesvær, eller hvad det nu er der kommer til at plage dem"* (5:4). Denne holdning vurderes at have stor styrke, dels med sætningen *'det findes bare ikke'*, dels med det toneleje og den bestemtthed det blev sagt i interviewet. Hjemmevejlederen mener med udsagnet, at den eneste gyldige måde at påvirke beboeren på, er ved at informere om konsekvenserne af pågældendes kostvaner, og at det er op til beboeren at træffe beslutning om, hvordan og hvad vedkommende vil spise. Samtalen som interaktivt redskab peger umiddelbart på, at holdningen er udtryk for et intersubjektivt ansvar for Pernilles kost- og motionsvaner, men fordi hensigten med samtalen entydigt er, at Pernille med mere forståelse for problemet skal træffe den endelige beslutning og dermed selv skal tage ansvaret for sin adfærd, vurderer jeg at synspunktet bygger på det perspektiv, at årsagen og dermed løsningen på problemet, findes hos Pernille selv. Det vurderes således, at der i dette synspunkt, som er repræsenteret hos tre af de 12 hjemmevejledere, er tale om et dominerende individualistisk perspektiv, der tager afsæt i en sundhedsopfattelse, hvor sundhed er et

anliggende for det enkelte menneske, snarere end det perspektiv, at beboerens sundhed er et fælles anliggende.

Inddragelse af lægen som autoritet

Fem ud af 12 af hjemmevejlederne, svarende til 42 %, peger på, at det bedste indgreb i forhold til Pernille er, at hjælpe hende med at få en tid hos egen læge, hvilket begrundes med følgende: *"... hvor man hele tiden går ind og har konflikter, og hvor hun [Pernille] måske ikke selv har den der selvopfattelse af sig selv, om det så kunne hjælpe og ligesom have noget fagpersonale på, for at det ligesom var andre end personalet hele tiden"* (3:6). En anden hjemmevejleder uddyber med, at *"det er rigtig godt at have en snak med én udenfor, gerne en fagperson ... jeg tror at det er noget med at med vores borgere, der er noget autoritet i forhold til en læge eller en sygeplejerske, eller hvad det nu er, man er inde hos"* (2:4), og følgende udsagn er udtryk for samme holdning: *"Jeg har også helt bevidst taget lægen ind i det, fordi, hun [Pernille] kan også blive træt af at høre på personalet, igen igen igen. Vi har selv erfaret her, at tingene virker somme tider bedre, når en anden kommer ind i billedet, og især en læge, skråstreg sygeplejerske – diætist, fordi de har en anden autoritet i beboernes øjne end vi har"* (5:2). Synspunktet bygger blandt andet på den kendsgerning, som er beskrevet i vignetten, at Pernille ikke har fuld forståelse for sin situation og ikke fuldt ud kan overskue konsekvenserne af sine valg. Ved at inddrage lægen, der af hjemmevejlederne og muligvis også af beboerne, tillægges en særlig status som følge af dennes særlige viden om sundhed og sygdom, forventes det, at Pernille vil følge lægens råd og ændre sin adfærd. Citaterne illustrerer, at hjemmevejlederne vælger at inddrage andre fagpersoner på grund af en specifik sundhedsfaglig viden, som de ikke selv er i besiddelse af, med henblik på at påvirke beboeres sundhedsadfærd. Hjemmevejlederne forsøger at navigere i spændingsfeltet mellem beboerens ansvar og selvbestemmelse, og deres eget ønske om og ansvar for at gribe ind overfor den uheldige udvikling. De prøver med andre ord at påvirke Pernilles valg, og samtidig undgå, at der bliver tale om tvang. Med inddragelse af autoriteter sker der dog en stærk svækkelse af den værdi, hjemmevejlederne i øvrigt tillægger beboerens selvbestemmelse og derfor er det interessant, at næsten halvdelen af hjemmevejlederne repræsenterer dette synspunkt. Sondringen mellem selvbestemmelse og pligt til at hjælpe er centralt og omdiskuteret indenfor socialt arbejde. Diskussionen implicerer omsorgsbegrebet, og det forhold, at der i alle omsorgsrelationer er en asymmetri med hensyn til magt, hvilket fører til spørgsmålet om, hvad denne magt bruges til. Denne diskussion genoptages i analysen af Pia-vignetten, som bidrager med flere perspektiver

hertil. Først rettes blikket mod det synspunkt, at den ideelle handlemulighed overfor Pernille, er at portionsanrette hendes mad.

Tilgængelighed til legitime madvarer

To hjemmevejledere ud af de 12 peger på at personalet i vignetten, bør portionsanrette Pernilles mad. I dette indgreb inddrages beboeren ikke nødvendigvis ved at give sin accept. Der er i stedet tale om en form for skjult indgreb, hvor beboeren ikke har mulighed for at vælge de usunde madvarer eller en uheldig sammensætning af måltidet.

Hjemmevejlederen her bakker op om synspunktet: *"Jeg mener jo, at som udgangspunkt så burde den kost, der er i huset dér [i bostedet] ... være indenfor det hun må få, sådan at hun ikke skal have den der konflikt hver gang med personalet, altså ... der burde jo ikke være de der ting, hun ikke må få, eller ikke kan tåle eller sådan et eller andet"* (3:2).

Hjemmevejlederen argumenterer for, at i det ideelle indgreb mod Pernilles uheldige kost- og motionsvaner, er omgivelserne indrettet således, at hun skærmes mod de konflikter, der opstår som følge af, at hun ikke fuldt ud er i stand til at træffe fornuftige valg.

Tilbagevendende diskussioner og konflikter undgås, fordi hun ikke har mulighed for at vælge det hun ikke har godt af. Holdningen står helt i modsætning til synspunktet om, at samtalen med beboeren og dennes udtrykte accept af indgrebet, er eneste gyldige vej til ændring af de uheldige vaner. Der er en omsorg forbundet med at gribe ind på denne måde, både fordi de værste konflikter i daglige situationer omkring måltider elimineres, og fordi der gribes tidligt ind. Med indgrebet bliver den uheldige udvikling i høj grad hjemmevejlederens ansvar.

En af hjemmevejlederne argumenterer i interviewet imod dette synspunkt: *"Men vi har faktisk ikke lov til det, altså ifølge serviceloven, vi har ikke lov til at begrænse dem eller bestemme over dem ... men og lære hende at en tredjedel af tallerkenen det skal være grønsager, og den anden tredjedel skal være kød og den sidste tredjedel skal være noget andet, altså det er der, vi skal hen ... "* (5:3). Med reference til Lov om social service afvises muligheden for at gribe ind ved at portionsanrette Pernilles mad, samtidig med, at det tillægges stor betydning, at vignet-beboeren aktivt og selvstændigt følger sundhedsstyrelsens anbefalinger om måltidets sammensætning, enten efter en snak med hjemmevejlederen, eller ved at en læge eller diætist, med sin autoritet, har tilsidesat andre muligheder. Det særlige ved synspunktet er, at beboerens accept af indgrebet, ses som en lovfæstet ret, der dermed også er en nødvendig forudsætning for at gribe ind ved at portionsanrette. For det første bemærkes, at den accept der ses som en forudsætning, fordrer beboerens evne til at overskue konsekvenserne af egne valg. For det andet at

hjemmevejlederen argumenterer med reference til Lov om social service, hvormed beboerens selvbestemmelse bliver til en ret, snarere end en værdi. Denne opfattelse af selvbestemmelsen er et centralt fund i undersøgelsen, og den spiller en stor rolle i hjemmevejledernes uenighed om, hvordan man som hjemmevejleder ideelt griber ind overfor en beboers udvikling af overvægt og uheldige kost- og motionsvaner. Analysen af Pia-vignetten, som følger efter denne, bidrager med flere perspektiver på dette fund og jeg diskuterer derfor ikke sondringen mellem selvbestemmelse som ret eller værdi nærmere her, men vender tilbage til diskussionen senere.

I analyserne af Maries bror-vignetten og Nils-vignetten fortsættes diskussionen af hjemmevejledernes holdninger til forskellige former for indgreb, med fokus på model-indlæring og belønningsmetode, som alternative måder til at gribe ind overfor en beboers uheldige kost- og motionsvaner.

Opsamling på holdninger til Pernille-vignetten

I analysen af denne vignette er hjemmevejlederes opfattelse af overvægt, deres syn på forskellige former for indgreb overfor en beboers uheldige kost- og motionsvaner, og deres opfattelse af beboeres selvbestemmelse belyst. Undersøgelsesspørgsmålene besvares ikke fyldestgørende med afsæt i analysen af Pernille-vignetten alene, da temaerne også behandles i de øvrige vignetter.

Analysen viser, at hjemmevejlederne er enige om, at vignette-beboerens BMI på 29,3 er et problem, der bør gribes ind overfor, og at hun bør ændre kost- og motionsvaner, hvorimod der er uenighed om, hvad vignette-hjemmevejlederen ideelt set bør gøre i forhold til Pernille. I forhold til hvornår hjemmevejlederne mener, der bør gribes ind overfor vignette-beboerens vægt, kost- og motionsvaner, er der fundet total uenighed indenfor samme bosted, og samtidig er det interessant, at både fortalere for tidlig og sen indgriben, argumenterer med afsæt i et ønske om at drage omsorg for beboeren. Det har også vist sig, at hjemmevejlederne formentlig opfatter omsorgsbegrebet forskelligt, idet det for nogle hænger uadskilleligt sammen med relationen, mens det for andre er muligt at yde omsorg udenom relationen. Her har der vist sig en forskel på, om hjemmevejlederne mener, det er en forudsætning for at gribe ind, at der først er etableret en god relation med beboeren, og at pågældende beboer forstår og accepterer indgrebet, eller hjemmevejlederne mener, at man kan drage omsorg ved at gøre de usunde ting utilgængelige, og dermed ikke anser beboerens forståelse og accept, som en nødvendig forudsætning for at gribe ind. Opfattelser af omsorg, og af relationens og samtalens betydning, spiller dermed en rolle

for, hvilke former for indgreb der anses for at være legitime og der er da også fundet stor spredning i hjemmevejledernes holdninger til, hvordan man bør gribe ind overfor Pernille i vignetten. Hjemmevejledernes holdninger til disse former indgreb, skal ses i lyset af den grundlæggende enighed om, at overvægt er et problem, der bør gribes ind overfor. Hjemmevejlederne prøver altså at navigere i et vanskeligt spændingsfelt mellem at sikre beboeres selvbestemmelse og samtidig afhjælpe reelt eksisterende problemer, der fordrer ændringer i beboerens livsførelse. Det har derudover vist sig, som et centralt fund i undersøgelsen, at have betydning for valg af ideelle handlemuligheder, om beboeres selvbestemmelse opfattes som en lovfæstet ret, eller som en værdi. Dette dilemma forfølges i analysen af de øvrige vignetter.

En sidste bemærkning til Pernille-vignetten er, at uenigheden om det rette tidspunkt for indgreb også kan tænkes at være et udslag forskellige handicap- og sundhedsperspektiver. Når der argumenteres for et tidligt indgreb, der er kendetegnet ved et ønske om forebyggelse og ved at selve indgrebet kan ses som en skjult påvirkning af beboeren, er der samtidig tale om et relationelt handicapperspektiv, hvor omfanget af handicapet opstår i mødet med omgivelserne og hvor overvægten ses som et resultat af en kombination af egenskaber hos beboeren og de begrænsninger eller muligheder omgivelserne er i besiddelse af. Derimod er synspunktet om, at beboerens accept er en nødvendig og lovfæstet forudsætning, udtryk for et mere individorienteret handicapbegreb, hvor udvikling af overvægt snarere ses som en følge af beboerens eget og aktive valg af kost- og motionsvaner, hvormed også ansvaret for at bryde den uheldige udvikling primært bliver beboerens eget.

Holdninger til Pia-vignetten

Analysen af Pia-vignetten omhandler holdninger til kostpolitik og samarbejdet mellem hjemmevejledere, når det drejer sig om fastsættelse og efterlevelse af en kostpolitik, samt holdninger til hvordan man bør agere i forhold til eventuelle uenigheder i hjemmevejledergruppen. Analysen bidrager derudover til belysning af opfattelsen af selvbestemmelse og holdninger til model-indlæring.

Opfattelse af overvægt

Samtlige hjemmevejledere erklærer sig enten meget enige eller lidt enige i udsagnet om, at *'Pia bør efterleve sundhedsstyrelsens otte kostråd'*, og det kvalitative materiale bidrager med forskellige bevæggrunde for holdningen. Resultaterne viser for det første, at hjemmevejlederne på de to bosteder oplever overvægt hos beboerne som et stort

problem. For eksempel fortæller en af hjemmevejlederne: *"Vi har SÅ store problemer med det [overvægt] her ... det er lige før hun [en af beboerne] ikke kan gå – og hvad er der ved at komme med på ferie, hvis man ikke kan være med til de ting vi skal?"* (2:8). I udsagnet lægges der vægt på, at en af de store konsekvenser af overvægt er, at man forhindres i at deltage i aktiviteter sammen med de andre. Det ligger implicit i holdningen, at med overvægt frarøves man muligheden for at deltage i begivenheder, der er centrale og værdifulde for livskvaliteten, og hjemmevejlederen udtrykker sig med en indignation, der viser at den følelsesmæssige komponent spiller en rolle i holdningen. En anden hjemmevejleder understøtter dette synspunkt, idet hun siger: *"Det med at have det godt, det er noget med at have et netværk og have noget at give sig til, og så skal man ikke bare sidde der og spise..."* (4:7). Deltagelse i aktiviteter og samvær med andre tillægges stor værdi, og med udsagnets afsluttende bemærkning: *"... så skal man ikke bare sidde der og spise ..."*, er synspunktet udtryk for, at det at spise ikke er en værdi i sig selv. Budskabet bliver, at det virker krænkende at lade en beboer spise mere, end vedkommende har brug for, da det kan få fatale konsekvenser for livskvaliteten.

En hjemmevejleder fortæller om, hvilke barrierer hun oplever i forhold til at ændre praksis: *"Vi forsøgte at få de der småkager om aftenen lavet om til frugt, og ... altså det er tit slet ikke vores borgere der er problemet, det er faktisk personalegruppen"* (1:13). Hun fortæller, at hun har oplevet det samme i forbindelse med personalerokeringer, hvor der kan være store bekymringer i personalegruppen på beboernes vegne, og hvor det så viser sig, at beboere klarer forandringerne uden vanskeligheder. Hun har gjort sig den erfaring i sit arbejde, at det ofte er personalets holdninger, der kommer i vejen for nye tiltag.

Holdninger til fælles kostpolitik

Et centralt tema i Pia-vignetten er hjemmevejledernes holdninger til en fælles kostpolitik, herunder synspunkter i forhold til uenighed om hvordan den fælles kostpolitik, der er i vignet-bostedet, bør følges. Resultaterne viser, at hjemmevejlederne utvetydigt mener, at det er et problem, at der er uenighed mellem kollegerne Bodil og Susan i vignetten. Kun én ud af de 12, mener ikke uenigheden er et problem. 11 af hjemmevejlederne tilslutter sig desuden Bodils holdning i vignetten, og mener således, at det er vigtigt, at den fælles kostpolitik følges, og at man som hjemmevejleder skridter til handling, når en beboer udviser en adfærd, der vurderes at være uheldig, som her, hvor Pia spiser mere end hun tilsyneladende behøver. Den hjemmevejleder der ikke tilslutter sig Bodils holdning, har afgivet følgende tekstsvær: *"Jeg mener, en fælles kostpolitik er en for let måde at løse problemet på. Individuelle problematikker kan/bør ikke løses gennem fælles regler"*, hvormed vedkommende reelt tilslutter sig Susans holdning som den eneste. Denne

holdning indeholder det synspunkt, at indsatser bør tilrettelægges med afsæt i den enkelte beboers særlige behov og situation, og at det ikke er rimeligt, at beboere skal underlægges fælles regler, som er imod deres egne ønsker og vilje.

Når der rejses spørgsmål til, hvad henholdsvis Bodil, Susan og lederen bør gøre i forhold til uenigheden, er hjemmevejlederne på visse områder enige, på andre områder er de mere uenige. Det har vist sig, at selvom der er næsten total tilslutning til Bodils holdning i vignetten, er hjemmevejlederne ikke enige om, hvad Bodil bør gøre i forhold til uenigheden med Susan, og der viser sig ydermere en forskel mellem de to bosteder, som jeg ikke kan afvise skyldes tilfældigheder, på grund af det forholdsvis lille antal respondenter, men som dog er interessant. I den samlede besvarelse er der fem, der foretrækker, at Bodil tager det op med Susan efterfølgende, og seks der mener, hun bør tage det op på personalemøde. En enkel foretrækker, at hun tager det op med lederen. Ser man på Bosted 2, som også i denne vignet præsterer en totalbesvarelse, mener 6, at Bodil bør tage det op på personalemøde og én mener, at hun bør tage det op med Susan efterfølgende. Det betyder, at på Bosted 1 er der isoleret set fire, der mener, at Bodil bør tage det op med Susan efterfølgende og én der mener, at hun bør drøfte det med sin leder. Resultatet skal tages med det forbehold, at der er 5 ud af 14 mulige der har svaret. Der er således ingen af hjemmevejlederne fra Bosted 1, der peger på, at Bodil bør tage det op på personalemøde og det kan derfor se ud som om, de to bosteder positionerer sig ret forskelligt, i forhold til hvordan de foretrækker at håndtere uenigheder mellem kolleger. Ligeledes er det interessant, at på Bosted 2 er der et sikkert flertal, der mener, Bodil bør tage det op på personalemøde, og at lederen bør fortælle Susan, at det er uacceptabelt, at hun ikke følger aftalen om fælles kostpolitik, hvilket virker som mere konfronterende handletendenser, end de der har vist sig i Bosted 1, hvor de fleste mener Bodil skal tage det op med Susan efterfølgende, og at lederen bør fortælle Susan, at beboerne bliver forvirrede, når hun ikke følger aftalen om fælles kostpolitik. Fordelingen på to af spørgsmålene vedrørende Susan og Bodils uenighed, er illustreret i tabel 5.4.

Mulige forklaringer på disse holdningsforskelle mellem Bosted 1 og 2 kan være, at de to bosteder har udviklet forskellige faglige fokusområder eller at de har forskellige erfaringer med sådanne fælles aftaler. En hjemmevejleder der har oplevet, at det er vanskeligt at opnå enighed siger: *"... altså vi har bare ikke samme forståelse for det, og et eller andet sted, så bliver man også lidt træt af det ... hvis der altid er købt syltetøj med sukker, og man så sidder der en morgen med én der har diabetes og én der ikke har ... og vi har jo snakket om det ..."* (3:4). Det samme udtrykkes her: *"Vi har haft fokus på det her [kost] de sidste 3-4 år tror jeg, og vi har haft besøg af en diætist ... og vi har snakket. Vi har nogle beboere med diabetes og forhøjet kolesterol og jeg tænker, at det er os som personale,*

der har et ansvar for, at de her ting de passes, så godt vi nu kan ... og derfor bliver vi nødt til at have nogle helt klare principper for, hvad der bliver købt ind ... og så hjælper det jo ikke, hvis tingene de sniger sig ind alligevel" (2:3). I udsagnene virker hjemmevejlederne frustrerede over, at uenighed i hjemmevejledergruppen, har betydning for hvilke former for indsatser, der er mulige i det daglige arbejde. Det kommer til udtryk, at selvom emnet har været drøftet mange gange, og de har forsøgt at opnå enighed om nogle principper, så kommer der noget på tværs af dette.

Tabel 5.4 Holdninger til ideelle handlemuligheder i forhold til uenighed mellem kolleger (Pia-vignetten)

Svarfordeling på spørgsmål om, hvad vignetpersonerne bør gøre i forhold til den opståede uenighed mellem to kolleger om efterlevelse af kostpolitik			
Hvad bør Bodil gøre?			
	Bosted 2	Bosted 1	TOTAL
Undlade at gøre noget			
Gribe ind i situationen og forsøge at få Pia talt fra at spise mere			
Tage det op med Susan efterfølgende og forsøge at overbevise hende om, at de alle skal følge kostpolitikken	2	4	6
Drøfte det med sin leder		1	1
Tage det op på personalemøde	5		5
Selv tage sig af Pias problem når det er muligt			
Andet – hvad:			
Kan ikke svare – hvorfor:			
TOTAL	7	5	12
Hvad bør lederen gøre i forhold til Susan, når hun ikke følger aftalen om fælles kostpolitik?			
	Bosted 2	Bosted 1	TOTAL
Undlade at gøre noget			
Fortælle Susan, at det er i orden, hun står ved sin egen mening			
Fortælle Susan, at lederen tror, beboerne bliver forvirrede, når hun ikke følger aftalen om fælles kostpolitik	1	4	5
Fortælle Susan, at det er uacceptabelt, at hun ikke følger aftalen om fælles kostpolitik	6	1	7
Andet – hvad:			
Kan ikke svare – hvorfor:			
TOTAL	7	5	12

Følgende udsagn siger noget om, hvor langt hjemmevejlederne er villige til at gå, for at opnå enighed i spørgsmålet: "Vi har altså faktisk også snakket om, at næste gang vi skal

have ansat en ny en, så vil vi altså spørge ... øh, vedkommende om ... hvordan hun ser på de her ting..." (2:21), hvormed det står klart, at det kan være ganske trættende at opleve uenighed i centrale og specifikke holdningsspørgsmål, og det ser ud som om netop denne uenighed, ikke er konstruktiv i forhold til at udføre det daglige arbejde på en tilfredsstillende måde.

Krav om loyalitet

Af tabel 5.4 fremgår det, ud over de allerede beskrevne uenigheder, at der på visse områder er enighed om, hvad henholdsvis Bodil, Susan og lederen bør gøre i forhold til uenigheden mellem Susan og Bodil. Således har ingen af hjemmevejlederne valgt *'at Bodil bør undlade at gøre noget'*, den mere konfronterende mulighed *'at hun bør gribe ind i den aktuelle situation'*, og den lidt lyssky mulighed, *'at Bodil selv tager sig af Pias problem når det er muligt'*. De er dermed enige om at foretrække at få uenigheden italesat, hvilket er et fælles træk ved de svarmuligheder hjemmevejlederne har prioriteret. De kvalitative data viser, at for nogen af hjemmevejledernes vedkommende, har ønsket om italesættelse til hensigt, at uenigheden vendes til enighed. Dette synspunkt slår også delvist igennem, når de svarer på, hvad Susan ideelt set bør gøre i forhold til uenigheden med Bodil. Her fordeler hjemmevejledernes holdninger sig, med fem der mener, *'at Susan bør følge kostpolitikken, selvom hun er uenig'*; fire der mener, *'at hun bør søge mere viden om kost og motions betydning for mennesker med udviklingshandicap og derudfra finde ud af hvad hun vil gøre'*; to der mener *'hun bør tage emnet op på næste personalemøde og forsøge at overbevise de andre om, at der ikke bør være fælles kostpolitik for alle beboere'* og slutteligt én der mener, *'hun bør tage det op med sin leder'*. Flertallet af hjemmevejlederne mener altså, at Susan bør følge kostpolitikken på trods af sin uenighed, og dette synspunkt er der forskellige begrundelser for. De kvalitative data viser, at hjemmevejlederne tillægger det stor værdi, at en fælles aftale om kostpolitik overholdes af alle, også af de der måtte være uenige i indholdet. Dette synspunkt understreges af spørgeskemabesvarelsen fra den hjemmevejleder, der afviger fra flertallet i forhold til, om uenigheden mellem Bodil og Susan er et problem. Vedkommende har således peget på, at Susan bør tage uenigheden op på næste personalemøde, med henblik på at overbevise de andre om, at der ikke bør være en fælles kostpolitik, og samtidig mener, at Susan bør overholde den kostpolitik der er, selvom hun er uenig. En af hjemmevejlederne giver dog udtryk for, at hun kan se situationen fra både Susans og Bodils synsvinkel, og vedkommende siger: *"Vores 12 beboere herovre [på Bosted 1], de har jo heller ikke brug for den samme kostpolitik, for det er 12 forskellige mennesker"* (4:6), hvormed hun tillægger en individorienteret indsats værdi. I samme udsagn understreger hun, at hun ikke er i tvivl om, at hun mener Bodil har ret, og hun begrundet det med, at når der er

lavet en fælles kostpolitik, som hun forudsætter et flertal har valgt, så *"må man nok sætte sine personlige ideer og behov af derhjemme i sofaen, og så være lidt mere pædagogisk og så følge den aftale der er lavet"* (4:6). Et lignende synspunkt kommer til udtryk i dette udsagn, der drejer sig om hvad Bodil bør gøre i forhold til sin uenighed med Susan: *"Jeg synes måske ikke ligefrem, hun behøver at overbevise hende, men jeg synes hun skal prøve at forklare hende, at når der nu er en overordnet én [kostpolitik], så bliver de nødt til at følge den, indtil den skal tages op igen"* (4:8). Og en anden hjemmevejleder, der har oplevet, at en kollega ikke følger en fælles aftale: *"Jeg synes sådan set, problemet er rimelig stort ... dér synes jeg, det er rigtig vigtigt, vi har fælles fodslag"* (4:9). Der gøres således krav på loyalitet overfor fælles aftaler, og at det modsatte ligefrem forbindes med at være uprofessionel og irrationel fremgår af denne udtalelse: *"... ens egne holdninger skal man måske prøve at pakke lidt væk og så se på det med professionelle øjne, og hvad er bedst for Pia her ... og igen, vi skal også huske at forebygge, fordi, lige pludselig bliver det merarbejde til personalet, hvis der kommer andre sygdomme ind over"* (1:12). Udsagnet er udtryk for, at overholdelse af kostpolitikken både har betydning for vignet-beboeren og for hjemmevejlederen og effektiviteten i de sociale ydelser, fordi det vurderes, at efterlevelse af den fælles kostpolitik maksimerer nytten af indsatsen. En anden hjemmevejleder begrundet det samme synspunkt med, at: *"... det kan godt være man selv har en mening, men lige her, der har vi altså en fast, øhh [politik], det kunne give noget ro [hvis alle fulgte den]"* (3:8), og underbygger dermed holdningen med et ønske om en værdi om at undgå konflikter.

Hjemmevejledernes samlede krav om loyalitet overfor en fælles kostpolitik, samt holdningens styrke som følge af blandt andet kongruens mellem komponenterne tyder på, at eventuel uenighed i netop dette spørgsmål, ikke virker konstruktivt for arbejdet og samarbejdet, og at det optimale ville være, enten at komme ud over en sådan uenighed hvis den opstår i praksis, eller at der arbejdes med at håndtere sådanne uenigheder blandt hjemmevejlederne, så det sociale arbejdes muligheder ikke begrænses deraf.

Lederens ansvar i forhold til uenighed om kostpolitik

Der er ingen tvivl om, at hjemmevejlederne tildeler lederen et ansvar for at udrede den beskrevne uenighed mellem vignet-hjemmevejlederne. Således mener ingen, at lederen bør undlade at gøre noget. Der er også fuldstændig enighed om, at lederen ikke bør indkalde til ekstraordinært personalemøde, hvormed uenigheden hverken anses for at være akut eller ubetydelig. Holdninger til lederens rolle i forhold til uenigheden er opgjort i tabel 5.5. Et flertal, nærmere bestemt syv af hjemmevejlederne, peger på, at lederen bør

tage problematikken op på næste personalemøde, og fem peger på, at lederen selv bør fastlægge klare retningslinjer for, hvordan kostpolitikken skal overholdes.

Der er ingen umiddelbar forskel i fordelingen af holdningerne mellem de to bosteder. De kvantitative svar tyder således på, at hjemmevejlederne deler sig mellem at ønske en diskussion af uenigheden og at lederen træffer en beslutning og skærer igennem.

Tabel 5.5 Holdninger til hvad leder bør gøre i forhold til uenighed i personalegruppe (Pia-vignetten)

Svarfordeling på spørgsmål om, hvad lederen bør gøre i forhold til uenigheden i personalegruppen, om efterlevelse af den fælles kostpolitik			
	Bosted 2	Bosted 1	TOTAL
Undlade at gøre noget			
Tage det op på næste personalemøde	4	3	7 (58 %)
Indkalde til ekstraordinært personalemøde			
Selv fastlægge klare retningslinjer for hvordan kostpolitikken skal overholdes	3	2	5 (42 %)
Andet – hvad:			
Kan ikke svare – hvorfor:			
TOTAL	7	5	12 (100 %)

Opfattelsen af uenighedens alvor understøttes af hjemmevejledernes holdning til, hvad vignetpersonen Bodil bør gøre i forhold til sin uenighed med Susan, hvor ingen af hjemmevejlederne peger på, at hun bør gribe direkte ind i situationen og forsøge at få vignetbeboeren til ikke at spise mere og heller ikke peger på, at hun bør undlade at gøre noget.

Det er således interessant, at der er fuldstændig enighed om, at når der er en fælles kostpolitik, bør den følges af alle, og at når der opstår uenighed om, hvordan en sådan politik bør følges, er der næsten en polarisering i hjemmevejledernes forventninger til lederens rolle.

Ansvar for fastsættelse og efterlevelse af fælles kostpolitik

Hjemmevejlederne har prioriteret hvem der som de to vigtigste aktører, bør fastsætte en eventuel kostpolitik i vignet-bostedet. Nogle af svarene er usikre at gøre op i tal. For det første er der en besvarelse der bortfalder, fordi der er angivet samme aktør som både vigtigst og næstvigtigst, hvilket jeg vælger at betragte som ugyldigt svar. For det andet har fire i det ene spørgsmål og fem i det andet, enten ikke kunnet svare eller har valgt at svare med tekstbesvarelser. De har altså ikke fundet det muligt at prioritere entydigt mellem de fem svarmuligheder: Beboere i fællesskab, lederen, personalet, de pårørende, en diætist. Det skyldes formentlig, at dette spørgsmål er omfattet af så mange forhold i konteksten, at det er vanskeligt at svare klart på, hvilket antydes i tekstsvarene, hvor flere af hjemmevejlederne vægter forskellige kombinationer af aktører og for eksempel ikke ser sig i stand til at vælge, om beboere eller personale er vigtigst; eller fordi de mener det er en proces, der inddrager forskellige aktører på forskellige tidspunkter.

Følgende er hvad jeg finder relevant og sikkert at fremhæve fra besvarelserne, og som bemærkning til dette er besvarelserne på de to spørgsmål vedrørende '*vigtigste aktør*' og '*næstvigtigste aktør*' lagt sammen, og derfor er der i alt 24 svar. For forståelsen angives den procentvise fordeling i parentes. Besvarelserne viser total enighed om, at pårørende ikke er centrale i fastsættelsen af en kostpolitik (0 %) og med hensyn til at inddrage beboerne, anses de heller ikke for centrale, i det en enkel hjemmevejleder (4 %) har prioriteret '*beboerne i fællesskab*' som det næstvigtigste og en anden har med tekstsvar, angivet '*beboere og personale*' som de vigtigste. Derimod har fem hjemmevejledere (21 %) peget på lederen og syv (29 %) på en diætist som enten vigtigst eller næstvigtigst. Fire (17 %) mener personalet bør fastsætte en eventuel kostpolitik og dertil kommer ovenstående tekstsvar, der angiver '*beboere og personale*'. Der ses dermed en overvejende tilslutning til den holdning, at indholdet i en eventuel kostpolitik bør fastsættes af nogen med en form for autoritet (leder og/eller diætist), en forholdsvis ringe tendens til at tildele personalet opgaven og en næsten fraværende tendens til at anse beboere og deres pårørende som centrale aktører. I interviewene argumenteres som følger for lederens ansvar: "*Altså hvis det er noget, der er besluttet af personalegruppen, at det er sådan vi gør her, så er det som sådan personalet, der er ansvarlige, og så må der jo være en leder et eller andet sted, der skal slå i bordet engang imellem*" (2:9), hvormed lederen har det endelige ansvar for, at kostpolitikken følges. I følgende to udsagn gives udtryk for, at en diætist spiller en central rolle i udarbejdelsen af kostpolitikken: "*... ved at lave den [kostpolitikken] i samarbejde, får man mere viden om det, ved for eksempel at konsultere en diætist ...*" (2:10), og: "*... jeg ved ikke om det skal være en flertalsbeslutning eller hvad det skal være, men man må da tænke, at når vi har haft både en diætist og alt muligt inde over, så må der ligesom være nogle retningslinjer ...*" (2:14). Disse udsagn er

udtryk for, at det er personalets opgave at følge en fælles kostpolitik, men også at diætist og leder tildes et særligt ansvar som garanter for, at det der foregår er rigtigt. Diætisten kommer til at optræde som en autoritet, hvis anvisninger er rigtige og som personalet bør følge. Diætisten fremstår dermed som en aktør med særlig status, som følge af sin specifikke sundhedsfaglige viden. Lederen opfattes primært som en autoritet i forhold til at sikre, at kostpolitikken følges og som den, der kan skride til handling i tilfælde af konflikter.

Der er tegn på, at hjemmevejlederne gerne vil fritages for ansvaret for at indholdsbestemme en eventuel kostpolitik, hvilket understøttes af interviewdata. En af hjemmevejlederne siger: *"Jamen det er jo først og fremmest fordi jeg gerne vil have min ryg fri, i forhold til hvad der er rigtigt og forkert, altså jeg vil gerne vide, at jeg har opbakning til de holdninger jeg har, at jeg gør det rigtige"*. Hjemmevejlederen vil gerne undgå et personligt ansvar for beboernes kost- og motionsvaner og synspunktet understøttes i de to følgende udsagn: *"... og så har jeg det sådan, at det jo er rigtig vigtigt, at jeg gør opmærksom på, at jeg faktisk har sagt det til hende [en beboer], altså jeg prøver at dokumentere, at jeg faktisk har prøvet at skubbe hende i den rigtige retning – altså jeg har det lidt sådan, at hun skal ikke dø 10 år for tidligt, fordi jeg ikke har gjort hende opmærksom på, hvordan tingene de er"; og: "... hvis det [kostpolitikken] var på hjemmesiden, så man kunne se, at det allerede var dokumenteret, så ville det ligesom virke lidt bedre, ellers kan det godt komme til at virke lidt som om, det er ens personlige sag, man prøver at køre, og det er det jo altså ikke"* (3:10). Følelsen af personligt ansvar bliver mindre, når en fagperson med sundhedsfaglig viden er ansvarlig for at udarbejde kostpolitikken, og når hjemmevejlederne kan dele ansvaret, eksempelvis ved at kostpolitikken fremgår af hjemmesiden, samt når de tiltag man har gjort i forhold til en beboer, er dokumenteret i bostedets journaliseringssystem. Det empiriske materiale viser ikke i forhold til hvem, hjemmevejlederne har dette ønske om at have ryggen fri. Det antydes dog at kunne være i forhold til beboere, når hjemmevejlederen siger *'at hun skal ikke dø 10 år for tidligt'*, men det kan også være i forhold til et juridisk ansvar, der får hjemmevejlederen til at være grundig med at dokumentere, eller i forhold til kollegerne, når der udtrykkes ønske om opbakning.

Selvbestemmelse, ret eller værdi?

I hjemmevejledernes holdninger til kostpolitik findes overvejelser om beboeres rettigheder, ansvar og indflydelse. Talmaterialet viser, som tidligere beskrevet, at beboere ikke ses som centrale aktører i fastsættelse af en eventuel kostpolitik, hvorimod interviewmaterialet viser eksempler på holdninger der er i direkte modstrid hermed.

Eksempelvis udtaler en af hjemmevejlederne følgende: *"... i og med, det er jo dem der betaler, så det er deres mad [tryk på 'deres'] og deres ret"* (5:10). Udsagnet siges med en bestemtthed, der efterlader indtryk af, at holdningen har stor styrke. Da argumentet tidligere har været fremført, med direkte henvisning til Lov om Social Service, vurderer jeg, at også dette udsagn refererer til en juridisk ret. Men når begrebet selvbestemmelse anvendes i Lov om Social Service, er det alene i forhold til at denne kan krænkes i tilfælde af magtanvendelse. Da der her ikke er tale om magtanvendelse i denne forstand, mener jeg heller ikke, det er bestemmelserne i Lov om Social Service, der er gældende i spørgsmålet om beboeres selvbestemmelse i forhold til kost og motion. Derimod er der tale om etiske overvejelser om, hvordan man giver selvbestemmelse, forstået som en grundlæggende værdi, til et menneske der ikke fuldt ud kan overskue konsekvenserne af egne valg. Det skal her bemærkes, at denne meget interessante uoverensstemmelse mellem hjemmevejledernes italesatte værdier, som er fremkommet i interviewundersøgelsen, og deres faktiske handletendenser, som er fremkommet i spørgeskemaundersøgelsen, alene har vist sig, fordi der er anvendt en kombination af metoder. I spørgeskemaet har hjemmevejlederne haft lukkede svarmuligheder, hvormed de er blevet nødt til at afgive et klart svar og i de kvalitative interview, har de haft mulighed for at udtrykke mere generelle holdninger. Ingen af metoderne ville have kunnet generere dette skisma alene og resultatet dokumenterer et stort dilemma i arbejdet.

En af hjemmevejlederne fortæller om en oplevelse hun har haft, der kan have betydning for styrken i holdningen om selvbestemmelse som en meget stærk værdi. Under et besøg hos tandlægen med en beboer, blev hun bedt om fysisk at fastholde vedkommende: *"Det bryder jeg mig ikke om. Det gør vi ikke her. Det er jeg blevet bedt om engang hos en tandlæge og det gør jeg aldrig igen, fordi, det synes jeg ikke, der er i orden ... bagefter tænkte jeg, at det gør jeg bare aldrig mere, men det her var jo en autoritet, der sagde til mig, nu gør du det der, for så kan vi gøre det vi skal gøre ... nej, det skal man ikke gøre"* (5:9). Oplevelsen fremstår som et eksempel på, at holdninger kan påvirkes af følelsesmæssige oplevelser. Hun har her oplevet, at hun var medvirkende til at udøve tvang, hvilket hun ser som en krænkelse overfor beboeren. Oplevelsen vækker ubehag, og det er tænkeligt, at det påvirker hjemmevejlederens syn på selvbestemmelse og gør hende mere tilbageholdende med at graduere denne, på grund af det ubehag det kan medføre.

Samlet set efterlader det kvalitative materiale et indtryk af, at hjemmevejlederne tillægger selvbestemmelse en helt central værdi i det daglige arbejde. Det gælder både, når der skal laves fælles aftaler i bostedet, og i interaktionen mellem den enkelte beboer og en hjemmevejleder. Derimod deler vandene sig, når de tager stilling til, hvordan

selvbestemmelse konkret forstås og eventuelt gradueres. Et udsagn lyder sådan her: *"Godt nok siger serviceloven, at vores beboere har fuld selvbestemmelse, men når det går ud over deres sundhed og deres øh, velbefindende, deres helbred, så synes jeg jo nok, vi skal ind og ligesom guide dem lidt og prøve at få dem på et andet spor, og derfor er jeg mest enig med Bodil"* (5:9). I dette udsagn er det risikoen for adfærdens skadelige virkning på beboerens helbred og livskvalitet, der er afgørende for, hvornår hjemmevejlederen vil gribe ind overfor en uheldig adfærd, ligesom det ser ud som om, det er omfanget af denne risiko, der kan få hjemmevejlederen til at graduere beboerens selvbestemmelse og på en eller anden måde gribe ind overfor en uheldig udvikling. I følgende udsagn tales der også om balancen mellem selvbestemmelse og ønsket om eller pligten til at hjælpe: *"Her [i forhold til kost- og motionsvaner] synes jeg jo, vi har et stort ansvar altså, også fordi mange af vores borgere de er jo ikke så aktive, de har deres beskæftigelse og så er de her på bostedet og så er der jo ikke så meget mere altså, og hvis vi så synes at det kunne være rigtig hyggeligt at sidde og spise kage og drikke kaffe hele dagen, altså så går det jo galt altså"* (3:7). Udsagnet berører hjemmevejlederen holdning til model-indlæring, som diskuteres i næste afsnit, men der stilles også spørgsmål ved beboernes livsstil og evne til at træffe ansvarlige valg. Personalets påvirkning af beboeren ses som fornuftig og ansvarlig indgriben overfor handlinger der er ufornuftige og endda kan virke skadelige for beboeren. Dermed bliver selvbestemmelsen gradueret, hvilket kan ses som udtryk for en respekt for det enkelte menneskes integritet. Samtidig kan mangel på indgriben, sidestilles med et svigt eller en krænkelse. Som en teoretisk forklaring, der kan supplere dette empiriske fund, om hjemmevejledernes indignation over mangel på indgreb overfor udvikling af overvægt, kan Axel Honneths teori om anerkendelse anvendes. Honneth differentierer mellem tre anerkendelsesformer, der modsvares af tre former for disrespekt og i det perspektiv, kan mangelfuld indgriben ses som en krænkelse af den 2. anerkendelsesform, med tegn på tilsidesættelse af beboeres rettigheder i forhold til at oppebære en rimelig sundhedstilstand, der sikrer muligheden for deltagelse i meningsfulde aktiviteter. Dermed vil den situation, at en beboer 'bare sidder og spiser' uden der gribes ind, virke som en krænkelse (Honneth, Willig 2003:100f), hvorimod indgriben, eksempelvis i form af model-indlæring, ses som en anerkendelse. Sondringen mellem beboernes selvbestemmelse og pligten til eller ønsket om at hjælpe i spørgsmål om kost- og motionsvaner er et dilemma, der også udspiller sig i mange andre former for socialt arbejde. Det er et dilemma mellem selvbestemmelse og anvendelse af magt til andres bedste, som det eksempelvis udtrykkes her: *"... altså vi kører meget i det der med selv- og medbestemmelse, og jeg tænker, at her er det voksne mennesker, men alligevel så er det jo som små børn og der er bare nogen beslutninger hvor, jeg tænker, at vi skal passe på, for det kan også være grænsen til omsorgssvigt ... vi ser meget forskelligt på, om de bare skal have lov til at spise alt det, de har lyst til, og det er jo så bare ikke*

alle, der har godt af det" (1:13). Hjemmevejlederen fortæller, hvordan det har betydning for beboerne, både at hjemmevejlederne ikke er enige, og at der til tider ikke gribes ind, i det omfang hun synes det er påkrævet, og at begge dele kan have store konsekvenser for beboeres helbred og livskvalitet. I udsagnet sammenlignes beboerne med børn, med henblik på at vurdere, i hvilket omfang de magter at tage ansvar, og jeg vil mene, at hvis beboerne opfattes som børn, er det en naturlig følge, at de heller ikke forventes at tage ansvar, hvilket udsagnet da også står for. Overvejelsen om at der i udsagnet samtidig er tegn på en mulig stigmatiserende proces, italesættes ikke af hjemmevejlederen, og det er muligvis ikke med i de faglige overvejelser. Med stigma er det hjemmevejledernes definitioner af beboerne, der afgør, hvad der forventes af dem. Det skal dog understreges, at der er tale om dispositioner og at det er selve mødet mellem hjemmevejleder og beboer, der er afgørende for, om det potentielle stigma får betydning (Hviid Jacobsen, Kristiansen & Mortensen 2002:135).

Det helt centrale fund, som jeg vender tilbage til i den afsluttende del af analysen, er modstriden mellem hjemmevejledernes italesatte værdi om beboeres selvbestemmelse og deres handletendenser med tilbøjelighed til at tilsidesætte selvbestemmelsen, når en beboer udviser uheldig sundhedsadfærd. Men først ser jeg på holdningerne til model-indlæring, som én af de former for indgreb der belyses i undersøgelsen.

Hjemmevejledere som rollemodeller

Det sidste spørgsmål til Pia-vignetten, drejer sig om hjemmevejledernes holdninger til model-indlæring, og de er her blevet spurgt, om de mener, det er i orden, at der er forskel på, hvad personale og beboere må indtage på bostedet. Fordelingen taler sit eget tydelige sprog, med 11 der svarer nej, hvoraf én har afgivet følgende tekstvar: *"jeg synes personalet skal være forbilleder for beboerne, så vi for eksempel ikke sidder og spiser pizza foran dem, når vi råder dem til at spise sundt"*. Dette tekstvar har jeg konverteret til *nej*, da det er dét, jeg har ment med spørgsmålet. Én hjemmevejleder svarer ja til spørgsmålet. De kvalitative interview understøtter flertallets holdning, eksempelvis med denne udtalelse: *"Det betyder rigtig rigtig meget, altså helt vildt"*, og her: *"Altså et par af os, vi drikker ikke sodavand i weekenden, og der er nogen [af beboerne] der ikke gør det, fordi, 'nå, okay, så gør vi det heller ikke', og det er jo fedt at man kan gøre en forskel"* (4:11). Model-indlæring ses som en god og legitim metode til at påvirke beboeres adfærd og den positive oplevelse af at det lykkes, viser at den følelsesmæssige komponent spiller en rolle i holdningen. I følgende udsagn gives en forklaring på, hvorfor det vurderes at have stor betydning, at man er bevidst om sin optræden som rollemodel: *"Det synes jeg er*

vigtigt, for vi er jo et eller andet sted deres familie, vi er deres øhh, pårørende, dem de ikke har selv mere eller dem de bare ikke ser så tit, så de ser helt utrolig meget op til os og efterligner os rigtig meget, og det er både i det vi gør, det vi siger og det vi spiser og det tøj vi har på og så videre ...” (5:12) Citatet ses som udtryk for, at hjemmevejlederen er bevidst om, at personalet spiller en så vigtig rolle i beboernes liv, at de, med et centralt begreb fra Georg Herbert Mead, kan opfattes som signifikante andre for beboerne, hvormed den kognitive komponent har betydning for holdningen.

Det kvalitative materiale viser en række forhold, der har betydning for den positive holdning til model-indlæring. Derimod omtales metodens brug af indirekte magt ikke af hjemmevejlederne. Hjemmevejlederne er enige om at bevidstheden om, at man virker som rollemodel, er central i det faglige arbejde. Rollemodeller kan enten virke inspirerende på en god måde i forhold til at præsentere nye former for kost, eller det kan virke uheldigt i forhold til eksempelvis mængden af mad. Hjemmevejlederne trækker på teori om social læring, hvor et menneskes primærgruppe er central, for den kopiering af adfærd der foregår (Payne 2006:158). Når hjemmevejlederne ser sig selv som erstatning for familie og andet netværk for beboerne, kan man samtidig tale om, at de udgør beboernes primærgruppe og hvormed de får central betydning for beboernes sociale læringspotentiale. Dette understøttes af analysen af den første vignette om Pernille, hvor relationer viste sig, at have en særlig værdi i hjemmevejledernes optik.

Opsamling på holdninger til Pia-vignetten

Analysen af vignetten har afdækket og belyst holdningerne til fælles kostpolitik, til uenigheder i personalegruppen, samt synspunkter i forhold til ansvar for kost- og motionsvaner, samt i forhold til brug af model-indlæring som indgreb. Derudover er der fulgt op på analyse af hjemmevejledernes opfattelse af overvægt og selvbestemmelse fra Pernille-vignetten.

I hjemmevejledernes opfattelse af overvægt er der flere eksempler på stærke følelsesmæssige komponenter, hvor hjemmevejledere er indignerede over at opleve beboere, der er ude af stand til at deltage i værdifulde aktiviteter som følge af overvægt og relaterede helbredsproblemer. Overvægt opleves som et stort problem i bostederne, og hjemmevejlederne finder det krænkende, hvis ikke der i tide gribes ind overfor en sådan uheldig udvikling.

I forhold til holdningerne til kostpolitik, kan det konstateres, at det er langt nemmere at opnå enighed i generelle spørgsmål, eksempelvis at beboere bør følge Sundhedsstyrelsen kostråd, mens vandene nemmere deler sig i mere specifikke holdningsspørgsmål om, hvad man konkret bør gøre i givne situationer, hvor en beboer udviser uheldige kost- og motionsvaner.

Indholdet af en eventuel kostpolitik bør efter hjemmevejledernes mening, fastsættes af én med sundhedsfaglig viden og her tillægges en diætist særlig status. Det er et interessant resultat, at hverken beboere eller pårørende ses som centrale aktører i spørgsmålet, og at hjemmevejlederne gerne overlader opgaven til en person med specifik sundhedsfaglig viden.

Der er et fælles krav om loyalitet overfor en eventuel kostpolitik. Illoyalitet forbindes med ineffektivitet, fordi det giver merarbejde til personalet på længere sigt, og fordi det giver anledning til konflikter og uro i bostedet. Hjemmevejlederne mener således, at uenighed om kostpolitik har betydning for det daglige arbejdes mulige indsatser og for om hjemmevejlederne føler, de kan leve op til deres ansvar for beboeres sundhedstilstand. Resultatet hænger godt sammen med, at det også har vist sig, at hjemmevejlederne prøver at undgå et personligt ansvar for beboeres sundhedstilstand og livsstilsadfærd. Således argumenterer de på flere måder for, at ansvaret er fælles, blandt andet ved at kæmpe for at opnå enighed, og derudover ved at ville have kostpolitikken opslået på hjemmesiden og være grundige med at dokumentere deres indsatser. Det er ligeledes interessant, at når der opstår uenighed om, hvordan en eventuel kostpolitik bør efterleves, er der næsten en polarisering i hjemmevejledernes forventninger til lederens rolle og i forhold til hvordan man som kolleger bør agere i tilfælde af uenighed.

Analysen af Pia-vignetten viderefører diskussionen af selvbestemmelsen fra analysen af Pernille-vignetten, hvor det viste sig, at det har betydning for valg af ideelle indgreb, om beboeres selvbestemmelse opfattes som en lovfæstet ret eller en værdi. Spredningen i synspunkterne i dette spørgsmål eksponeres yderligere her, hvor der har vist sig, at når hjemmevejlederne navigerer i spændingsfeltet mellem selvbestemmelse og indgreb overfor reelt eksisterende sundhedsproblemer, er deres handletendenser meget forskellige. Det interessante er, at denne spredning findes indenfor rammerne af ét bosted. I det synspunkt, hvor selvbestemmelse forstås som et ret, bliver det illegitimt at gribe ind i en beboers kostvaner ved eksempelvis at portionsanrette maden. Hvis derimod selvbestemmelsen anskues som en værdi og dermed kan gradueres, og det vurderes at en beboers adfærd er sundhedsskadelig, er det muligt både at prøve at guide vedkommende, at portionsanrette maden, og gøre det usunde utilgængeligt, uden det opleves som tvang.

Slutteligt viser analysen af Pia-vignetten, at hjemmevejlederne mener, at model-indlæring er en god og effektiv metode til at påvirke beboeres sundhedsadfærd. Metoden anvendes på selvfølgelig vis, som en legitim måde at gribe ind overfor uheldige livsstilsvaner, og det findes interessant, at hjemmevejlederne ikke stiller spørgsmål ved denne form for indirekte magt, når de i øvrigt italesætter selvbestemmelsen som en ret.

Holdninger til Maries bror-vignetten

Vignetten beskriver, at en pårørende rejser kritik af, hvad der serveres til fødselsdage i bostedet, og med afsæt heri fremanalyseres og belyses holdninger til pårørendes indblanding, indflydelse og medansvar; hvornår og hvordan hjemmevejlederne mener, det er i orden at afvige fra dagligdagens kostregler og hvordan de forholder sig til spørgsmålet om ansvar i den forbindelse; samt deres holdninger til beboeres indflydelse på regler for servering ved fødselsdage.

Med de tidligere beskrevne validitetsproblemer i Maries bror-vignetten, kan analysen af de kvantitative svar alene belyse fordelingen af hjemmevejledernes generelle holdninger. Analysen af de kvalitative data kan derimod, i kraft af hjemmevejledernes tolkninger af vignetpersonen Maries bror, belyse nogle af deres internaliserede opfattelser af pårørende og dermed kan jeg nærme mig mere specifikke holdninger til pårørendes indvendinger og indflydelse på regler for servering ved fødselsdage, men ikke fremanalysere holdningernes fordeling. Derudover kan de kvalitative data give et indblik i indholdet i hjemmevejledernes holdninger, det vil sige til hvornår og hvordan de mener, det er i orden at afvige fra dagligdagens kostregler, samt hvad deres holdninger til beboeres og pårørendes indflydelse på regler ved fødselsdage er udtryk for.

Afvigelser fra hverdagens kostregler

Hvornår og hvordan er det i orden?

I vignet-bostedet vælger den enkelte beboer selv, hvad der skal serveres til fælles aftenkaffe på vedkommendes fødselsdag. De adspurgte hjemmevejledere forholder sig meget positivt til denne tradition, idet 11 tilslutter sig, at beboerne selv må vælge, hvad de vil servere til fælles aftenkaffe på deres fødselsdage. En enkel har ikke set sig i stand til at svare.

I følgende udsagn begrundet hjemmevejlederen, hvorfor hun ikke kan forstå brorens indvending mod bostedets fødselsdagstraditioner: *"... det kan jeg faktisk ikke [forstå], for hvis det kun er til fødselsdage ... de får slik og kage, og det gør mine børn også, når de har fødselsdag, og det gør de også, når de er til andres fødselsdage. Så jeg kan ikke se problemet og jeg ville heller ikke selv, som pårørende, have et problem med det. Jeg kunne forstå det, hvis det var hver evige eneste aften året rundt, så ville jeg reagere – eller hver anden aften ..."* (4:13). Hun giver udtryk for, at det er helt naturligt og selvfølgeligt, at der serveres kage og lignende til fødselsdage og hun finder begrundelse for sit synspunkt i en sammenligning af beboerne og hendes egne børn. Samtidig afviser hun forståelse for brorens indvending, ved at sætte sig i brorens sted, hvilket understreger det selvfølgelige i synspunktet. En anden hjemmevejleder gør en lignende overvejelse: *"... jeg tænker, hvad gør jeg egentlig selv, nu har jeg jo selv små børn, hvad gør jeg egentlig i forhold til mine, øhh, tænker selvfølgelig på, at der ikke skal være en hel lagkage til hver ..."* (1:16). Begge udsagn viser først og fremmest, at fødselsdage er en fuldstændig legitim anledning til at afvige fra hverdagens kostregler, og at det hører med til traditionen, at der serveres kage eller lignende. Udsagnene viser også, at det er nærliggende for hjemmevejlederne at sætte sig i beboernes situation, ved at sammenligne dem med deres egne børn, som de kender indgående. Deres argumenter baseres således på viden om udviklingspsykologi, men der er også tydelige tegn på, at den følelsesmæssige komponent spiller en rolle i holdningen. Det første udsagn, hvor pågældende hjemmevejleder ikke kan forstå brorens indvending og ikke kan se problemet, er sagt med en bestemt og selvfølgelighed, der får synspunktet til at fremstå med styrke. Der er således kongruens mellem følelsesmæssig og kognitiv komponent, i synspunktet om, at til fødselsdage bør beboerne selv bestemme hvad de ønsker at servere og at kage og lignende er en del af traditionen. Hvad hjemmevejlederne ikke ser ud til at bemærke er, at når de sammenligner beboerne med børn, kan det disponere for en stigmatiserende proces, hvor beboerne tillægges børns egenskaber og behandles som børn, med risiko for at fastholdes i et barns adfærdsmønster (Goffman 1975). Følgende udsagn er et eksempel på, hvordan holdningens værdimæssige komponent har betydning for synspunktet om, hvornår og hvordan man kan afvige fra hverdagens kostregler: *"... men der har jeg det måske lidt sådan, at når det er sådan nogen ting, så kan det da ikke gøre så meget. Altså jeg ved godt, jeg ved godt, det er den der balance, jeg synes heller ikke, det skal være så firkantet, men det kræver så bare ... at basen [dagligdagen i forhold til kostvaner] den er sådan i orden ... Det er jo også ligesom, når vi skal på sommerferie, så skulle vi da gerne kunne komme ned og få en is og sådan noget, engang i mellem, altså det kan jeg jo ikke se, der er noget problem i, hvis ellers [der] resten af året er tjek på det, eller man går [og altså motionerer] ned og får den is, så kan det da næsten gå øhh, gå lige op"* (3:11). Hjemmevejlederen forbinder fødselsdage og ferier med tidspunkter, hvor det ikke bare er i

orden at afvige fra de daglige kostregler, men hvor det er en naturlig del af begivenhederne, hvilket der primært findes værdimæssige begrundelser for. Samtidig påtager hjemmevejlederen sig ansvaret for, at der muligvis må kompenseres på andre måder, eksempelvis ved at lægge noget fysisk aktivt ind i forbindelse med situationen, eller ved at følge kostreglerne til hverdag. Det er således hjemmevejlederens viden der får hende til at vægte sunde kost- og motionsvaner, mens værdier forbundet med eksempelvis ferier og fødselsdage, legitimerer is og kage og lignende. I følgende udsagn tillægges nogle af de samme værdier synspunktet om at afvige i forbindelse med fødselsdage: *"... der er altid boller eller kage eller noget andet, og det er også okay, de er jo vokset op med det, det er jo deres kultur, at til fødselsdage skal der være noget"* (2:16). Vaner og traditioner tillægges betydning og med reference til et tidligere refereret udsagn, hvor hjemmevejlederne bruger deres egne børn som eksempler, når de skal tage stilling, er traditioner og vaner også af stor betydning i hjemmevejledernes private kultur og det er ganske selvfølgelig, at der serveres boller og lagkage eller lignende til fødselsdage.

Næste afsnit vil illustrere, at der er større spredning i holdningerne, når det drejer sig om ansvar.

Ansvar når der afviges fra hverdagens kostregler

Hjemmevejlederne gør sig en række overvejelser over mulige konsekvenser af at afvige fra daglige kostregler: *"Det kan jeg slet ikke se noget som helst forgjort [forkert] i, men det betyder jo så også bare, at vi som personale i hverdagen, skal være endnu mere påpasselige"* (2:16). Dermed understreges, at afvigelser fra kostregler øger personalets ansvar på andre tidspunkter, hvilket giver anledning til overvejelser om, hvordan man eventuelt kan begrænse omfanget af anledninger til at afvige: *"... så kunne man måske slå nogen [fødselsdage] sammen, det har vi da gjort nogen gange her i huset ..."* (1:16). Ligeledes overvejes, hvordan man som hjemmevejleder kan hjælpe en beboer i en konkret situation: *"Jamen jeg tror vi øhh (griner) allerede ved skæringen [af lagkagen] har øjnene med, fordi vi ved, det her vil kunne ske, og allerede der guider vi, siger 'ahh, prøv lige og drej kniven lidt mere til den ene side' ... så prøver vi sådan, på en lidt hvad skal man sige, hyggelig måde ... så der prøver vi nok, allerede der, og foregribe det lidt."* (5:13). Udsagnet er udtryk for det synspunkt, at det er ansvarligt at gribe ind i konkrete situationer, hvor en beboer ikke udviser, hvad der vurderes at være fornuftig adfærd, og også at det har værdi at gøre det på en måde, der ikke ødelægger den gode stemning, som samtidig forbindes med fødselsdag. Der er tale om en balancegang, der samtidig kan ses som ambivalens mellem viden om, at lagkage er usundt og en værdi om, at det er

hyggeligt at være sammen. Spørgsmålet er, hvilken komponent der får udløsende virkning på hjemmevejlederens reelle valg af handling i en lignende situation.

Følgende udsagn afspejler en anden form for balancegang, hvor hjemmevejlederen taler om, hvor vidt det er personalets ansvar, at der bliver kompenseret for afvigelser fra daglige kostregler: *"Lidt både og ikke også, altså jeg kan jo ikke, hverken sige noget til, eller gøre noget ved, at vi har en borger, der kører ned, og køber en roulade efter aftensmaden, og så spiser den om aftenen. Det kan jeg jo ikke forhindre ham i. Men jeg kan jo være med til, at det ikke er i fællesrummet det foregår. At det er en skål gulerødder der kommer på [bordet] i stedet for. Dét [i fællesrummet] kan jeg gøre noget. Og dér synes jeg personalet er forpligtet til, at have en holdning til, at det er den måde, vi prøver at gøre det på. Om han så køber roulade syv gange om ugen, det kan jeg ikke gøre noget ved"* (2:18). Udsagnet er udtryk for det synspunkt, at der er en forskydning i balancen mellem beboerens selvbestemmelse og hjemmevejlederens ønske om at hjælpe, som er afhængig af, hvor situationen udspiller sig. Sondringen understøttes i dette udsagn: *"Det er borgere i eget hjem, der er heller ikke nogen der bestemmer over mig derhjemme ..."* (1:15). Hjemmevejlederne mener, at der gælder andre regler og frihedsgrader i beboerens egen lejlighed, end ude i fællesrummet. Reglerne i lejligheden sammenlignes med hjemmevejlederens eget hjem, hvor hun har frihed til selv at bestemme, hvorimod der i fællesrummet er større muligheder for indgreb og påvirkning af sundhedsadfærden. Det er uklart, hvad udtrykket 'det er borgere i eget hjem' nøjagtigt referer til, men med den lidt klichéagtige måde hvorpå det siges, formoder jeg, det henviser til 'privatlivets fred', som både er et anerkendt juridisk og filosofisk begreb og som handler om en grundlæggende menneskelig ret til at blive ladet i fred og have ret til respekt for sit privatliv, sit familieliv og sit hjem⁸. Sådan fremgår det af Den Europæiske Menneskerettighedskonvention (1950), som i 1992 blev inkorporeret i dansk lov. Når jeg ser på synspunktet om, at egen lejlighed og fællesrum giver forskellige muligheder for indgreb på grundlag af lovgivning, og det samtidig har vist sig, at hjemmevejlederne finder det krænkende, hvis der ikke gribes ind overfor en beboer med uheldige kost- og motionsvaner, mener jeg det er endnu et centralt dilemma i arbejdet med overvægt og uheldige kost- og motionsvaner hos voksne med psykisk udviklingshandicap. Dilemmaets karakter minder om det, der fremkom i analysen af Pia-vignetten, hvor det viste sig, at selvbestemmelsen opfattes som en juridisk rettighed, fremfor som en værdi der kan diskuteres og gradueres. Der sker en overfortolkning af det lovgivningsmæssige grundlag for arbejdet, således at mulighederne for at gribe ind til beboernes bedste faktisk begrænses. Når hjemmevejlederne skal navigere i dette rum mellem beboeres selvbestemmelse og deres eget ønske om at gribe

⁸<http://www.ft.dk/Dokumenter/Publikationer/Grundloven/Min%20grundlov/Kapitel%2008%20Borgernes%20rettigheder.aspx>

ind overfor en udvikling de vurderer er uheldig og måske endda skadelig, sættes diskussionen af deres muligheder ud af kraft, fordi det synspunkt, som reelt hviler på et forkert grundlag, at lovgivningen udstikker klare retningslinjer, er blevet dominerende. Jeg vender tilbage til dette fund i specialets sidste kapitel, hvor det trækkes frem som et af undersøgelsens centrale resultater. I det følgende analyseres hjemmevejledernes holdninger til pårørendes indblanding og medindflydelse på fødselsdagstraditioner.

Pårørendes medansvar

Indblanding og indflydelse

11 ud af 12 hjemmevejledere mener ikke pårørende bør have indflydelse på, hvad der må serveres til fødselsdage på vignet-bostedet. En enkel af hjemmevejlederne har ikke kunnet svare på spørgsmålet. De deler sig til gengæld fuldstændig i spørgsmålet om, om lederen burde have lagt op til at diskutere holdningen med Maries bror, hvor seks af dem, svarende til 50 % svarer ja og de øvrige seks svarer nej. En hjemmevejleder, der synes lederen skulle have lagt op til at diskutere holdningen siger: *"Jamen hvis det er et problem for hans [brorens] pårørende [Marie], så synes jeg da det er helt okay at sætte spørgsmålstegn ved det ... at han spørger, om de har en holdning til det, så der i hvert fald kommer noget klarhed omkring det"* (2:16). Hjemmevejlederen mener, at hvis intentionen med at anfægte fødselsdagstraditionerne er at gavne Marie, er brorens indvending forståelig. I følgende udsagn mener hjemmevejlederen, at pårørende skal høres, men ikke have direkte indflydelse: *"Altså jeg synes da bestemt, de skal have noget at skulle have sagt, altså det er vel også derfor, vi har pårørenderåd, men øhh, og jeg synes bestemt de skal sige hvis der er noget, men jeg synes ikke de skal have en direkte indvirkning, altså det må være en snak hver [pårørende har] med personalet ... for det er jo immervæk os der går med dem, og de pårørende de kommer en gang om året, hvis de overhovedet kommer"* (4:13). Betoningen i dette udsagn er fast og det hele siges lidt hurtigt og bestemt, hvormed jeg tillægger den følelsesmæssige komponent betydning for holdningen. Udsagnets slutning opfatter jeg som udtryk for en erfaring med, at pårørende ikke kommer oftere på besøg, hvilket hun finder kritisabelt. Da udsagnet ikke knytter an til et konkret eksempel, ser jeg det som et generaliseret synspunkt. Med udtrykket *"det er immervæk os der går med dem"* ser jeg forbindelse til tidligere udsagn om, at hjemmevejlederne ser sig selv som erstatning for familie, og at familieband tillægges stor værdi.

Den holdning, at pårørende ikke bør have indflydelse på bostedets fødselsdagstraditioner, begrundes fra en anden vinkel i følgende to udsagn: *"... der er heller ikke nogen der bestemmer, hvad jeg skal servere hjemme ..."* (1:15) og: *"... det må de da gerne [sige hvad de mener], vi har jo sådan nogen pårørende-beboermøder, i hvert fald en-to gange*

om året, og de bliver kaldt ind, og vi har et forældreråd eller pårørenderåd, og der skal de da være velkomne til at komme med alle deres, ja hvad skal man sige, indvendinger, deres forslag og ideer, jo, alt skal kunne diskuteres ... men de skal ikke bestemme det, nej, det skal de bestemt ikke" (5:14). Det første udsagn er et eksempel på, at hjemmevejlederens indlevelse i beboerens situation har betydning for hendes holdning og i det andet udsagn findes det vigtigt at pårørende lyttes til, men at de ikke har direkte indflydelse. Med henvisning til talmaterialet, afvises det fuldstændig, at pårørende bør have indflydelse på, hvad der serveres til fødselsdage i bostedet og i de kvalitative data synes de generelle holdninger til pårørende at bygge på nogle relativt negative forventninger.

Opfattelser af pårørende og deres medansvar

I analysen af de kvalitative interview har det vist sig, at hjemmevejlederne har tolket broren i vignetten forskelligt, hvilket får betydning for deres svar. Broren var ikke tænkt som en central aktør og er derfor ikke beskrevet detaljeret, men for at besvare spørgsmålene til vignetten, har hjemmevejlederne været nødsaget til at tillægge ham egenskaber, blandt andet vedrørende hans relation til Marie og hvor ofte han besøger hende. De kvalitative data har derfor, selvom det ikke var tilsigtet, givet anledning til at belyse hjemmevejledernes generaliserede syn på pårørende, ved at forfølge nogle af deres tolkninger af broren. Den eneste oplysning om ham i vignetten er, at han er personlig og økonomisk værge for Marie. I følgende udsagn tillægges broren, at han ikke kommer særlig ofte på besøg: *"Nej, fordi jeg tænker på, man har fødselsdag én gang om året, og der har vi det sådan her, at det godt må være lidt anderledes end de andre dage. Så hvis han kun kommer til hende, på hendes fødselsdag, så tror jeg problemet er noget andet, at han burde komme noget oftere og besøge hende på hverdage, og så se hvordan det så var. Så derfor synes jeg, den er skudt lidt over målet, den, hvad skal vi sige, anklage han kommer med der, fordi, altså ligesom vi gør privat derhjemme, så er der også forskel på vores fester og vores hverdag, og det bør der altså også være her, hvor beboerne bor, så derfor ..."* (5:12). Det samme billede af pårørende findes her: *"... fordi så har de været på weekend hjemme ved mor og far, og jamen så er der jo masser af sovs til maden og så kan de jo ha levet af knækbrød hele ugen [i bostedet] og hvis de så får 4 liter sovs i weekenden [hos forældrene], så kan det jo være lige meget. Men jeg kan jo ikke styre det og jeg kan heller ikke rent moralsk gå ind og gøre mig til dommer over, hvad man gør hjemme ved mor og far ..."* (2:18). I udsagnene bygger hjemmevejledernes opfattelser af pårørende på enten forestillinger om eller erfaringer med, at pårørendes besøg er sjældne. Der gives også udtryk for, at der ikke er enighed med de pårørende i forhold der vedrører beboeres kost- og motionsvaner, men at der derimod kan være kontraindicerede forhold

der gør sig gældende, og at de indgreb der gøres i bostedet, kan opleves som spildte, når beboeren i samvær med sin familie, langt fra efterlever hvad der opfattes som sunde kost- og motionsvaner. Dermed er det heller ikke hjemmevejledernes forventning, at de pårørende tager et medansvar. Det empiriske materiale i forhold til synspunktet er forholdsvis spinkelt, og det kan ikke fremanalyseres, hvilke egenskaber hjemmevejlederne tillægger de pårørende, udover at deres besøg er sjældne. Det er dog klart, at den følelsesmæssige komponent spiller en rolle i opfattelsen af pårørende, hvilket identificeres i udsagnenes tonefald, hvormed det også virker som om holdningerne til pårørendes indblanding og medansvar er inkorporerede og stærke, samtidig med at de rummer en række negative forventninger. Pårørendes anskues således ikke, så vidt det fremgår af analysen her, som aktører man forventer, der tager et medansvar for beboeres livsstilsvaner.

Opsamling på holdninger til Maries bror-vignetten

Analysen af Maries bror-vignetten har belyst hvornår og hvordan, hjemmevejlederne finder det legitimt at afvige fra hverdagens kostregler, og hvordan de opfatter deres ansvar i den sammenhæng, samt deres syn på beboeres indflydelse på bostedets fødselsdagstraditioner. Derudover er deres opfattelse af pårørendes medansvar for og indflydelse på beboeres kost- og motionsvaner berørt, og her kan der konstateres en stærk fælles holdning om, at pårørende ikke bør have indflydelse på, hvad der serveres til fødselsdage i bostedet, og at pårørende generelt ikke kan forventes at tage et medansvar for beboeres livsstilsvaner. Resultaterne ses blandt andet som en følge af hjemmevejledernes generelt negative forventninger til pårørende.

Hjemmevejlederne giver enigt udtryk for det generelle synspunkt, at fødselsdage og ferier er legitime anledninger til at afvige fra hverdagens kostregler og det er en selvfølgelig del af holdningen, at der ved disse begivenheder serveres kage eller lignende. Holdningen implicerer følelser og virker stærk.

Hjemmevejlederne udviser en generel parathed til at tage ansvar for, at afvigelser ikke tager overhånd, og at hverdagens kostregler i øvrigt følges, med henblik på at minimere risikoen for skadelige virkninger for beboere med tendens til overvægt. Dog finder de, at muligheden for at gribe ind overfor uheldig adfærd er mindre i beboerens egen lejlighed end i fællesrummet, og i dette synspunkt refereres til lovgivningens bestemmelser om privatlivets fred. Dette fund ses som endnu et eksempel på, at hjemmevejlederne legitimerer stærke værdier, ved at opfatte dem som lovfæstede rettigheder. Reelt sker der det, at hjemmevejledernes muligheder for at diskutere og vurdere, i hvilket omfang den

enkelte beboer magter selv at tage ansvar begrænses, hvormed også mulighederne for at gribe ind overfor en udvikling de ser som uheldig, og måske endda skadelig for pågældende beboer, forringes.

Holdninger til Nils-vignetten

I Nils-vignetten drejer det sig om, hvordan hjemmevejlederne opfatter en række adfærdsændringer hos vignet-beboeren. I vignetten er Nils, der altid har været lidt svær at få i gang, blevet mere indadvendt og inaktiv den sidste tid, og hjemmevejlederne er blevet bedt om at tage stilling til, hvordan de opfatter disse adfærdsændringer, samt hvad de mener, man som hjemmevejleder bør gøre i forhold til Nils. Igen belyses opfattelser af overvægt og derudover har Nils-vignetten sat fokus på synspunkter i forhold til brug af belønningsmetode.

Spørgeskemaet til denne vignet er besvaret af 11 hjemmevejledere ud af 21 mulige, hvilket giver en svarprocent på 52. Svarene fra de to bosteders hjemmevejledere er analyseret samlet, da en opdeling ikke tilfører analysen særlige perspektiver.

Opfattelse af overvægt

Som i både Pia-vignetten og Pernille-vignetten, er der i denne vignet fokus på hjemmevejledernes opfattelse af overvægt hos en vignetbeboer, der har et psykisk udviklingshandicap og samtidig har overvægt. På spørgsmålet om hvor vidt hjemmevejlederne mener, Nils' vægt er et problem, er der fuldstændig enighed om, at et BMI på lidt mere end 34, hos den mandlige beboer Nils på 53 år, er problematisk. I interviewene har hjemmevejlederne angivet, hvad de ser som medvirkende årsager til overvægt, og der har vist sig en mangfoldighed af forklaringer. Hjemmevejledernes adfærd i bostedet ses som årsagsfaktor: *"Jeg tror faktisk det har rigtig meget med personalets berøringsangst at gøre, i forhold til de her ting [når en beboer overspiser], for jeg tror det handler om berøringsangst, og 'det er synd for dem - de skal da også have lov' ... (2:20).* I følgende udsagn gives en anden forklaring: *"Mange af dem mangler jo et seksualliv, og mange af dem mangler også relationen, en kæreste, eller hvad det nu er, det tror jeg jo nok, mange af dem kompenserer for ved at spise for meget" (5:18),* hvor synspunktet er, at trøstespisning udløses af mangel på nærvær og omsorg. Hjemmevejlederne finder også årsagsfaktorer i omgivelserne: *"... jeg synes jo også, at det er uhyggeligt, at de ikke har de samme muligheder [som mennesker uden psykisk udviklingshandicap]. De kan jo ikke bare tage ned i motionscentret og sådan noget. Vi [hjemmevejledere] har jo faktisk et meget stort ansvar, hvis man tænker på den måde" (3:17).* Den enkelte beboers handicap

angives som årsagsforklaring i følgende to udsagn: *"... det er det der med, de har så lidt motivation til selv at gøre noget. Så det kræver altså faktisk, at du tilbyder dem noget, for ellers så, så sidder de faktisk i sofaen. Det gør de her borgere i hvert fald"* (3:16). Og her: *"...livsstilssygdomme, det er en trussel for dem, fordi de ikke har de der grænser, som vi [mennesker uden handicap] måske har, eller forståelse for tingene"* (5:18). I udsagnene argumenterer hjemmevejlederne for, at på grund af beboeres begrænsede selvforståelse, er det nødvendigt, at man som hjemmevejleder tager ansvar, for det problem man ser, og det er implicit i holdningen, at man ikke kan forvente, at beboeren kan se det samme problem. Den samme holdning til hjemmevejlederes ansvar udtrykkes her: *"Lige når de gør det [seks beboere tømmer et fad med 40 boller], og man har sagt, 'der er én bolle til hver, for der skal også være plads til lagkage', og de så alligevel tager en ekstra bolle, så bliver man da lige lidt irriteret. Men når man så kender deres baggrund, så er det noget helt andet. Altså så er det jo egentlig også mig der er for dum, jeg kunne have fjernet de boller for længst"* (4:20). Det interessante ved det sidste udsagn er, at det rummer en ambivalens mellem holdningskomponenter. Den kognitive komponent spiller en rolle, når hun fortæller, at det afgørende for hendes vurdering af situationen, bliver hendes viden om pågældende beboere. Den følelsesmæssige komponent spiller dog også en rolle, i det hun *'kan blive lidt irriteret'*. Spørgsmålet er hvilket komponent der afgør hjemmevejlederens faktiske valg af handling i en konkret, lignende situation, og dermed om ansvaret for den uheldige adfærd placeres hos beboer eller hjemmevejleder. Holdningens kognitive komponent uddybes med dette: *"Jeg synes det er så vigtigt at kende deres [beboernes] baggrund. Når man arbejder med sådan nogen [mennesker med psykisk udviklingshandicap], så må man læse alle deres journaler, for eller lærer man jo ikke at forstå dem"* (4:20). Udsagnet er udtryk for det synspunkt, at viden er den vigtigste ressource, når man skal lære beboere med psykisk udviklingshandicap at kende, og at denne viden kan fungere forebyggende i forhold til faglig usikkerhed eller holdningsmæssig ambivalens.

Selvbestemmelse, ret eller værdi?

En af hjemmevejlederne fortæller om en konkret situation i det ene af de to bosteder, hvor der har været uenighed mellem hjemmevejlederne om, hvordan de skulle tage ansvar for beboeres spisevaner. Beboernes varme mad leveres fra et firma udenfor bostedet og er portionsanrettet. Det er størrelsen på disse portioner, der har givet anledning til uenigheden: *"... der stod jeg sammen med nogen af mine kollegaer og så siger de, jamen vi tager lige øhh, -altså velment- vi tager lige nogen af kartoflerne væk, fordi det er dem, der feder, de skal ikke ha så mange. Men nogen af beboerne kunne vitterlig godt spise den portion kartofler, der var beregnet til dem og nogen af dem er også mænd, store kraftige*

mænd ... men det diskuterede vi jo meget, -må vi tage de der kartofler fra dem, de har betalt for dem, det er deres mad, men det er ikke sundt for dem, det er for mange kartofler til nogen af dem, men passer til de andre, hvad må vi egentlig? Og det er da sådan nogen gode problematikker, som vi bare skal have snakket om. Fordi vi vil jo hele tiden de andres bedste ... jeg synes jo ikke vi må tage dem [kartoflerne] fra dem ... men jeg ved godt mine kolleger mener det godt, de vil hjælpe dem med ikke at spise for meget af det der stivelse, som jo øhh feder, så ..." (5:20). Eksemplet illustrerer klart, hvordan uenighed kan opstå i specifikke situationer og hvor mange perspektiver, der kan spille en rolle for valg af handling. Uenigheden fremstår som et eksemplarisk eksempel på konflikten mellem selvbestemmelse som ret og ønsket om at gribe ind overfor uheldig adfærd. Med det synspunkt, at selvbestemmelse er en ret, har hjemmevejlederne ikke mulighed for at gribe ind ved at tage kartofler fra i de portioner, der vurderes at være for store til pågældende beboer, hvorimod hvis selvbestemmelsen ses som en værdi, kan situationen vurderes med afsæt i pågældende beboers situation, og et eventuelt indgreb gradueres derefter.

Opfattelse af adfærdsændringer

I spørgeskemaet tager hjemmevejlederne stilling til, hvor alvorlige de finder Nils' adfærdsændringer. Resultaterne illustreres i tabel 5.6.

Tabel 5.6 Hjemmevejlederes opfattelser af adfærdsændringer (Nils-vignetten)

Svarfordeling på spørgsmål om, hvor enige hjemmevejlederne er i, at fire typer af adfærdsændringer er et problem				
	Typer af adfærdsændringer			
	Inaktivitet	Indadvendthed	Spiser is og chokolade dagligt	Opholder sig i lejlighed
Meget enig	10	5	8	2
Lidt enig	1	4	2	3
Lidt uenig		2	1	3
Meget uenig				1
Total	11	11	11	11

Som tidligere omtalt, finder jeg anvendelsen af besvarelsener begrænset til at vise noget tendentielt, og her ser det ud som om, hjemmevejlederne samlet set vurderer, at inaktivitet er et større problem end de øvrige typer af adfærdsændringer. Der findes også overvejende enighed om, at inaktivitet, indadvendthed og Nils' tendens til at spise mere is og chokolade end sædvanligt, er problematiske adfærdsændringer. Derimod er der en markant fordeling i deres holdninger til, at Nils opholder sig mere inde i sin egen lejlighed

end han plejer, og interviewmaterialet understøtter uenigheden om dette. En hjemmevejleder siger: *"Ja, altså et eller andet sted så tænker jeg, at den her ... sociale del af det, den synes jeg jo næsten er den værste ikke også ... det var nok den, jeg ville synes, der var mest alvorlig, og kunne være grundlaget for, at de andre ting så måske blev værre ..."* (2:18). Det samme synspunkt udtrykkes her: *"Jeg synes da bestemt, målet det må være og få ham ud af den lejlighed og ind til fællesskabet ..."* (4:17). Udsagnene er udtryk for det synspunkt, at det er en problematisk adfærd Nils udviser. Det næsten modsatte synspunkt kommer til udtryk her: *"Jeg kan godt være lidt i tvivl om det, for det er også bare det der med, at i sådan nogle bofællesskaber, der skal man ligesom være en del af det [fællesskabet], der er det ikke sådan i orden, at man også ... har brug for at være sig selv. Jeg tænker på, at han har jo været af sted hele dagen, så har man måske også brug for at være sig selv ... jeg kan også godt lide at være alene ..."* (1:17). I spørgsmålet om, hvor vidt det er problematisk at Nils opholder sig i egen lejlighed, er der således en polarisering i hjemmevejledernes synspunkter, hvilket dokumenteres med både talmateriale og interviewdata. På den ene side tolkes adfærden som et grundlæggende menneskeligt og sundt valg og på den anden side ses adfærden som et symptom på mistro og muligvis årsag til de øvrige adfærdsændringer der er beskrevet.

I spørgeskemaet har hjemmevejlederne haft mulighed for at afgive tekstsvar i forhold til, hvad de ser af konsekvenser af, samt hvad det gør ved dem, at Nils har ændret adfærd, som det er beskrevet i vignetten. Tekstsvarene viser, at hjemmevejledernes synspunkter bygger på både vidensbaserede og følelsesmæssige komponenter. Tabel 5.7 viser besvarelsene, fordelt efter holdningens komponenter, og om de relaterer sig til årsager til eller konsekvenser af Nils' adfærdsændringer.

Opgørelsen i forhold til komponenter er interessant, fordi det viser en overvejende tendens til, at der gøres brug af den vidensbaserede komponent i spørgsmål om vurdering af en beboers adfærdsændringer, men at den følelsesbaserede komponent også spiller en rolle. Opgørelsen i sig selv siger dog ikke noget om, hvornår den følelsesmæssige henholdsvis den vidensbaserede komponent motiverer handletendensen i en given situation. Det mest interessante ved opgørelsen er den variation, der er i årsagsforklaringer og hjemmevejlederne forestillinger om mulige konsekvenser af Nils' adfærdsændringer, som indbefatter både psykiske og fysiske forhold hos vignet-beboeren, social isolation, ensomhed og spørgsmålet om hjemmevejlederes ansvar for at sætte ind med forebyggelse. Opgørelsen illustrerer, at hjemmevejlederne ser en sammenhæng mellem Nils' livsstilsadfærd, vægt og livskvalitet, og de argumenterer for denne sammenhæng med reference til forskellige former for viden.

Tabel 5.7 Synspunkter vedrørende adfærdsændringer, fordelt efter holdningskomponenter (Nils-vignetten)

Opgørelse over synspunkter vedrørende Nils' adfærdsændringer, afgivet som tekstbesvarelser i spørgeskemaet		
	Følelsesbaseret holdningskomponent	Vidensbaseret holdningskomponent
Mulige årsager til Nils' adfærdsændringer	Jeg bliver bekymret og nysgerrig efter at finde ud af årsagen, så der kan handles på det Det gør mig trist, da der må ligge noget større bag, og det skal der reageres på, inden adfærden kan laves om	Jeg tænker lidt over om det er alderen eller om der ligger en depression bag Der kan være sket noget, der gør at Nils' adfærd er ændret. Tænker at vores arbejde også er at forebygge, at Nils ikke bliver mere overvægtig og får diverse sygdomme grundet hans overvægt. Han kan være syg. Bør undersøges hos lægen Stor isolation og ingen social og fysisk udfoldelse
Mulige konsekvenser af Nils' adfærdsændringer	Ærgerligt hvis han murer sig inde, bør havde en snak om motion, kondicykel m.v. Gør mig bekymret for hans psykiske tilstand	Ensomhed, ringe livskvalitet som han måske ikke selv kan bryde igen Fysiske hindringer hvis han bliver ved med at tage på, og er inaktiv. Men det kan være svært at vurdere det psykiske, da det kan være, at han bare har det bedst med at være i rum med sig selv, og når man nu bor i et bofælleskab, så er der jo mange omkring én resten af dagen Hans overvægt stiger Han bliver mere overvægtig og ensom Han isolerer sig for meget og tager på Følgesygdomme grundet overvægt Følggevirkninger af usund levevis, bliver alvorlig syg, diabetes o.l. Han vil blive mere og mere indelukket, og blive større og større

Det ser på den baggrund ud som om, der blandt hjemmevejlederne er grundlag for at opfatte overvægt hos beboere med psykisk udviklingshandicap som et socialt problem og mulighed for at arbejde helhedsorienteret med overvægt og livsstilsvaner. Diskussionen af mulighederne for helhedsorienterede indsatser vender jeg tilbage til i specialets afsluttende kapitel.

For og imod belønningsmetode

I vignetten belønner hjemmevejlederen Nils med en tur i biografen, såfremt han i to uger kan nøjes med at gå i kiosken om lørdagen, og ikke dagligt, som det aktuelt er tilfældet. Hjemmevejlederne på de to bosteder i X Kommune tilslutter sig entydigt vignettehjemmevejlederens valg af indsats og bakker således op om brug af belønningsmetode, med henblik på at ændre en beboers uheldige sundhedsadfærd. I det kvalitative materiale viser der sig nuancer i holdningen, med en vis skepsis overfor metoden. En hjemmevejleder udtaler: *"Altså jeg synes godt man kan gøre det der [belønne Nils med en biograftur], men man skal da godt nok tænke sig om, altså, fordi han har jo de samme rettigheder som alle andre mennesker, ... [men] måske ikke helt den samme forståelse for hans handlinger ... hvis han er med på den, så er det fint nok"* (3:13). En anden siger følgende om brug af belønningsmetode: *"... det synes jeg godt om, jeg bruger det jo selv ..."* (2:19). I følgende udsagn udtrykkes et forbehold overfor metoden: *"... altså jeg er ikke så vild med det der hedder noget for noget, men jeg synes egentlig det der [biograftur med Nils] er en okay ting at gøre, det synes jeg, og det er igen fordi, det er en aktivitet med en relation ..."* (5:15). Med udsagnet legitimeres metoden, såfremt der er fordele, der kan opveje det negative, som metoden grundlæggende forbindes med. Belønningsmetode, eller symboløkonomi som B. F. Skinner kaldte det, er en form for adfærdspsykologisk praksis, der bruges til at styrke ønsket adfærd, ved at man formulerer ønskede adfærdsmønstre, som her, hvor det drejer sig om at få Nils til at mindske sine besøg i kiosken. Beboeren kan, ved at efterleve den ønskede adfærd, spare op til privilegier, her i form af en attraktiv biograftur (Payne 2006:162). En anden operent læringsteknik er brug af straf eller svækkere, og i de kvalitative interview har hjemmevejlederne entydigt taget afstand fra brug af dette.

Opsamling på holdninger til Nils-vignetten

Analysen af Nils-vignetten bidrager til at besvare spørgsmål om hjemmevejledernes opfattelse af overvægt og en række adfærdsændringer hos vignettebeboeren. Derudover er deres holdninger til at anvende belønningsmetoden belyst.

For det første viser analysen af Nils-vignetten, at der blandt hjemmevejlederne er enighed om, at et BMI på lidt mere end 34, som det er tilfældet for Nils i vignetten, er problematisk. Deres opfattelser af årsager til overvægt viser en mangfoldighed af forklaringer, der både er relateret til individet, til relationen mellem beboer og hjemmevejleder, til hverdagen i bostedet og til mulighederne i omgivelserne. Det kan samtidig konstateres, at i deres opfattelser af overvægt, som det kommer til udtryk i analysen af Nils-vignetten, fungerer viden som den vigtigste ressource, og viden om

beboeres baggrund og handicap, ses som et middel til at undgå ambivalens og faglig usikkerhed.

I spørgsmålet om ansvar understøttes det tidligere fund, at der er stor enighed om, at man som hjemmevejleder har et ansvar for at gribe ind overfor beboeres uheldige kost- og motionsvaner, men derimod uenighed om, hvordan man ideelt set bør gribe ind. Det illustreres med et klart eksempel, hvor hjemmevejlederne har diskuteret, hvor vidt de må tage kartofler fra beboeres portionsanretninger, at når selvbestemmelse opfattes som en lovfæstet ret, begrænses mulighederne for at gribe ind, når det vurderes, at beboere udviser uheldig adfærd.

Med opgørelsen af hjemmevejledernes synspunkter i forhold til Nils' adfærdsændringer har der vist sig en antydning af, at hjemmevejlederne ser overvægt hos beboere som et socialt problem og de ser en sammenhæng mellem kost- og motionsvaner, vægt og livskvalitet. Derudover finder hjemmevejlederne, at uheldige motionsvaner er mere alvorlige end uheldige kostvaner, hvilket stemmer overens med et fund i Pernille-vignetten. Hjemmevejlederne er enige om, at Nils' nyopståede indadvendthed, inaktivitet og ændrede spisemønstre er alvorlige adfærdsændringer, med inaktivitet som den mest alvorlige. Derimod polariserer de sig i deres holdninger til, at Nils opholder sig mere i sin egen lejlighed end han plejer, således at det på den ene side ses som en helt naturlig adfærd, på den anden side som symptom på mistrivsel.

Slutteligt har der vist sig en overvejende enighed om, at belønningsmetode er et acceptabelt indgreb, med henblik på at opnå tilsigtede ændringer i kost- og motionsvaner, men det pointeres af hjemmevejlederne, at metoden kræver omtanke, og bevæger sig på grænsen til at krænke beboerens selvbestemmelse, når denne forstås som en ret.

Med opsamlingen på analysen af Nils-vignetten, er den empiriske analyse tilendebragt. I næste kapitel, som samtidig er specialets sidste, samles op på undersøgelsens mest centrale resultater på tværs af de fire vignetter.

Kapitel 6: KONKLUSIONER OG PERSPEKTIVER

Konklusion

Analysen af hjemmevejledernes holdninger til overvægt hos voksne med psykisk udviklingshandicap har vist en række interessante fund, som er præsenteret i det foregående kapitel, hvormed de fremstår som svar på problemformuleringen og undersøgelsesspørgsmålene. Der er naturligvis nogle af fundene, der er mere interessante og centrale end andre, ligesom der er forskel på deres betydning, for det daglige sociale arbejdes muligheder for at gribe ind overfor det alvorlige problem specialet handler om. Der er tale om, at en forholdsvis afgrænset gruppe af mennesker i vores samfund, som samtidig er i fagprofessionelles og dermed det offentliges varetægt, har en betydelig ringere sundhedstilstand end resten af befolkningen, med deraf følgende øget risiko for at udvikle livsstilsbetingede lidelser, der forbindes med forringet helbred og livskvalitet. Når det samtidig er påvist, at det er støttepersonerne i disse menneskers nærmeste omgivelser, der har størst betydning for, at de udvikler og opretholder fornuftige livsstilsvaner, er den viden undersøgelsen her har genereret interessant for socialt arbejde. Specielt på de områder hvor der opstår uenighed mellem hjemmevejledere, og denne uenighed betyder, at deres muligheder for at gribe ind overfor beboeres udvikling af overvægt og uheldige kost- og motionsvaner begrænses. I de følgende afsnit vil jeg trække de resultater frem, der for mig at se har en særlig betydning for hjemmevejledernes indsatser, og for at komme nærmere forståelsen af disse resultaters betydning for socialt arbejde, og i det hele taget for at sandsynliggøre dem, sættes de ind i en ramme af nogle af Bourdieus teorielementer. Derefter reflekteres over hjemmevejledernes muligheder for at arbejde ud fra et helhedssyn med beboeres eventuelle problemer med overvægt og uheldige kost- og motionsvaner og slutteligt perspektiverer jeg resultaterne i forhold til muligheder for faglig udvikling i bostederne og mulige områder for videre undersøgelse.

I første omgang drejer det sig om de uoverensstemmelser, der har vist sig mellem hjemmevejledernes italesatte værdier og deres handletendenser i forhold til de problemer vignetterne har omhandlet.

Uoverensstemmelser mellem værdier og handletendenser

Bourdieu's analytiske begreb om felt kan forstås som en markedsplads, hvor varer udbydes og efterspørges, og hvor værdien af det der udbydes, og dermed relationen mellem udbud og efterspørgsel, afhænger af tid og sted og således er dynamisk (Tanggaard Andersen, Timm 2010:55). Feltet er en arena, hvor der foregår konflikter, og dynamikken i feltet ligger i spændingen mellem kapitalformernes forskellige kræfter (Bourdieu, Wacquant 1996:89).

Bourdieu opererer med fire kapitalformer, hvormed han begrebsliggør menneskets ressourcer. Kapitalbegrebet er endnu et analytisk begreb, en teoretisk konstruktion, der kan bruges til at kortlægge, at mennesket har forskellige muligheder i det sociale liv, og at disse muligheder er betinget af det, der er gået forud, det vil sige familiemæssig, social og uddannelsesmæssig baggrund. Det sociale liv er således præget af nogle mønstre, hvori det enkelte menneske indgår med forskellige muligheder, der har en regulativ virkning på valg, holdninger og livsbaner (Prieur et al. 2006:87f). Men kapitalformerne er også en forenklet måde at analysere virkeligheden på. Man kan ikke indfange alle sociale forhold i en given kontekst med disse begreber, men man kan anvende dem, i konkrete empiriske undersøgelser, som her, til at belyse hvilke typer af ressourcer der tillægges særlig betydning og gør en forskel i den sociale kontekst der undersøges (Prieur et al. 2006:94). Kapital er en værdi eller en ressource, som aktøren i feltet er i besiddelse af, og kapitalens værdi, afgøres af det givne felt. Her kan kapitalbegrebet således bruges til at belyse, hvordan forskellig former for viden og erfaringer i forhold til arbejdet med beboeres sundhedstilstand, spiller en rolle i hjemmevejledernes holdninger. De kapitalformer der relevant kan inddrages her, er kulturel og symbolsk kapital. Kulturel kapital kan eksistere i forskellige tilstande. Kropsliggjort kulturel kapital er eksempelvis viden, smag og måder at tale på. Det er kategorier for opfattelse af begivenheder og situationer, og det er den enkeltes orientering mod at handle på bestemte måder. Kropsliggjort kapital findes eksempelvis i hjemmevejledernes opfattelser af overvægt og når de værdisætter bestemte fødselsdagstraditioner. Kulturel kapital i kropsliggjort tilstand er mentale og legemlige dispositioner, der reguleres gennem hele livet, men først og fremmest som et produkt af socialiseringsprocesser i familien. Den kulturelle kapital's institutionaliserede tilstand er den anerkendelse mennesket får i kraft af eksempelvis pågældendes uddannelsesmæssige baggrund (Prieur et al. 2006:89f). Symbolsk kapital kan sidestilles med anerkendelse. Det

er ikke en kapitalform ved siden af de andre, men de øvrige kapitalformer kan transformeres til symbolsk kapital, når de legitimeres som centrale værdier i et givet felt (Prieur et al. 2006:94).

Habitusbegrebet hører egentlig sammen med begreberne felt og kapital i Bourdieus univers. Habitus bygger bro mellem felt og kapital, og er en form for mekanisme, der virker disponerende for, hvor den enkelte positionerer sig i feltet, hvordan denne agerer, opfatter og handler, og herunder om strategien er at melde helt fra eller agere undergravende, eller udvise loyalitet overfor de dominerende positioner (Bourdieu, Wacquant 1996:105-6). Da jeg med den empiriske analyse har vist, at der i holdningerne ikke alene er tale om videnskomponenter, men afgjort også noget følelsesmæssigt, er det her interessant at inddrage habitus-begrebet. Det er nærliggende at antage, at både nogle af hjemmevejledernes uenigheder, deres forskellige prioriteringer og også de forhold de er enige om, vil kunne forklares med hjemmevejledernes habitus. I de spørgsmål, hvor de ikke kan opnå enighed, eksempelvis om hvordan kostpolitikken bør følges, kan det forklares med, at de grundlæggende har forskellig habitus, og at uanset beboeres åbenlyse problemer og samfundets dominerende diskurser, er de ikke i stand til at afvige fra denne. Når de til gengæld helt overordnet er enige om, at overvægt er et stort problem, er de så påvirkede af samtidens stærke sundhedsdiskurs, at deres egne habitus tilsidesættes. Dermed pointeres også, at det ikke kan forventes at opnå enighed i alle spørgsmål, hvilket jeg vender tilbage til i specialets sidste afsnit.

Med Bourdieus begreb om felt, befinder vi os her i et overordnet felt for socialt arbejde, hvor feltet for pædagogisk arbejde med voksne med psykisk udviklingshandicap kan ses som et underordnet felt. Når det i dette felt drejer sig om spørgsmål, der vedrører beboernes sundhed og livsstilsvaner, er feltet under påvirkning af felter indenfor sundhedsarbejde. Denne påvirkning må antages at være blevet større de seneste år, med den stærke sundhedsdiskurs i samfundet og med stærkere dokumentation for sammenhæng mellem livsstilsvaner og helbred. Feltet består altså ikke overvejende af homogene og stabile former for kapital. Derimod er der i sundhedsorienterede spørgsmål kampe om, hvilke kapitalformer og specifikke kapitaler, der tillægges størst værdi og på denne måde kan uenigheden i centrale spørgsmål om eksempelvis hvornår og hvordan man bør gribe ind overfor udvikling af overvægt, også begrundes teoretisk.

Nogle af de mere interessante fund i undersøgelsen er uoverensstemmelserne mellem hjemmevejledernes italesatte værdier og deres faktiske handletendenser, som opstår i spørgsmål om selvbestemmelse, beboeres indflydelse på kostpolitik og i forhold til en række mulige indgreb. I kontrast til, at selvbestemmelse tillægges så stor værdi, at den

opfattes som en lovfæstet ret, står det resultat af spørgeskemaundersøgelsen, at næsten halvdelen af hjemmevejlederne som første prioritet vælger, at inddrage lægen som autoritet for at opnå tilsigtede ændringer i en vignet-beboers kost- og motionsvaner. Generelt mener hjemmevejlederne ellers, at samtalen er den ideelle form for indgreb, fordi det sikrer beboerens forståelse og accept af indgrebet. Når dette ikke slår igennem i de specifikke holdninger, kan det ses som udtryk for, at det er den sundhedsfaglige kapital, der fungerer som den mest dominerende og modstriden kan ses som en kamp om, hvad der skal fungere som dominerende kapital i feltet. Der foregår således en kamp mellem selvbestemmelse som en grundlæggende menneskeret, og nødvendigheden af at gribe ind overfor ufornuftige og skadelige adfærdsmønstre. Når hjemmevejlederne forsøger at navigere i dette spændingsfelt, viser de empiriske resultater, at de har tendens til at vælge indgreb, hvor de kan påvirke beboerens valg. Her er de altså alligevel villige til at give afkald på selvbestemmelsen som en ret. Hvis man alene kigger på hjemmevejledernes *generelle* holdninger til selvbestemmelse, ser det ud som om sikring af beboeres selvbestemmelse fungerer som symbolsk kapital og således tillægges særlig betydning i det sociale arbejde med beboeres livsstilsvaner. Når situationer konkretiseres, som det er gjort i vignetterne, har det vist sig, at de *specifikke* holdninger til selvbestemmelse ikke længere har samme styrke, hvilket kan være et resultat af, at sundhedsfaglig viden er kommet til at positionere sig stærkere i feltet. Det ser derfor ud som om, der er en aktuel kamp mellem den enkeltes selvbestemmelse på den ene side, med ret til frit at vælge livsstil, og sunde kost- og motionsvaner, der forsøges fastholdt med en række pædagogiske indgreb på den anden side, med en tendens til at sundhedsidealet, med viden om sundhed og samtidens stærke diskurser herom, fungerer som den mest dominerende kapital. Alligevel er der grund til at så tvivl om denne tendens. Hjemmevejlederne oplever, at de beboere de har arbejdet mest med i forhold til kost- og motionsvaner, er dem der tager mest på, og at de med deres indsatser således ikke opnår de tilsigtede virkninger. Dette kan skyldes, at den sundhedsfaglige viden, og de holdninger denne viden afføder, ikke slår igennem i handlinger, men alene i handletendenserne. Det er muligt at de stærke værdier om selvbestemmelse og opfattelsen af omsorg som betinget af relationen, alligevel positionerer sig så stærkt i feltet, at det reelt bliver de former for viden, der knytter an hertil, eksempelvis samtalen som ideal, der slår igennem i hjemmevejledernes faktiske handlinger. Dermed bliver de indsatser, der har til hensigt at rette op på den uheldige sundhedsmæssige udvikling hos disse beboere, ikke virkningsfulde.

Dette fører mig videre til diskussionen af arbejdets muligheder. Hjemmevejledernes forskellige opfattelser af blandt andet selvbestemmelse, omsorg og legitime indgreb kan nemlig have betydning for deres muligheder for at arbejde helhedsorienteret med

beboernes helbred og livsstilsvaner, hvilket jeg i det følgende vil diskutere med afsæt i de empiriske resultater og med inddragelse af teori om helhedssyn.

Mulighederne for at arbejde helhedsorienteret

Kravet om at arbejde ud fra et helhedssyn i socialt arbejde hænger sammen med problemernes kompleksitet. Jens Guldager har forsøgt at præcisere, hvad et helhedssyn består i, og han hævder, at for at man kan anlægge et helhedssyn, på de sociale problemer man står overfor, bør man både inddrage niveautankegang og perspektivtankegang (Ejrnæs, Guldager 2008:140). Dermed må hjemmevejledere, i deres forståelse af beboeres eventuelle problemer med overvægt, og for at kunne belyse problemet ud fra et helhedssyn, være i stand til at se, om der findes forklaringer på andre niveauer eller ud fra andre perspektiver, end de allerede anlagte, og om disse kan bidrage til forståelsen af disse problemer. Den empiriske analyse har givet anledning til at undersøge, med hvilke forklaringstyper og på hvilke niveauer, hjemmevejlederne forstår de problemer der er skitseret i vignetterne, hvormed det kan belyses, hvordan mulighederne er for at arbejde helhedsorienteret, med de problemer der her er tale om.

Der er fundet stor spredning i hjemmevejledernes holdninger til, hvad man bør gøre i forhold til beboere med overvægt og uheldige kost- og motionsvaner og denne spredning hænger blandt andet sammen med, om selvbestemmelse opfattes som en ret eller en værdi. Et andet fund i denne sammenhæng er, at hjemmevejlederne, med reference til grundlæggende menneskerettigheder om privatlivets fred, mener deres muligheder for indgreb er mere begrænsede i beboers lejlighed end i fællesrummet. Samtidig virker deres indsatser ikke efter hensigten, og der er således noget der tyder på, at de forklaringstyper de anvender, ikke rækker til et helhedssyn. Jeg mener dog alligevel, at jeg kan dokumentere, at hjemmevejlederne trækker på en række forklaringstyper på forskellige niveauer, i deres opfattelser af blandt andet overvægt, hvilket følgende eksempler viser, og at udfordringen dermed er, at disse i højere grad bringes i spil i det daglige arbejde i bostederne.

I hjemmevejledernes opfattelser af årsager til overvægt, er der eksempler på forklaringer på individniveau, i form af manglende motivation og selvforståelse hos beboere; forklaringer på interindividuel niveau, med beboers mangel på relationer og seksualliv; og forklaringer på institutionelt eller strukturelt niveau, med ringe muligheder for at gå i motionscenter og når hjemmevejlederne oplever, at de største barrierer for forandringer er hos personalet. Deres holdninger til om overvægt er et problem, der bør gribes ind overfor, har vist sig at kunne referere til en rational choice tankegang, hvor det centrale er, at man vurderer situationer ud fra fornuftsmæssige overvejelser, der bygger på

kalkuler og nyttetænkning (Ejrnæs, Guldager 2008:53). Her er der tale om en intentionel forklaring, hvor hjemmevejlederen argumenterer med, at indsatser skal nytte både i forhold til beboerens trivsel, og i forhold til hjemmevejledernes arbejdsbelastning. Når hjemmevejlederne til gengæld italesætter samtalen som en helt central metode, og de ser et indgreb overfor overvægt forudsat af, at beboeren har forstået og accepteret dette, er der tale om forklaring på interindividuel niveau, hvor det er relationen og den gensidige forståelse, der er i centrum. Udviklingspsykologiske forklaringer, der fungerer på individniveau, anvendes når hjemmevejlederne eksempelvis sammenligner beboerne med børn, for at vurdere deres evner til selv at tage ansvar.

Såfremt denne mangfoldighed af forklaringer italesættes mellem hjemmevejlederne i bostederne og der hersker en kultur, hvor faglige spørgsmål debatteres og uenigheder bruges konstruktivt til faglig udvikling, vil jeg mene, der er grundlag for en helhedsorienteret tilgang til eventuelle problemer med overvægt hos beboere, med mulighed for at trække på forskellige perspektiver, afhængig af givne individer og situationer. Dermed mener jeg også, at kunne argumentere for, at ved at anskue selvbestemmelse som en værdi fremfor en ret, opstår muligheden for at diskutere begrebet og inddrage flere perspektiver og forklaringstyper i givne situationer. Hjemmevejlederne vil da kunne drøfte med hinanden, hvordan de skal give selvbestemmelse til den enkelte beboer i helt konkrete situationer. Når lovgivning derimod bruges til at legitimere værdier, begrænses for det første muligheden for at drøfte, hvordan man bedst hjælper den enkelte beboer, for det andet bruges lovgivningen som argument for ikke at gribe ind, hvilket er i strid med både lovgivningens intensjon og den totale enighed der er om, at overvægt er så et stort problem, at det er krænkende ikke at gribe ind. Dette er et centralt dilemma i arbejdet med beboeres helbred og livsstilsvaner, og det er naturligvis et problem, hvis en forkert opfattelse af lovgivningen, kommer til at blokere for arbejdets muligheder.

Dette fører mig nu videre til specialets sidste afsnit, hvor jeg, blandt andet ved at inddrage undersøgelsens resultater om den affektive komponents rolle i holdningerne, som var en del af min indledende erkendelsesinteresse, vil pege på både nogle oplagte områder for faglig udvikling i bostederne, men også pege på mulige kommende undersøgelser.

Perspektiver i forhold til faglig udvikling

Undersøgelsens resultater giver anledning til at pege på nogle områder for videre undersøgelse, der kunne give yderligere indsigt i holdninger til hvordan, hvorfor og hvornår man bør gribe ind overfor udvikling af overvægt hos voksne med psykisk

udviklingshandicap og uheldige kost- og motionsvaner. For det første kunne nogle af temaerne fra denne undersøgelse sagtens undersøges nærmere. Her tænker jeg på holdninger til mulige indgreb, hvor flere vignetter, med spørgsmål til de samme former for indgreb, kunne bidrage med mere reliable og dermed valide resultater. Det samme gælder spørgsmålet om ansvar, hvor det står ubesvaret, hvorfor hjemmevejlederne helst frasiger sig et personligt ansvar og gerne 'vil have deres ryg fri'. En horisontal vignetundersøgelse af, hvilke egenskaber hos beboere og pårørende, der aktiverer hvilke opfattelser, vurderinger og holdninger hos hjemmevejlederne, kunne bidrage med helt andre og meget interessante perspektiver, ligesom en undersøgelse lignende denne, men gennemført i en større population, ville give mulighed for at påvise sammenhænge mellem holdninger og egenskaber hos hjemmevejlederne. Når det er sagt, så mener jeg dog, at resultaterne af denne undersøgelse i sig selv er så interessante, at de udmærket kan danne grundlag for faglig udvikling med fokus på holdninger til overvægt hos voksne med psykisk udviklingshandicap i andre bosteder, med henblik på at forbedre hjemmevejledernes muligheder for at gribe ind på værdig og anerkendende vis.

Flere resultater fra den empiriske analyse giver anledning til at pege på relevante områder for faglig udvikling. Hvad jeg først og fremmest vil trække frem, er dog overvejelser om følelsernes betydning i holdningerne, som spiller en særlig rolle, hvis man på et tidspunkt ønsker at ændre holdninger og finder det nødvendigt, af hensyn til arbejdets muligheder, at opnå enighed. Når følelser indgår i holdninger, kan de være vanskelige at ændre, fordi de er inkorporerede og måske endda indgår i den enkeltes habitus. Dermed er der mulighed for, at både stærke holdninger og ambivalens bevares (Olsen 2008). Det er eksempelvis et klart resultat af undersøgelsen, at uenigheden om hvordan en fælles kostpolitik bør følges, virker som en barriere for hjemmevejledernes arbejde med beboernes sundhedstilstand, og at uenigheden heller ikke virker konstruktiv for samarbejdet. Samtidig har det vist sig, at der er stærke følelser forbundet med synspunkterne. Et andet eksempel, hvor følelseskomponenten spiller en rolle i holdningen, og hvor der til gengæld er fundet total enighed, er det synspunkt, at fødselsdage og ferier er legitime anledninger til at afvige fra hverdagens kostregler, og at det er ganske selvfølgeligt, at der ved disse lejligheder serveres kage og lignende. Tilmed refererer hjemmevejlederne til, at det er en tradition, som også følges i deres egne familier, hvormed det er nærliggende at opfatte synspunktet som noget fælles habituel. Med denne sandsynliggørelse af, at der er tale om helt grundlæggende personlige forhold, kan man ikke nødvendigvis forvente at opnå enighed eller ændre holdninger.

I forlængelse af forrige afsnit, hvor hjemmevejledernes muligheder for at arbejde helhedsorienteret med problemer vedrørende beboeres udvikling af overvægt og uheldige

kost- og motionsvaner er diskuteret, og i forhold til de resultater der viser en divergens mellem italesatte værdier og faktiske handletendenser, er der et oplagt potentiale for faglig udvikling ved at inddrage vignetmetoden i bostederne. Udover at være en metode der egner sig til at undersøge holdninger, kan metoden bruges som model for faglig udvikling, specielt når der, som her, er tale om specifikke holdningers betydning for fagligheden og arbejdets muligheder (Ejrnæs, Monrad 2012:231f). Fremfor at arbejde med hjemmevejledernes generelle holdninger til eksempelvis pårørendes medindflydelse eller kostpolitik, hvor målet er at opnå enighed, kan det anbefales at skabe rum for faglige refleksioner over velkendte, specifikke og praktiske problemstillinger, på nogle af de områder hvor der er påvist uenighed. Diskussioner der tager afsæt i vignetter indeholdende beskrivelser af situationer der rejser spørgsmål om beboeres selvbestemmelse, om hvordan man drager omsorg i konkrete situationer, og om muligheder for forskellige indgreb, vil efter min vurdering kunne være givende for hjemmevejledernes faglige udvikling. De latente uenigheder i hjemmevejledergruppen, vil således fungere som konstruktive afsæt, for diskussioner af de handletendenser vignetterne aktiverer, hvilket vil styrke de faglige refleksioner over holdningernes betydning for arbejdet med beboeres muligheder for at få og opretholde en sund livsstil.

Litteratur

- Andersen, S.A. 2007: *Kritisk realisme som perspektiv i socialt arbejde: en introduktion og forskningsoversigt: arbejdsnotat*, Den Sociale Højskole i Aarhus, Århus.
- Bourdieu, P. & Wacquant, L.J.D. 1996: *Refleksiv sociologi: mål og midler*, 1. opgave edn, Hans Reitzel, Kbh.
- Creswell, J.W. & Plano Clark, V.L. 2011: *Designing and conducting mixed methods research*, 2. ed. edn, SAGE Publications, Thousand Oaks.
- Center for Oligofrenipsykiatri 2009: *Højde og vægt hos et repræsentativt udvalg af personer med udviklingshæmning*. Århus Universitetshospital, Risskov
- Ejrnæs, Morten og Monrad, Merete: *Enighed, uenighed og udvikling, pædagogisk faglighed i daginstitutioner*. BUPL oktober 2010 [http://www.bupl.dk/iwfile/BALG-89ZB4J/\\$file/Enighed_uenig_udvik_Rapport.pdf](http://www.bupl.dk/iwfile/BALG-89ZB4J/$file/Enighed_uenig_udvik_Rapport.pdf)
- Ejrnæs, M. & Guldager, J. 2008: *Helhedssyn og forklaring: i sociologi, socialt, sundhedsfagligt og pædagogisk arbejde*, 1. udgave edn, Akademisk Forlag, Kbh.
- Ejrnæs, M. & Monrad, M. 2012: *Vignetmetoden: sociologisk metode og redskab til faglig udvikling*, 1. udgave edn, Akademisk Forlag, Kbh.
- Emerson, E., 2005: *Underweighth, obesity and exercise among adult with intellectual disabilities in supports accommodation in Northern England*. Journal of Intellectual Disability Research, vol 49 (2), pp 134-143.
- Goffman, E. 1975, *Stigma: om afvigerens sociale identitet*, Gyldendal.
- Hansen, E.J. & Hjorth Andersen, B. 2009: *Et sociologisk værktøj: introduktion til den kvantitative metode*, 2. udgave edn, Hans Reitzel, Kbh.
- Honneth, A. & Willig, R. 2003: *Behovet for anerkendelse: en tekstsamling*, 1. udgave edn, Hans Reitzel, Kbh.
- Hove, Oddbjorn, 2004: *Weight survey on adult persons with mental retardation living in the community*. Research in developmental disabilities [0891-4222] vol.:25 iss:1 s.:9-17.
- Hutzler, Y. & Korensky, O.: *Motivational correlates of physical activity in persons with an intellectual disability: a systematic literature review*. Journal of Disability Research. VOL 54 (9), pp 767-786, september 2010
- Hviid Jacobsen, M., Kristiansen, S. & Mortensen, N. 2002, *Erving Goffman: sociologien om det elementære livs sociale former*, Hans Reitzel, Kbh.
- Iversen, Lars: *Sundhedsfremme og social ulighed*, i: Koch, L. & Vallgård, S. 2006: *Forskel og lighed i sundhed og sygdom: udfordringer, eksempler, perspektiver*, 1. udgave edn, Munksgaard Danmark, Kbh.
- Juul Jensen, U. 2008: *Sundhedsbegreber, selvansvarlighed og stat*, KvaN, vol. 28, no. 80, pp. 7-26.

- Kirkebæk, B. 2010: *Almagt og afmagt: specialpædagogikkens holdninger, handlinger og dilemmaer*, 1. udgave edn, Akademisk Forlag, Kbh.
- Koch, L. & Vallgård, S. 2006: *Forskel og lighed i sundhed og sygdom: udfordringer, eksempler, perspektiver*, 1. udgave edn, Munksgaard Danmark, Kbh.
- Kvale, S. 1997: *Interview: en introduktion til det kvalitative forskningsinterview*, 1. udgave edn, Hans Reitzel, Kbh.
- Larsen, Finn Brejnholt; Ankerstjerne, Pia Vedel og Poulsen, Stine: *Hvordan har du det?* 2010. Sundhedsprofil for region og kommuner. Region Midtjylland
- Madsen, B. 1999: *Tæt på relationen: betydningsdannelse i pædagogisk arbejde*, 1. udgave edn, Gyldendal, [Kbh.].
- Mahy, J., Shields, N., Taylor, N.F. & Dodd, K.J. 2010: *Identifying facilitators and barriers to physical activity for adults with Down syndrome*. Journal of Intellectual Disability Research, vol. 54 part 9, pp. 795–805.
- Olsen, H. 2008: *Holder holdninger?: holdningsbegreber og holdningsmålinger*, 1. udgave edn, Akademisk, Kbh.
- Olsen, H. 2006: *Guide til gode spørgeskemaer*, Socialforskningsinstituttet, Kbh.
- Olsen, H. 2000: *Holdninger til handicappede: en surveyundersøgelse af generelle og specifikke holdninger*, Socialforskningsinstituttet, København.
- Oltedal, S. & Hutchinson, G.S. 2006: *Modeller i socialt arbejde*, 2. udgave edn, Hans Reitzel, Kbh.
- Payne, M. 2006: *Teorier i socialt arbejde*, 1. udgave edn, Hans Reitzel, Kbh.
- Prieur, A., Sestoft, C., Esmark, K. & Rosenlund, L. 2006: *Pierre Bourdieu: en introduktion*, 1. udgave edn, Hans Reitzel, Kbh.
- Reichard, Amanda & Stolzle, Hayley: *Diabetes Among Adults With Cognitive Limitations Compared to Individuals With No Cognitive Disabilities*. Intellectual and Developmental Disabilities, vol 49 (3), pp 141-154, juni 2011
- Rimmer, J. H.; Yamaki, K.; Lowry, B. M. Davis; Wang, E. & Vogel, L. C.: *Obesity and obesity-related secondary conditions in adolescents with intellectual/developmental disabilities*. Journal of Intellectual Disability Research. September 2010
- Robertson, J., Emerson, E., Gregory, N., Hatton, C., Turner, S., Kessissoglou, S. & Hallam, A. 2000: *Lifestyle related risk factors for poor health in residential settings for people with intellectual disabilities*. Research in developmental disabilities, vol. 21, no. 6, pp. 469-486.
- Schiøler, G. & Dahl, T. 2003: *ICF - international klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand*, 1. udgave edn, Munksgaard Danmark, [Kbh.].
- Stevnshøj, Henriette: *Mangel på register over udviklingshæmmede hæmmer viden og udvikling*. VIPU Viden, 11. årgang, 4/2009

Tanggaard Andersen, P. & Timm, H.U. 2010: *Sundhedssociologi: en grundbog*, 1. udgave
edn, Hans Reitzel, Kbh.

Tønnesen, H. 2005: *Terminologi: forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed*, Version
1 edn, Sundhedsstyrelsen, Kbh.

World Health Organization 2000: *Obesity: preventing and managing the global epidemic:
report of a WHO consultation*, WHO, Geneva.

World Health Organization 1998: *Obesity: preventing and managing the global epidemic:
report of a WHO consultation on obesity: Geneva, 3-5 June 1997*, World Health
Organization, Geneva.

Abstract

The purpose of this thesis is to identify social worker's attitudes upon overweight among adults with intellectual disabilities, and to investigate the content of these attitudes. The starting point is a documentation of the fact, that adults with intellectual disabilities in Denmark, compared to the rest of the population, far more frequently have lifestyle-related diseases, and that they far more frequently suffer from overweight and obesity. It is also documented how lifestyle habits, such as food- and exercise habits, have a profound influence on the individual's health and quality of life, and an Australian study documents, that the factors which are conducive in terms of participating in physical activities among these people, involves the support people they are related to in their environments. Therefore, the focus in the study is directed towards these support people and their approach to the work that deals with the lifestyle-related health condition among adults with intellectual disabilities, since this affects these people's possibilities of gaining and maintaining a healthy lifestyle.

The problem statement reads:

Which attitudes do social workers, who work at residences for adults with intellectual disabilities, have towards issues that concerns overweight among the residents?

What does the content of the attitudes mean for the social worker's assessments of when, how and why one should intervene towards a resident suffering from overweight and unfortunate food- and exercise habits?

The study is made as a vertical vignette investigation in a mixed methods strategy, and is initiated with a survey, followed by five qualitative individual interviews. Quantitative and qualitative collection of data is structured around four different vignettes, that rise questions about attitudes towards overweight, diet policy, different types of interventions, self-determination and responsibility. Two residences in a medium-sized municipality form the frame of the study.

The results of the study first of all show how social workers agree, that overweight is a serious issue, which affects the individual's possibilities of participating in valuable activities, with the consequence being a reduced quality of life. Furthermore they agree that an intervening against the problem is necessary. On the other hand they disagree on when and how to intervene, and there has been discrepancies between the social worker's verbalized values and their actual dispositions of acting. This concerns questions about how to perceive the residents' self-determination, and how you as a social worker navigate in the field of tension between self-determination as a fundamental human right, and the necessity of taking action against irrational and harmful patterns of behavior. The study also shows, that self-determination, erroneously, is perceived as a statutory right, which has limited working possibilities and a pressure on the holistic approach as consequences.

With Bourdieu's theories about field, habitus and capital, it is made plausible, that there is a battle going on between the right to choose freely on one side, and healthy food- and exercise habits, which are attempted to be maintained with a number of pedagogical interventions, on the other side.

Eventually the results are put in perspective with the possibilities of professional development in the residences, for the purpose of coping with complex issues with the residents' overweight and unfortunate food- and exercise habits.