

# EN NY KONSTRUKTION AF SOCIALPÆDAGOGIKKEN

En undersøgelse af nyuddannede socialpædagogers oplevelse, med det at skulle håndtere sundhedsfaglige opgaver i den socialpædagogiske praksis samt deres oplevede fagidentitet.

**Udarbejdet af: Louise Smith Jensen 20060503**

**Specialet er skrevet under: Studieordningen for kandidatuddannelsen Læring og forandringsprocesser, 2017  
Institut for Kultur og Læring  
Aalborg Universitet**

**Vejleder: Lars Bang Jensen**

**Anslag specialrapport: 140.319**

**Anslag artikel: 11.975**

**Samlet antal anslag: 152.294**

## Indhold

|   |    |
|---|----|
| Abstract .....  | 4  |
| Forord .....  | 4  |
| Læsevejledning .....  | 6  |
| Indledning .....  | 7  |
| Socialpædagogikken .....  | 8  |
| Viden .....   | 8  |
| Metoder .....   | 9  |
| Værdier .....   | 9  |
| SL's definition af den socialpædagogiske kernefaglighed .....             | 9  |
| Den socialpædagogiske uddannelses indhold .....                           | 11 |
| Uddannelsens indhold .....  | 11 |
| Social- og special pædagogik .....  | 12 |
| Styrelsen for patientsikkerhed .....                                      | 12 |
| Mit forhold til den socialpædagogiske praksis .....                       | 13 |
| Problemformulering .....  | 15 |
| Operationaliseringsspørgsmål .....  | 15 |
| Afgrænsning .....   | 16 |
| Begrebsafklaring .....  | 16 |
| Identitet .....   | 16 |
| Sundhedsfaglige opgaver .....   | 17 |
| Diskurs .....   | 17 |
| Videnskabsteoretisk ståsted .....   | 18 |
| Social konstruktion .....   | 19 |
| Sprogets betydning for socialkonstruktionismen .....                      | 21 |
| Specialets problemstilling i et socialkonstruktionistisk perspektiv ..... | 21 |
| Socialkonstruktionismen i et kritisk perspektiv .....                     | 22 |
| Metode .....  | 23 |
| Socialkonstruktionismens betydning for metodisk tilgang .....             | 23 |
| At skabe kontakt til felten .....   | 25 |
| Forberedelse til interview .....  | 25 |
| Interviewguidens funktion i det semistrukturerede interview .....         | 25 |
| Det kvalitative interview .....   | 26 |

|  |           |
|--|-----------|
| Iscenesættelse af interview .....                      | 27        |
| Transskription.....                                    | 27        |
| Interviewanalyse som teoretisk læsning.....            | 28        |
| Etiske overvejelser .....                              | 29        |
| Overvejelser over teorivalg .....                      | 29        |
| Praksisfællesskaber .....                              | 30        |
| Praksis .....  | 31        |
| Mening.....  | 31        |
| Meningsforhandling .....                               | 32        |
| Deltagelse og tingsliggørelse.....                     | 32        |
| Fællesskab .....                                       | 33        |
| Gensidigt engagement .....                             | 33        |
| Fælles virksomhed .....                                | 33        |
| Fælles repertoire .....                                | 34        |
| Praksiskonstellationer, diskurser og stile .....       | 34        |
| Identitet.....   | 35        |
| Identitet og læring i praksis .....                    | 36        |
| Et socialkonstruktionistisk perspektiv på Wenger ..... | 36        |
| Analyse.....   | 37        |
| Analyse del 1 .....                                    | 37        |
| Delkonklusion .....                                    | 40        |
| Analyse del 2.....                                     | 41        |
| Delkonklusion .....                                    | 44        |
| Analyse del 3 .....                                    | 45        |
| Delkonklusion .....                                    | 46        |
| Analyse del 4.....                                     | 46        |
| Delkonklusion .....                                    | 50        |
| Diskussion.....  | 50        |
| Konklusion.....  | 52        |
| Perspektivering.....                                   | 54        |
| Litteraturliste.....                                   | 55        |
| Artikler .....   | 57        |
| Websider.....  | 57        |
| <b>Artikel .....</b>                                   | <b>58</b> |

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Konstruktion af en hybriduddannelse.....</b>                              | <b>58</b> |
| <b>Abstract.....</b>   | <b>58</b> |
| <b>Den socialpædagogiske praksis i dag.....</b>                              | <b>59</b> |
| <b>Men hvad er de nødvendige kompetencer?.....</b>                           | <b>59</b> |
| <b>Kan der ikke bare ansættes flere Social- og sundhedsassistenter?.....</b> | <b>61</b> |
| <b>Konstruktion af en ny socialpædagogisk uddannelse .....</b>               | <b>62</b> |
| <b>Litteratur .....</b>  | <b>63</b> |

## Abstract

In 2017, the Danish Agency for Patient Safety started tightening supervision of social pedagogical housing offers. The tightened supervision showed that several social pedagogical offers had problems in relation to medication management. This master's thesis examines how newly qualified social educators experience the encounter with the social pedagogical practice, seen in the light of their lack of competencies within the health professional area. The theoretical angle of the thesis is based on Etienne Wenger's theory of communities of practice, which contributes with a social learning theory and several concepts that makes it possible to understand and view these processes that are at stake among people in communities of practice. What becomes clear from this perspective is that the composition of the professional groups are important for which discourse becomes dominant and with which the participants create and negotiate meaning in practice. It also shows how the newly formed social educators' professional identity formation moves in a direction where it is necessary for the educators to see themselves as a professional who must also handle health professional tasks, even though these competencies are not part of the social pedagogical education or core professionalism. Paradoxically social educators are trained to see the person before their diagnosis but because of the Danish Agency for Patient Safety's requirements they must also be able to process and understand the diagnosis. This study constitutes a small sample of how five newly qualified social educators experience the encounter with the social pedagogical practice and how they create meaning with all the health professional tasks they are also expected to be able to handle. The theoretical perspective of the thesis is social constructionism presented by Kenneth J. Gergen. This theoretical perspective is reflected in the way empirical data is collected and the way in which I understand both the theoretical angles and analysis results, as linguistically constructed within different traditions and discourses. This study has the potential to create a better connection between the social pedagogical education and the social pedagogical practice carried out within the social pedagogical area, as it is my clear position that the social pedagogues must have the competencies required to be able to handle the health professional tasks in the social pedagogical practices.

## Forord

Problemstillingen i dette speciale har siden jeg selv studerede på pædagoguddannelsen tilbage i 2011-2015, gjort mig nysgerrig på hvorfor sundheds og sygeplejefaglige emner ikke var en del af uddannelsen. Socialpædagoguddannelsen var dengang tilrettelagt med to halvårige praktikker, hvor

jeg i begge mine var i praktik på botilbud, indenfor det specialiserede voksen område. Jeg oplevede hvordan meget af det jeg ellers havde studeret og læst på uddannelsen om relationskompetence, anerkendelse og æstetiske læreprocesser, faldt lidt i baggrunden, fordi der var rigtig mange sundheds- og sygeplejefaglige opgaver, der tog alt min opmærksomhed. Jeg oplevede sågar i min første halvårige praktik at stå med en svag borger med sclerose, der døde mellem hænderne på mig i en spisesituation, hvor jeg giver borgeren sonde. Det var en barsk og uventet oplevelse, og min følelse af magtesløshed i situationen var altoverskyggende. Jeg kunne intet stille op andet end at trække på den viden jeg havde med mig fra min tid som værnepligtig, hvor mit kursus i udvidet førstehjælp mindede mig om at der var noget der hed aflåst sideleje, så personen ikke ville kvæles i egen opkast. Ellers var der opgaver som det at vaske et andet menneske på den korrekte måde når det henholdsvis er en mand eller en kvinde, samt håndtering af kateter, give et andet menneske stikpiller og klyksma for at hjælpe afføringen på vej samt forskellige medicinbehandlings opgaver som øjendråber, næsespray, inhalator, c-pap, insulin injektioner mm. Alt det jeg lige har beskrevet, er ikke det man umiddelbart forbinder med den socialpædagogiske kernefaglighed, men det er dog en del af den faglighed der er påkrævet på botilbud for mennesker med udviklingshandicaps, senhjerneskade. Jovist kan man lære meget når først man kommer ud i praksis, men hvor havde det været skønt med en faglig rygsæk, der også rummede denne del af praksis. Det har derfor været en befrielse at kunne skrive dette speciale og endelig undersøge hvorledes andre nyuddannede i dag oplever mødet med den socialpædagogiske praksis set i lyset af de mange sundheds- og sygeplejefaglige opgaver. Jeg vil gerne benytte denne lejlighed til at give en stor tak til mine børn og mand, der har måtte indfinde sig med at være stille når mor arbejdede på specialet. Det har ikke været helt nemt for nogen af os, når vi også tager Covid-19 situationen med i betragtning. Jeg vil også gerne takke Aalborg Universitet for at udbyde en kandidatuddannelse som Læring og Forandringsprocesser, der blandt andre giver socialpædagoger som mig mulighed for at søge nye udfordringer med mulighed for at skabe forandring og innovation indenfor blandt andet det socialpædagogiske område. Sidst men ikke mindst vil jeg gerne takke Lars Bang Jensen for kyndig vejledning gennem hele processen. Det har været en ensom proces at skrive alene og kun have mig selv at diskutere med, derfor har vejledningen betydet meget og givet mig nye perspektiver på min problemstilling.

## Læsevejledning

Denne læsevejledning har til formål at skabe overblik over specialets opbygning og give læseren et indblik i de forskellige afsnits indhold og formål.

**Den første del** indeholder en indledning, der vil præcisere emnet for rapporten og baggrunden for rapportens relevans. Efterfølgende vil jeg gennem problemfeltet, afdække de relevante felter, som dette problem kommer af og er orienteret imod. Det drejer sig om Socialpædagogikken som faglighed, SL's definition af socialpædagogik, indhold i den socialpædagogiske uddannelse, Styrelsen for patientsikkerhed samt mit eget forhold til den socialpædagogiske praksis. Slutteligt vil jeg på baggrund af problemfeltets indhold præsentere min problemformulering og operationaliseringsspørgsmål.

**Den anden del** af rapporten indeholder en begrebsafklaring samt en afgrænsning, der har til formål at præcisere specialets fokuspunkt yderligere. Det omhandler afklaring af hvad jeg forstår ved *sundhedsfaglige opgaver og identitet*. Til sidst i anden del vil jeg formulere mit videnskabsteoretiske afsæt for specialet, som vil være styrende for min erkendelsesteoretiske forståelse af rapportens undersøgelse og analytiske del.

**Den tredje del** af rapporten har fokus på min metodiske tilgang og overvejelser i forbindelse med empiriindsamling samt min videnskabsteoretiske retnings betydning for min metodiske tilgang. Jeg vil i dette afsnit være beskrivende i forhold til hvordan jeg har skabt kontakt til felten og på hvilken måde jeg har forberedt mig på interviews. Ligeledes vil jeg beskrive den kvalitative interviewmetode og hvordan denne iscenesættes samt efterfølgende bliver genstand for transskription og interviewanalyse.

**Den fjerde del** omhandler overvejelser over valg af teori og gennemgang af den bærende teori for min analyse. Her gennemgås begreberne *praksisfællesskab*, *Meningsforhandling* og *identitet* mf. Desuden beskriver jeg i dette afsnit, hvordan jeg erkender teorien set fra specialets videnskabsteoretiske afsæt.

**Den femte del** er den analytiske del af rapporten, hvor mit empiriske materiale bliver genstand for en analytisk gennemgang ud fra teori og videnskabsteori. Analysen er opdelt efter operationaliseringsspørgsmål og med hver sin delkonklusion, for at skabe en mere overskuelig analyse.

**Den sjette del** vil på baggrund af analysens resultater, konkludere og besvare problemformuleringen. Denne del af rapporten vil også indeholde en diskussion, der vil diskutere analyseresultaterne ud fra et socialkonstruktionistisk perspektiv samt diskutere den problemorienterede metode ud fra et socialkonstruktionistisk perspektiv. Afslutningsvis vil dette afsnit indeholde en perspektivering, der vil give bud på hvordan dette speciales resultater kan anvendes fremadrettet.

Rigtig god læselyst.

## Indledning

Den socialpædagogiske faglighed er i dag udfordret som følge af et stigende fokus på sundhedsfaglige opgaver. Årsagen til det stigende fokus på de sundhedsfaglige opgaver skyldes både at borgerne på botilbud har flere komplekse diagnoser, som både kan være psykiske kombineret med fysiske sygdomme og evt. stofmisbrug, som kræver behandling og pleje (Socialpædagogen.sl.dk - Sundhedsopgaver rykker ind på bosteder). Denne udvikling sætter den socialpædagogiske faglighed under pres og en medlemsundersøgelse fra 2019, foretaget af socialpædagogernes fagforening SL viser at over halvdelen af 1400 medlemmer varetager sundhedsfaglige opgaver hver dag og hver fjerde er ikke blevet instrueret eller undervist i medicin håndtering (Socialpædagogen.sl.dk - Sundhedsopgaver rykker ind på bosteder). Denne manglende undervisning i medicin håndtering afspejles i de første risikobaserede tilsyn foretaget af styrelsen for patientsikkerhed i 2017. Denne undersøgelse viste at ca. hver tredje socialpædagogiske botilbud havde problematikker i forhold til netop medicin håndtering (Socialpædagogen.sl.dk). Den statistik ser heldigvis ud til at gå fremad allerede i 2018, hvor der blev udstedt påbud til mindre end hver femte botilbud (Socialpædagogen.sl.dk - Patientsikkerheden på bosteder er i fremgang). Næstformand i socialpædagogernes fagforening Marie Sonne, er selvfølgelig positiv over for tilsynets færre påbud, men mener stadig at der er et behov for at udvikle socialpædagogerne kompetencer i forhold til håndtering af de sundhedsfaglige opgaver og udtaler følgende i en artikel: *”Socialpædagoger skal kunne støtte det hele menneske. Det betyder ikke, at vi skal agere sundhedspersonale, men når medicin er en del af mange borgers hverdag, skal socialpædagoger være fagligt klædt på til opgaven.”* (Socialpædagogen.sl.dk - Patientsikkerhed på bosteder er i fremgang). Det er mit sigte med dette speciale at kaste lys over nyuddannede socialpædagogers oplevelse af mødet med den socialpædagogiske praksis, set i lyset af det stigende fokus på sundhedsfaglige opgaver. Ligeledes vil specialet undersøge hvorledes de nyuddannede



socialpædagoger oplever deres faglige identitet, som overensstemmende med det de forventes at skulle håndtere i den socialpædagogiske praksis.

## Socialpædagogikken

Jeg vil i dette afsnit definere og beskrive hvad jeg forstår ved socialpædagogik og socialpædagogisk praksis. Socialpædagoger er først og fremmest socialpædagoger på baggrund af deres uddannelse, som i praksis bidrager til at løse socialpolitiske opgaver. At definere en ensrettet forståelse af socialpædagogisk praksis er ikke i sig selv muligt, set i lyset af dette speciales socialkonstruktionistiske perspektiv, som vil præsenteres længere fremme i rapporten. At forstå socialpædagogikken i relation hertil, gør at socialpædagogikken kan anskues fra mange vinkler indenfor forskellige diskursive kontekster. Socialpædagogerne taler selv ind i en diskurs hvor den socialpædagogiske praksis får mening og betydning for deltagerne (Hansen 2009. S.22). På et samfundsmæssigt plan anses socialpædagogen for at være myndighedspersoner, der har til formål at realisere de socialpolitiske mål og efterleve den gældende lovgivnings hensigter. Serviceloven blev vedtaget i 1998 og er gældende for det sociale område. Det er denne lov der udgør retningslinjerne for de politiske mål der er sat for de enkelte tilbud og indsatser. Det er ifølge serviceloven socialpædagogens opgave i samarbejde med borgeren at finde det rette socialpædagogiske tilbud samt indsats til den enkelte. Der formuleres altså på et politisk niveau, den idealtypiske forståelse af socialpædagogens rolle og opgave i samfundet (Hansen 2009. S.127). Den socialpædagogiske faglighed er altså først og fremmest defineret på baggrund af den fælles opgave der er stillet fra politisk side. Det betyder at den socialpædagogiske faglighed ikke bare er et personligt anliggende der tilpasses egne forudsætninger, men der kan fra den samfundsmæssige side stilles krav til metoder, viden og værdier. Den socialpædagogiske faglighed kan opdeles i tre dimensioner: viden, værdier og metoder (Madsen, Bent 2005. S.61).

### Viden

Indenfor socialpædagogikken er der ikke en bestemt videns tradition der er styrende for fagligheden, men derimod hentes der viden fra mange forskellige videnskabelige traditioner. Denne forskelligartede viden kan betegnes som et multifagligt vidensgrundlag. Der er med andre ord flere slags viden med til at definere faget og man kan sige at socialpædagoger betjener sig af holistiske videns former. Den socialpædagogiske praksis er også en videns producerende praksis, hvor viden også kaldet praksisviden, produceres i forbindelse med udførelsen af det daglige arbejde, hvilket skaber grundlag for definition af den professionelle selvforståelse. Den socialpædagogiske viden

trækker altså på et multifagligt vidensgrundlag og derudover produceres betydningsfuld viden også gennem udøvelse af praksis, altså den såkaldte praksisviden (Madsen 2005. S.62).

### Metoder

Socialpædagogiske metoder handler om den måde hvorpå den professionelle intervenserer i andres liv på. Det er forskellige praktiske forestillinger og procedurer om måden der gribes ind i andre menneskers liv på, med det formål at skabe forandringer. Metoderne tjener det primære formål at agere bindeled mellem en specifik målgruppe og det mål der sigtes mod at opnå. Metoderne handler om bestemte måder at arrangere hverdagslivet på, det handler om de roller socialpædagogen indgår i og ligeledes handler det om kommunikation og de relationelle forhold. Metoder er tilhørende bestemte målgrupper, det er altså ikke bare praktiske redskaber der uvilkårligt kan udskiftes fra den ene til den anden. Socialpædagogisk metodeudvikling sker ikke alene på baggrund af nye muliggørende teknikker for at intervenere men også på baggrund af den samfundsmæssige udvikling og ændrede syn på bestemte målgrupper (Madsen 2005. S.63).

### Værdier

De socialpædagogiske værdier indgår blandt andet i den vurdering der finder sted i forbindelse med metode udvælgelse. Værdierne styrer så at sige hvilke metoder der anses som værende forsvarlige og anerkendte til det specifikke formål. Det der måtte anses for at være en god metode, sker ikke kun på baggrund af om den virker eller ej, men også som følge af hvorvidt metoden tager højde for den enkeltes ret til selvbestemmelse i eget liv. Der kan altså gennem fagets etik skelnes mellem hvad der måtte være god og dårlig socialpædagogik. Det kan være svært at adskille de personlige værdier fra de faglige fordi socialpædagogen også personligt kan holdes ansvarlig for sine valg og skal også personligt kunne stå inde for sine valgt. Det er et af de grundlæggende dilemmaer ved socialpædagogikken at de personlige og faglige værdier er svære at adskille fordi de personlige værdier har en tendens til at overtage pladsen for de faglige værdier (Madsen 2005. S. 64).

### SL's definition af den socialpædagogiske kernefaglighed

Som socialpædagogikken er beskrevet i ovenstående, så er det også efter socialpædagogernes fagforening en profession hvor man arbejder med systematiske metoder og teori.

Socialpædagogikken er en sammensat profession der bygger på sociologi, psykologi, filosofi og antropologi, det er altså en profession med rødderne i mange videnskabelige traditioner (sl.dk-Socialpædagogens kernefaglighed). Metoderne i den socialpædagogiske tilgang handler blandt

andet om anerkendelse og det at yde støtte på en ligeværdig og respektfuld måde. Det betyder også at de socialpædagogiske indsatser tilrettelægges og udarbejdes ud fra den enkelte borgers ressourcer og kompetencer. Socialpædagogikken udøves i dag i mange dele af vores samfund, lige fra på gaden til skolegården, indkøbsturen, ferien og borgerens eget hjem SL beskriver det således *“Vi siger at tendensen i disse år er, at socialpædagogikken er rykket udenfor murene. Den optræder der, hvor behovet er, fremfor at bringe behovet ind, hvor socialpædagogikken er. Dette er en udvikling, der ligger i tråd med det overordnede mål om inklusion og integration af borgere med særlige behov.”* (sl.dk - Socialpædagogernes kernefaglighed). Det overordnede mål med socialpædagogikken er at hjælpe borgere til et bedre liv, der giver mening for den enkelte borger. For at gøre det socialpædagogiske arbejde muligt handler det om at være god til relations arbejde samt at have fokus på mennesket før evt. diagnose. Relations arbejdet er grundstenene i god socialpædagogik og det handler om at socialpædagogen skal besidde kompetencerne til at indgå i professionelle relationer. For at kunne kalde en relation for professionel, skal der indgå to sider, hvoraf den ene handler om kvaliteten af relationen altså om den er en magtrelation eller en relation skabt på tillid. Den anden side handler om hvilken måde relationen bruges eller til hvilket formål. SL skriver flg. om relationens betydning for det socialpædagogiske arbejde: *“Vi siger, at relationen som førsteviolin i den socialpædagogiske kernefaglighed er et komplekst begreb, der skal forstås et sted mellem den relations faglige viden og mellem menneskelige realitet.”* (sl.dk - Socialpædagogernes kernefaglighed). Den socialpædagogiske kernefaglighed handler også om personlighed og evnen til at bruge sig selv og sin historie, som relations skabende værktøj. At være socialpædagog er for mange en livsstil og et talent, som de virkelig brænder for. Den socialpædagogiske profession er afhængig af den tillidsfulde relation, for at kunne gøre en indsats overfor borgerne, i modsætning til mange andre professioner der også hævder at arbejde med relationer. Om operationen går godt, er ikke afhængig af en god relation til lægen, brødet hos bageren smager heller ikke bedre hvis du har en god relation til ekspedienten osv. Socialpædagoger kan som profession sige at være dybt afhængige af at kunne opbygge en god relation til borgerne, for at kunne intervenere i borgers liv på en respektfuld og tillidsfuld måde. SL påpeger også en politisk side af de socialpædagogiske arbejds muligheder. Det handler om de økonomiske rammer og vilkår, der kan spænde ben for det socialpædagogiske arbejde. Der kan være opstillede rammer der ikke muliggør at inddrage borgerne i de daglige praktiske opgaver, og beslutninger kan blive taget uden involvering af den enkelte borger, frem for i samarbejde med borgeren. Denne økonomiske ramme der forhindrer den maksimale borgerinddragelse, er ikke bidragende til

borgerens inklusion og udvikling. Den socialpædagogiske faglighed lider også under disse rammer og gør at den socialpædagogiske fagidentitet er presset (sl.dk - Socialpædagogens kernefaglighed). Socialpædagoger evner at se situationer fra borgerens perspektiv og der er i den socialpædagogiske praksis fokus på at have et helhedsorienteret syn på borgerens trivsel. Det er derfor også en forudsætning for socialpædagoger at være gode tværfaglige medarbejdere, der forstår vigtigheden af at nogen arbejder med medicinsk helbredelse af diagnoser og andre står for en genoptræningsindsats. Socialpædagoger er dermed en profession der både skal rumme et sundhedsfagligt, fysisk og psykisk perspektiv og derfor skal den socialpædagogiske profession fokusere på, gennem tværfagligt samarbejde at yde en helhedsorienteret indsats overfor borgeren. Socialpædagoger skal agere talerør for borgeren, der eksempelvis ikke selv kan forklare lægen eller socialrådgiveren, den situation som borgeren står i. Socialpædagoger er ikke udstyret med medicin eller penge, som redskaber til at arbejde med borgerne med, men står derfor i en relation til borgeren der bygger på ligestilling. SL kalder socialpædagoger for helhedsorienterede specialiteter (sl.dk - Socialpædagogens kernefaglighed).

## Den socialpædagogiske uddannelses indhold

Jeg finder det væsentligt at rette blikket mod den socialpædagogiske uddannelse. Denne beskrivelse af uddannelsen tager udgangspunkt i uddannelsessteder der minder meget om hinanden og som er de uddannelsessteder, hvorfra informanterne til mine interviews har uddannet sig. Beskrivelsen tager derfor udgangspunkt i indholdet af University College Nordjyllands studieordning for pædagoguddannelsen samt VIA University College i Aarhus og professionshøjskolen Absalon i Sorø. Jeg vil lægge mit fokus på det socialpædagogiske indhold i uddannelserne samt hvor meget sundhedsfagligt indhold der evt. Måtte være inden for specialiseringerne i den social-specialpædagogiske del af uddannelsen.

### Uddannelsens indhold

På alle tre uddannelsessteder består pædagoguddannelsen af en fællesdel, der omhandler pædagogens grundfaglighed. Denne fællesdel afsluttes fra UCN med en prøve med flg. Kompetencemål: *“Den studerende kan med udgangspunkt i børns, unges og voksnes forudsætninger og perspektiver etablere, vurdere og evaluere pædagogiske miljøer og aktiviteter, der understøtter børns, unges og voksnes udvikling, samt - i relation til dette - redegøre for faglige vurderinger og valg.”* (blad.ucn.dk - studieordning fællesdel). Udover den fælles del er der tre forskellige specialiseringer, dagtilbudspædagogik, skole- og fritidspædagogik og social- special

pædagogik. Fælles for de tre uddannelsesinstitutioner, er at de studerende også skal gennemføre et modul med et valgfrit kompetenceområde på tværs af deres specialiseringer, hvor blandt andet sundhedsfremme, krop og bevægelse er et af modulerne på professionshøjskolen Absalon (phabsalon.dk - studieordning). Det er ligeledes fælles for uddannelserne at der er fire praktikker, hvor den studerende på social- special linjen kommer ud i en socialpædagogisk praksis, hvis dette er muligt. Som en del af alle tre uddannelsers indhold, indgår der også et tværprofessionelt modul hvor de studerende præsenteres for det tværprofessionelle samarbejde med studerende fra socialrådgiveruddannelsen læreruddannelsen og/eller sygeplejerskeuddannelsen (blad.ucn.dk- studieordning institutionsdel).

### Social- og special pædagogik

Indenfor denne specialisering er der fokus på mennesker i udsatte positioner i samfundet. Der lægges vægt på at opnå viden om dilemmaer der knytter sig til etiske og institutionelle rammer i den pædagogiske praksis. Den studerende skal fagligt kunne begrunde tiltage i den pædagogiske praksis og være reflekterende over egne handlinger. Den studerende skal kunne demonstrere viden og færdigheder indenfor områder som, æstetiske udtryksformer, kropslige udtryksformer og kulturelle udtryksformer. Der er opstillet seks videns og færdighedsmål, hvoraf jeg vil nævne de to der nævner bl.a. Sundhed og medicinsk behandling. Det femte vidensmål handler om sundhedsfremme og forebyggende arbejde, hvilket indebærer at den studerende opnår viden om kost, motion og seksualitet. Tilhørende til dette vidensmål skal den studerende opnå færdigheder til at kunne *“tilrettelægge, gennemføre og evaluere sundhedspædagogiske og forebyggende indsatser og aktiviteter”* (blad.ucn.dk - Studieordning institutionsdel). Det sjette vidensmål omhandler viden om det socialpsykiatriske område samt medicinsk behandling og fysiske og psykiske funktionsnedsættelser. Til dette vidensmål er det opstillet et færdighedsmål hvor den studerende skal kunne *“basere social- og specialpædagogiske indsatser og aktiviteter på indsigt i menneskers forudsætninger og deres perspektiver på egne udviklingsmuligheder”* (blad.ucn.dk - Studieordning institutionsdel). Der indgår ifølge studieordningen altså viden om både sundhed og medicinsk behandling i forbindelse med specialiseringen i social- specialpædagogisk modul på UCN.

### Styrelsen for patientsikkerhed

En del af styrelsen for patientsikkerheds hovedopgave, er at føre tilsyn med blandt andet socialpædagogiske botilbud. Tilsynet har til formål at sørge for borgernes opnår størst mulig

sikkerhed i forbindelse med håndtering af de sundhedsfaglige opgaver der måtte være i forbindelse med den enkelte borger.

De socialpædagogiske botilbud betegnes som behandlingssteder ifølge styrelsen for patientsikkerhed (stps.dk). Det betyder at de jf. §213 stk.2 Forslag til Lov om ændring af sundhedsloven, lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed og forskellige andre love, er underlagt løbende tilsyn for at sikre patientsikkerheden. *“Stk. 2. Styrelsen for Patientsikkerhed gennemfører løbende tilsyn med udvalgte behandlingssteder nævnt i § 213 c, stk. 1, ud fra en løbende vurdering af, hvor der kan være størst risiko for patientsikkerheden.”* (Retsinformation.dk). Tilsynet gælder både private og offentlige behandlingssteder og om hvorvidt der er behov for tilsyn vurderes ud fra flere faktorer såsom klagesager, mediernes omtale, fagpersoners henvendelser, pårørendes henvendelser, de offentlige myndigheder mf. Som socialpædagog ansat på et botilbud, er man ifølge styrelsen for patientsikkerhed anset for at være sundhedsperson på et behandlingssted. Betegnelsen sundhedsperson omfatter *“... autoriserede sundhedspersoner og andre personer, der handler på autoriserede sundhedspersoners ansvar.”* (stps.dk). De autoriserede sundhedspersoner omfatter *“læger, tandlæger, kiropraktorer, sygeplejersker, jordemødre, ergoterapeuter, fysioterapeuter, bioanalytikere, kliniske diætister, radiografer, bandagister, kliniske tandteknikere, tandplejere, optikere, kontaktlinseoptikere, optometriste, fodterapeuter, social- og sundhedsassistenter, behandlerfarmaceuter og osteopater”* (stps.dk). Dermed indgår socialpædagoger ansat på botilbud i et patient/behandler forhold i forbindelse med udførelse af sundhedsfaglig behandling som eksempelvis medicinhåndtering, da socialpædagoger handler på autoriserede sundhedspersoners ansvar.

## Mit forhold til den socialpædagogiske praksis

Med min baggrund som socialpædagog, har jeg selvfølgelig en insiderviden om den socialpædagogiske praksis, som nok vil komme til at skinne igennem i dette speciale. Jeg har været uddannet siden 2015 og har i alt været ansat på 4 forskellige socialpædagogiske botilbud for voksne med fysisk og psykisk udviklingshæmning. Under uddannelsen til socialpædagog tilbage i 2011-2015, var jeg i to halvårige praktikker på hver sit socialpædagogiske botilbud. Det ene botilbud var primært for en målgruppe med erhvervet hjerneskade, og det andet botilbud var for en målgruppe med fysisk og psykisk udviklingshæmning. Gennem disse praktikker blev jeg opmærksom på hvor meget alt det sundheds- og sygeplejefaglige fylder i praksis og faktisk får det socialpædagogiske til at glide lidt ud på et sidespor indimellem, fordi man er presset og skal nå meget på kort tid. Jeg er

ellers enormt optaget af de socialpædagogiske processer, fordi jeg kan mærke at det får en positiv betydning for den enkelte borger at der tages tid til at skabe den tillidsfulde gode relation. Det er klart at når jeg har oplevet den socialpædagogiske praksis på flere forskellige botilbud, så danner jeg mig et billede af lighederne og forskellene på disse tilbud. En ting jeg har stået med i alle mine ansættelsesforhold samt praktikker er sundheds- og sygeplejefaglige opgaver. Jeg har stået med alt fra terminal pleje af døende, til at lægge kateter og skifte sonde, medicin håndtering, insulininjektioner og sårpleje mm. Jeg har gennem mit ene ansættelsesforhold taget et kort e-læringskursus om medicin håndtering og den hygiejne der skal være i forbindelse med dette, derudover har jeg ingen faglig baggrund for at håndtere disse opgaver. Jeg oplevede at den socialpædagogiske fagidentitet jeg identificerede mig med, der handlede om at skulle ud og arbejde med anerkendelse i praksis, relations dannelse, have fokus på borgerens ressourcer og være den reflekterende praktiker samt ud og skabe livskvalitet efter borgernes ønsker og behov, ikke helt stemte overens med den socialpædagogiske praksis jeg mødte. Jeg oplevede at der i alle mine ansættelsesforhold var meget sundhedsfagligt, både i de praktiske opgaver men også på dokumentationsdelen, hvor jeg måtte sande at jeg ikke var sprogligt velbevandret nok indenfor den sundhedsfaglige diskurs, til at kunne udfylde den sundhedsfaglige del fyldestgørende. Nu skal det ikke lyde som om at jeg ikke mener at man kan arbejde med socialpædagogiske kernekompetencer, samtidig med at man håndterer sundheds- og sygeplejefaglige opgaver, det mener jeg nemlig sagtens man kan og skal. Problematikken i min oplevelse bunder i at mangle viden og ikke besidde de rette kompetencer for at kunne indgå i og udfører de mange sundheds- og sygeplejefaglige opgaver på en måde der også er forsvarligt overfor den enkelte borger. Med tiden har jeg tillært mig den sygeplejefaglige og sundhedsfaglige del, men jeg identificerer ikke mig selv som en sundhedsperson, og jeg oplever stadig en usikkerhed overfor håndteringen af de sygeplejefaglige opgaver og den sundhedsfaglige dokumentation. Med den fagidentitet jeg oplever at have som socialpædagog, har jeg fundet det svært at forene en så, historisk set naturvidenskabelig kvantitativ praksis som sundhedsfaglige- og sygeplejefaglige opgaver, med en kvalitativ praksis som den socialpædagogiske, der har sine rødder i filosofien, sociologien og psykologien. Denne forening af faggrupperne får jeg dog nemmere ved at gentænke, når jeg ser det gennem et socialkonstruktionistisk perspektiv, som jeg vil præsentere, som specialets videnskabsteoretiske ståsted længere fremme i rapporten.

## Problemformulering

På baggrund af problemfeltets gennemgang af de relevante felter hvori problemstillingen udspiller sig indenfor, vil jeg nu præsentere min problemformulering der lyder:

Hvordan oplever nyuddannede socialpædagoger deres møde med den socialpædagogiske praksis, set i lyset af det skærpede fokus på sundhedsfaglige opgaver og hvilken betydning får sammensætningen af faggrupper for de nyuddannede socialpædagogers oplevelse af fagidentitet?

## Operationaliseringsspørgsmål

For at kunne arbejde med min problemformulering har jeg udarbejdet fire operationaliseringsspørgsmål, med det formål at skabe bedre forudsætninger for at afdække de områder der er relevante inden for problemformuleringens ramme. Det første operationaliseringsspørgsmål har til hensigt at undersøge, hvor i et praksisfællesskab de nyuddannede socialpædagoger positionere sig i forhold til de sundhedsfaglige opgaver og sundhedsfaglige personale. Andet operationaliseringsspørgsmål retter sig mod at undersøge hvorvidt de nyuddannede socialpædagoger har en oplevelse af at der i praksisfællesskabet er forhandlet en fælles mening blandt faggrupperne, i forhold til at have et fælles formål med arbejdet. Det tredje operationaliseringsspørgsmål har til formål at søge indsigt i om den sundhedsfaglige diskurs opleves som dominerende i forhold til den socialpædagogiske diskurs. Det sidste og fjerde operationaliseringsspørgsmål har til hensigt at undersøge, hvordan de nyuddannede socialpædagoger oplever og definerer deres oplevede identitetsdannelse i mødet med de sundhedsfaglige opgaver og sundhedsfaglige kolleger i praksis.

1. Hvilken plads i praksisfællesskabet oplever de nyuddannede at have i forhold til det sundhedsfaglige personale?
2. Oplever de nyuddannede socialpædagoger at der er forhandlet fælles mening med praksisfællesskabets formål og arbejde?
3. Hvilken diskurs oplever de nyuddannede socialpædagoger som dominerende for det daglige arbejde i praksis?
4. Hvordan definerer de nyuddannede deres egen identitetsdannelse i praksis?



## Afgrænsning

Jeg vil i forbindelse med min besvarelse af problemformuleringen, udelukkende have fokus på socialpædagoger der er uddannet indenfor de seneste tre år. Dette har jeg dels valgt på baggrund af styrelsen for patientsikkerheds skærpede tilsyn, der startede i 2017. Tilsynet stiller større krav til de socialpædagogiske botilbud om at sikre borgerne større patientsikkerhed i forbindelse med udførelse og håndtering af de sundhedsfaglige opgaver. En anden årsag er min tese om at nyuddannede socialpædagoger står med en skarp faglig forståelse af hvad deres nyerhvervede fagprofession dækker over og står skarpt både teoretisk og metodisk indenfor det socialpædagogiske fag. På den baggrund er det min forventning at de nyuddannede socialpædagoger vil opleve de sundhedsfaglige opgaver som værende udfordrende og uventede i den socialpædagogiske praksis, da de ikke gennem uddannelsen har erhvervet sig kompetencer til at varetage disse funktioner, som de ser ud i praksis. Når jeg i problemformuleringen nævner faggruppernes betydning for de nyuddannede socialpædagogers oplevede fagidentitet, hentyder jeg til faggrupper der har en sundhedsfaglig uddannelsesbaggrund, det drejer sig i denne rapport primært om social- og sundheds uddannede samt sygeplejersker, som har et mere sundhedsorienteret og behandlende fokus på mennesker i modsætning til socialpædagoger. Når jeg finder det nødvendigt at give en beskrivelse af den socialpædagogiske uddannelses indhold, er det udelukkende for at skabe overblik over hvor lidt sundhedsfaglige emner fylder samt for at præcisere at sundheds- og sygeplejefaglige opgaver ikke fra uddannelsens side er tænkt som en socialpædagogisk opgave, der skal have plads i socialpædagogens kernefaglighed.

## Begrebsafklaring

Når jeg anvender begrebet fagidentitet samt i mit fjerde operationaliseringsspørgsmål søger at undersøge hvordan nyuddannede socialpædagoger definere deres egen identitetsdannelse, finder jeg det nødvendigt at afklare hvordan jeg definere og hvad jeg forstår ved identitet som begreb og selve identitetsdannelsen som proces. Derfor vil jeg i dette afsnit afklare dette. Ligeledes vil jeg afklare hvad jeg forstår ved sundhedsfaglige opgaver, som jeg også nævner i problemformuleringen. Jeg finder det også væsentligt at afklare hvad jeg forstår ved begrebet *diskurs*, som jeg anvender i forbindelse med mit tredje operationaliseringsspørgsmål, hvilket jeg vil gøre slutteligt i dette afsnit.

## Identitet

Min definition vil tage udgangspunkt i identitet som værende socialt skabt. Professor i sociologi, Richard Jenkins arbejder med identitetsbegrebet og særligt med måden vi identificerer os selv på.

Han stiller sig selv spørgsmålene: Hvordan kan vi vide hvem vi er og hvem andre er? Og hvordan kan andre identificere os? Menneskers evne til at sammenligne os med hinanden og kende forskel på hinanden, er det der gør os i stand til at indgå i sociale relationer. Identitet er ifølge Jenkins noget der kommunikerer og forhandles, som en dynamisk proces. På den måde skal identitet anses som noget der hele tiden er til forhandling og identitet handler også i høj grad om hvordan vi gennem sociale relationer skaber mening med hvem vi er og hvem andre er (Jenkins 2006. S 11-12). Ud fra dette perspektiv vil identitet altid være socialt forankret og dagligt formes ud fra de påvirkninger der finder sted i det daglige sociale liv. Menneskets oplevelse af hvem de selv er, hænger altså uløseligt sammen med sociale strukturer og identitetsdannelse finder sted i samspillet mellem en selv og andre (Jenkins 2006. S.13). Identitet er noget aktivt og noget der konstrueres gennem interaktion hvori der forhandles enighed, uenighed og mening. Ud fra denne definition på hvad identitet er, kan identitet kun forstås som noget dynamisk og som igangværende proces, identitet kan aldrig være endegyldig. Jeg forstår altså ikke identitet som noget der er givet på forhånd men som et produkt af de interaktioner vi indgår i, hvor vi socialt skaber mening, dermed er vores identiteter altid til forhandling (Jenkins 2006. S.27-29).

### Sundhedsfaglige opgaver

Med 'sundhedsfaglige opgaver' henviser jeg til opgaver der fagligt hører til indenfor den sygeplejefaglige praksis. Det er opgaver som det at pleje og drage omsorg for mennesker, håndtering af medicinsk behandling, sundhedsfremmende tilgang, forebyggelse, rehabilitering og lindrende pleje (Hundborg & Lynggaard 2013. S.54-55). Der stilles også krav til journalføring og sundhedsfaglig dokumentation jvf. Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (Retsinformation.dk). De sundhedsfaglige opgaver omhandler altså alle de opgaver der ligger inde under den sygeplejefaglige praksis, hvor det handler om behandling og almen sygepleje.

### Diskurs

Når jeg vælger at anvende begrebet *diskurs*, tager jeg udgangspunkt i Michel Foucault's forståelse af diskurs. Diskurs dækker over en række mulige positioner at tale ud fra i en given sammenhæng. Diskurs skal ses som en effekt i sig selv og danner ikke baggrunden for en menneskelig intention eller en spejling af tanker og sociale opfattelser. Det er sådan med diskurser at det er herigennem subjektet skabes og dermed ikke subjektet der skaber diskursen. (Heede, Dag 2012. S.74). Når subjekter, altså vi mennesker skabes gennem diskurser, skal det forstås på den måde at vi er styret

af diskurser. Foucault beskriver hvordan der i diskurser ligger en skjult magt, som eksempelvis er med til at kontrollere vores lystfølelse. Foucault skrev om netop lystfølelse i forbindelse med sin undersøgelse af seksualitetens historie, hvor han beskriver hvordan diskurser er styrende for måden vi skal opføre os på som henholdsvis mænd og kvinder, når det handler om seksualitet. Det er netop den kontrollerende magt der er iboende diskurser, som styrer den måde hvorpå det indenfor forskellige diskurser er legitimt at agere på (Foucault 1994. S.24). Diskurser er altså en form for fortolkningsramme, der er med til at styre måden vi taler og tænker om andre mennesker og verden på og på den baggrund taler diskursbegrebet sig også ind i en videnskabsteoretiske forståelse hvor det der opfattes som sandt eller falsk afhænger af hvilken diskurs du anvender som fortolkningsramme (Qvortrup & Wiberg 2013. S.260). Når mennesker italesætter og forholder sig til diskurser, er de med til at rekonstruerer og forandre dem. Den enkelte konstrueres samtidig som subjekt i diskursen og denne proces kaldes *subjektivering*. Subjektivering vil på den ene side sige at være underkastet en anden, gennem kontrol og afhængighed og på den anden side det, at man i kraft af sin viden eller samvittighed er bundet til sin egen identitet. Det er gennem denne subjektivering at menneskelig tilblivelse sker. Vi tilskrives og tilskriver os selv den identitet, som skabes på baggrund af de diskursive praksisser (Qvortrup & Wiberg 2013. S.262). Der er hele tiden mange forskellige diskurser på spil, det betyder også at vores identitet på alle tidspunkter er til forhandling, ud fra de relationelle situationer og tilgængelige diskurser. De skiftende diskurser og relationelle situationer får den konsekvens at man ikke helt er 'den samme' fra situation til situation. Foucault taler derfor om *multiple selver* eller *relationelle selver*. De givne diskurser og relationelle situationer er altså bestemmende for den menneskelige tilegnelse, da vi gennem relationelle situationer skaber både den udefra opfattede identitet samt egen identitet. M.a.o. er vi udleveret til andre mennesker, når det handler om at blive genkendt som en, der tilhører en bestemt subjektposition, ved at indordne sig efter de diskursive betingelser for, hvad der er accepteret og hvad der ikke er (Qvortrup & Wiberg 2013. S.262-263).

## Videnskabsteoretisk ståsted

Specialets videnskabsteoretisk position baserer sig på en ontologisk antagelse om at den virkelighed vi oplever udelukkende, eksisterer i kraft af mennesker og deres sprog. At det vi allesammen oplever som den virkelige verden, kun eksistere i kraft af vores sociale konstruktion af den. Det er ikke ensbetydende med at jeg eksempelvis ikke ville standse hvis jeg var på vej til at gå over en befærdet vej, fordi jeg opfatter bilerne som en social konstruktion. Dog kan færdselsregler hævdes

at være genstand for social konstruktion. Jeg er dog bevidst om og forholder mig positivistisk til kausalitet, inden jeg krydser vejen (Ingemann 2014. S.141). At biler kan ses som en social konstruktion henviser til det at vi er enige om at bruge ordet bil når vi taler om sådan en metalkasse med fire hjul. Altså har vi konstrueret en fælles forståelse af at når vi taler om bil så er det nogenlunde samme billede der dukker op i vores bevidsthed. Min videnskabsteoretiske position i dette speciale vil tage afsæt i Kenneth J. Gergens teori om socialkonstruktionismen, hvilken jeg vil udfolde i de kommende afsnit.

### Social konstruktion

Gergen stiller spørgsmålstegn ved hvad der egentlig kan siges at være den objektive verden. Som eksempel tager han udgangspunkt i sin egen oplevelse af smerte og måden han kan arbejde med og forholde sig til den smerte. Smerte er ikke noget der eksisterer uafhængigt af den person der oplever det og dermed stiller Gergen spørgsmål ved om smerte derfor kan betragtes som objektivt fænomen. Hvad smerte er kan ud fra forskellige traditioner defineres på mange forskellige måder. For en Bodybuilder kan smerte eksempelvis beskrives som svaghed der forlader kroppen, men for en neurolog kan smerte beskrives som bestemte nerver og synapser der påvirkes i hjernen når kroppen udsættes for noget pinefuldt. Dermed kan smerte som begreb og oplevelse i sig selv ikke defineres som en objektivt fænomen, som vi alle forstår og anskuer på samme måde. Ligeledes stiller han samme spørgsmål til om der findes raceforskelle der er uafhængige af vores måder at forholde os til dem? Om et stort bjerg er det samme for en gammel mand, en bjergbestiger og et lille barn, om et træ opleves på samme måde af en botaniker som en skovhugger. Det er alt sammen spørgsmål der skaber baggrunden for at beskæftige sig med den sociale konstruktion af vores oplevelse af virkeligheden (Gergen 2010. S.12-13). Gergen kalder ideerne bag socialkonstruktionismen for revolutionerende. Den sociale konstruktion er til stor debat verden over og der er mange forskellige syn på hvad den sociale konstruktion handler om. Ideen bag socialkonstruktionismen kan virke enkel men når der går mere i dybden med hvad det indebærer bliver det straks mere kompliceret. Det kan virke som en indiskutabel selvfølgelighed at der uden for døren er en verden med biler, mennesker og træer, som man kan gå ud og opleve og forstå lige her og nu. Men Gergen hævder at træer, mennesker og biler ikke er der før man er blevet enige med en om at de er der. Det kan virke absurd at stille det op på denne måde, når vi nu ved at træer og tilmed bygninger har stået her længe før vi blev født. Selvfølgelig er der 'noget' udenfor døren, men hvad det er bliver først virkelighed når vi forstår det gennem de traditioner, diskurser og relationer vi indgår i og har indgået igennem ens liv. Gergen anvender et eksempel med et lille barn og dennes måde at opleve verden på. Barnet

vil ikke opleve at bilerne eksempelvis er af forskellige mærker, at træerne er af forskellige arter eller om menneskene er af forskellige køn eller racer. Vi lægger til gengæld mærker til alt lige fra hvad der står på bussen og hvor den kører hen, om træerne har fået knopper og vi standser op hvis politiet beder os om det. Denne forskellighed fra det lille barns oplevelse af verden og den voksnes, forklare Gergen som værende på baggrund af at det er i relationerne til andre at verden bliver til for os. Det lille barn vil altså efterhånden som relationerne udvides, komme til at opleve virkeligheden og verden på samme måde som dets familien gør (Gergen 2010. S.13-14). *“Hvis alt det, vi betragter, virkelig er konstrueret, så er intet virkeligt, medmindre vi er enige om at det er tilfældet.”* (Gergen 2010. S.15). Det er et af de store spørgsmål når man arbejder med socialkonstruktionismen. Man kunne begynde at stille kritiske og skeptiske spørgsmål til om den stol man sidder på, ikke er virkelig, om døden ikke findes eller om vores kroppe er konstruktioner. Det der er væsentligt i den socialkonstruktionistiske tankegang er de perspektiver eller retninger vi taler ud fra. Når man taler om døden kan den alt efter hvem der taler om den være virkelig på flere niveauer. Det at være død kan opfattes ud fra et biologisk perspektiv, hvorved det henviser til kroppens funktioner der går i stå og nedbrydes. I den kristne tro vil fokus være på det “at komme i himlen”, hvorfor døden er kendetegnet ved denne tanke. Mange andre trossamfund eller traditioner vil have lignende måder at tale om døden på, så som “dette er starten på endnu en cyklus”, “han vil leve videre i vores hjerter”. Hvordan man taler om og forholder sig til døden er legitime indenfor hver deres tradition. Hvad vi oplever som virkelighed i forhold til måden at opfatte døden på som eksempel, er altså kun virkelig i kraft af vores relation og kommunikation med andre. De samtaler vi indgår i, skaber altså den virkelighed vi lever i. Det er også i samtalen vi støder på “problemer”, som en konstruktion af at når noget står i vejen for os, bliver det til et problem og på den måde opstår der gode og dårlige virkeligheder. Ved at tænke socialkonstruktionistisk er det muligt at om konstruerer samtalen, så problemer bliver til muligheder og vi kunne konstruere en verden hvor der er 4 køn eller en verden hvor den organisatoriske ledelse ligger hos medarbejderne og ikke hos chefen, hvor de hjemløse fik gudestatus og meget mere. Det er når man opstiller sådanne scenarier at den socialkonstruktionistiske tankegangs muligheder bliver fascinerende og åbner op for helt nye mulige måder at opfatte verden på (Gergen 2010. S.15-16). De forskellige scenarier udgør på en og sammen gang en trussel og en masse muligheder. For når alt er muligt, hvordan kan vi så vide hvad der er det sande og det der virkelig afbilder verden som den er? Der er ingen fast grund og det der før gav mening, stilles der nu spørgsmålstejn ved. Socialkonstruktionismen har dog ikke til formål at smide de forskellige traditioner ud, men rettere at betragte dem som muligheder (Gergen 2010.

S.17). Konstruktionismen skal forstås som en dynamisk forhandlingsproces, hvor det der bliver virkelighed konstrueres eller dekonstrueres gennem sociale forhandlingsprocesser, hvor sproget får en central plads (Ingemann 2014. S.139). Sprogets betydning i den socialkonstruktionistiske tankegang vil jeg komme nærmere ind på i næste afsnit.

### Sprogets betydning for socialkonstruktionismen

*“Sproget former den sociale aktivitet: For sproget sætter rammerne for de tanker, der lader sig tænke, og disse bestemmer i anden omgang, hvilke handlinger der er mulige, og dermed hvilke sociale praksisser der kan lade sig realisere i et givet samfund”* (Ingemann 2014. S.139). Sproget spiller altså en hovedrolle i den socialkonstruktionistiske tankegang. Det er gennem sproget vi kan konstruere og rekonstruere vores virkeligheder og dermed vores handlemuligheder. Det lille barn der i takt med sin udvikling begynder at skelne mænd fra kvinder samt opleve de forskellige årstiders skiften, sker alt sammen som følge af de fællesskaber barnet indgår i, hvor sproget og relationen er knyttet til en bestemt praksis. Bestemte begreber er knyttet til bestemte praksisser, eksempelvis forbinder vi begreber som “vidne”, “lov”, “dømte” med den traditionelle retspraksis. Uden dette fælles sprog ville det være svært at forestille sig hvordan man skulle tale om den praksis der foregår i en retssal. Hvordan sproget er med til at opretholde en bestemt praksis, ses tydeligt, hvis vi ser på folkekirken og den kristne tro i Danmark. Ord som “frelse”, “tro”, “evigt liv” og “synd” er ikke længere ord der bliver brugt i store dele af samfundet, med det til følge at de religiøse traditioner langsomt dør ud (Gergen 2010. S.24). Dermed bliver det tydeligt at sproget har en afgørende faktor i forhold til opretholdelsen af bestemte forståelser af verden indenfor de forskellige praksisser. De ord vi bruger, opretholder relationer mellem mennesker. Et eksempel på dette er når vi giver vores børn navne, behøver vi overhovedet det? Det er mest praktisk fordi vi på den måde nemmere kan kalde på dem, indskrive dem i en skole og spørge ind til om de har det godt. Det er så at sige en nødvendighed at vi har navne, ikke fordi det er praktisk med fordi forældre har brug for navnet for at være gode forældre (Gergen & Gergen 2005. S.12).

### Specialets problemstilling i et socialkonstruktionistisk perspektiv

Indenfor den socialkonstruktionistiske tankegang er det vi kender som den materielle verden en konstruktion (Gergen 2010. S.80). Derfor er denne rapport og indhold et produkt af min undersøgelses konstruerede virkelighed, hvor jeg er bevidst om min egen deltagelse i et kulturelt sprogspil, der hører til under den socialpædagogiske diskurs. Gennem min undersøgelse er jeg bevidst om at der ikke er nogen sandhed for alle, men at der derimod er konstruerede sandheder

indenfor fællesskaber, der skaber egne værdier, antagelser og tro. Den viden jeg gennem undersøgelsen skaber, vil være på baggrund af min konstruktion af informanternes oplevede virkelighed, som igen er konstrueret gennem deltagelse i et bestemt fællesskab (Gergen & Gergen 2005. S.51). Når jeg ønsker at undersøge hvordan nyuddannede socialpædagoger, oplever deres møde med den socialpædagogiske praksis, set i lyset af de mange sundhedsfaglige opgaver, er jeg bevidst om at de fra uddannelsens side kommer fra et fællesskab hvor den socialpædagogiske praksis er sprogligt konstrueret på måder, der muligvis ikke stemmer overens med den oplevelse de står med når de kommer ud i praksis. (Gergen & Gergen 2005.S.51). At socialpædagoger oplever ikke at være klædt på til at varetage de sundhedsfaglige opgaver i den socialpædagogiske praksis er jo set med socialkonstruktionistiske øjne et spørgsmål om måden hvorpå den socialpædagogiske fagprofil er defineret og dermed konstrueret. Det vil altså med udgangspunkt i en socialkonstruktionistisk tankegang være muligt at konstruerer en socialpædagogisk profil hvori det at håndterer sundhedsfaglige opgaver ikke opleves som en udfordring eller problem, hvis man uddannelsesmæssigt blev introduceret til den sundhedsfaglige side af praksis. På den baggrund vil det altså være muligt gennem en socialkonstruktionistisk tankegang at konstruere den socialpædagogiske fagprofil til at afspejle den virkelighed de møder. De sundhedsfaglige opgaver tager altså form som problem, på baggrund af at disse opgaver ikke er en del af den socialpædagogiske kultur, som den er konstrueret i dag (Gergen 2010. S.84).

### Socialkonstruktionismen i et kritisk perspektiv

Socialkonstruktionismen har været genstand for megen kritik. Blandt andet har socialkonstruktionismen måtte stå på mål for spørgsmål som "Benægter konstruktionismen den materielle verden og dens virkelige problemer med hensyn til liv og død?... Dekonstruerer konstruktionismen sig selv?... Benægter konstruktionismen betydningen af personlig erfaring og andre mentale fænomener?... Hvis alt det vi betragter som virkeligt og godt, er konstrueret, hvad er det så værd at gøre? ...Hvordan kan konstruktionister gøre rede for naturvidenskabernes indlysende landvindinger?" (Gergen 2010. S.211). Konstruktionismen har hverken i sinde at benægte eller bekræfte disse spørgsmål, men forholder sig til at i det øjeblik nogen udtaler sig om hvad der objektivt er sandheden, så er det med udgangspunkt i en given tradition, hvor der er et sæt foretrukne værdier. Konstruktionismen har altså ikke i sinde at benægte eksempelvis døden eller forurening, men at måden disse fænomener forstås og italesættes på er forskellige alt efter hvilken tradition der forholder sig til disse (Gergen 2010. S.211). Ud fra den socialkonstruktionistiske tankegang er man altså forbeholden, hvis nogen påstår de har fundet sandheden og virkeligheden,

men er hele tiden nysgerrig på dem der søger sandheden og virkeligheden. Hvis man hævder at have fundet 'det virkelige', så afskærer man sig samtidig fra andre handlemuligheder, fordi alternative diskurser bringes til tavshed. Det samme sker når man binder sig til et sprog indenfor en bestemt diskurs, så mister man nuancer og der lukkes af for at gå i dialog (Gergen 2010. S.213). Den konstruktionistiske tankegang er ligeledes blevet kritiseret for sin manglende redegørelse for magtudøvelse samt at redegøre for den menneskelige adfærds biologiske grundlag. Her er det væsentligt at påpege at socialkonstruktionismen ikke er en grundlæggende ontologi eller epistemologi. Socialkonstruktionismen har ingen intentioner om at sige at der ikke er nogen krop, følelser eller menneskelige intentioner og benægter dermed ikke de påstande der måtte være om hvad der er i verden. Det er dog socialkonstruktionismens hensigt at åbne op for andre alternativer end eksempelvis at det der synes at være naturgiven, har rod i kulturhistorien. Socialkonstruktionismen er en mulighed for at afmontere kategorier som eksempelvis kulturhistorien, sin autoritet og give plads til andre muligheder for forståelse og erkendelse af verden (Gergen 2005. S.10).

## Metode

I dette speciale er empirien indsamlet gennem kvalitative interviews. Hvad det kvalitative interview dækker over, vil jeg beskrive ved hjælp af Svend Brinkmann og Steinar Kvale. Ligeledes vil jeg beskrive hvordan jeg har håndteret den data jeg har indsamlet samt de valg jeg har taget i forhold til min måde at transskribere mine interviews på. Først vil jeg kort beskrive hvordan jeg har opnået kontakt med informanterne og på hvilken måde interviewene er foretaget.

### Socialkonstruktionismens betydning for metodisk tilgang

Som socialkonstruktionistisk forsker er jeg gennem min metodiske tilgang opmærksom på hvordan traditionelle forskningsmetoder har en magt til at skabe virkelighed, på baggrund af en objektiv verden der er adskilt fra forskeren. Den konstruktionistiske forskningstilgang søger ikke at trække virkeligheden ud af informanter, men i stedet konstruerer forskeren en verden hvori informanternes informationer virker åbenbare. Som socialkonstruktionistisk forsker er jeg derfor bevidst om at jeg gennem min metodiske tilgang konstruerer en sandhed der virker åbenbar indenfor det fællesskab hvori min problemstilling udspiller sig. Min metodiske tilgang er derfor også præget af min bevidsthed om at virkelighed og sandhed findes i fællesskaber, der er opbygget på hver deres traditioner understøttet af særlige værdier (Gergen & Gergen 2005. S.53). Det er væsentligt at have for øje at de traditionelle forskningsmetoder, der bygger på bestemte undersøgelsesmetoder, har den



bivirkning at de der ikke anvender disse metoder ikke anerkendes som gyldige svar jvf. Videnskaben. Det er ikke socialkonstruktionismens hensigt at undergrave de videnskabelige metoder, men at nedbryde den autoritetsposition, som videnskaben har til at fremkomme med "det sande". Som socialkonstruktionist er intet sprog, dermed heller ikke videnskabens, i stand til at afbilde verden som den er, da der findes utallige muligheder. "Fordi videnskabsfolkene gør krav på sandheden, er deres redegørelser tilbøjelige til at finde vej ud i samfundet og forme samfundets opfattelse af, hvad der er tilfældet." (Gergen 2010. S.38). Den socialkonstruktionistiske tankegang ser de videnskabelige påstande, som sociale konstruktioner, i en kulturel tradition. Dermed anses videnskaben ikke som den objektive sandhed, men der skabes plads til dialog hvor flere sandheder, værdier og traditioner kan komme til orde (Gergen 2010. S.39). Som socialkonstruktionistisk forsker er jeg bevidst om hvordan jeg i forbindelse med min tilknytning til Aalborg Universitet, tager del i traditionel forskning, ved at anvende anerkendte forskningsmetoder i forbindelse med min undersøgelse. Denne rapport og dens opstilling bærer også præg af læringsmodellen for forskningsbaseret læring og viden (Aau.dk - Aalborg modellen). Set i lyset af den socialkonstruktionistiske tankegang vil jeg ved at indgå i og benytte mig af den forskningsbaserede tilgang og metoder, afskærer andre handlemuligheder for at undersøge min problemstilling og dermed bringe andre stemmer end videnskabens til tavshed (Gergen 2010. S.38). Det betyder ikke at socialkonstruktionismen ikke anerkender at der er behov for fælles metoder og tilgange indenfor bestemte traditioner, eksempelvis har de fleste mennesker også svært ved at leve uden den sociale konstruktion vi kalder tiden, for at kunne leve et meningsfuldt liv. Bestemte metoder, sprog og redskaber giver altså mening indenfor hver deres tradition, men ikke nødvendigvis på tværs af traditioner. Mit valg af metode til empiriindsamling er det kvalitative interview, der bygger på en samtalebaseret tilgang der baserer sig på de talrige relationer vi har haft til andre mennesker. Selve begrebet interview, skal forstås som en udveksling af synspunkter mellem to eller flere mennesker. Altså en nærmest dialogisk tilgang til empiriindsamling, der hænger godt sammen med den socialkonstruktionistiske ønske om at åbne op for den kollektive dialog (Gergen 2010. S.38). Det er klart at interviewmetoden fastlåser mig til at anvende bestemte metoder og skærer derved alternative indfald fra. Måden jeg som socialkonstruktionistisk forsker, forholder mig til mine interviews er min bevidsthed om at det jeg tolker ud fra informanternes udsagn, udspringer fra forskellige de traditioner og relationelle forhold jeg har været.

### At skabe kontakt til felten

Det første arbejde med at skabe en kontakt til det felt jeg undersøger indenfor, påbegyndte længe før specialestart. Det gjorde det fordi at det er vigtigt at man fra begyndelsen og gerne før, etablere kontakt til felten. Ved hurtig kontakt, kommer man godt fra start og vil opleve at de samtaler og interviews der foretages vil skabe hurtigt og stor udvikling i forhold til den viden man opnår indenfor felten (Bitsch Olsen & Pedersen 2015. S. 175). Jeg har været opsøgende på forskellige facebookgrupper samt LinkedIn profiler, som jeg har tænkt kunne give interessante bidrag og oplysninger til mit speciale. Ligeledes har jeg haft mailkorrespondance og videomøde med Kjeld Sandahl Skov, der er lederkonsulent ved SL (Socialpædagogerne). Jeg har talt med forstander på Diakon Højskolen i Aarhus Jens Maibom, og talt med mine kollegaer i den socialpædagogiske praksis. Alle disse indgange til felten og min opsøgende tilgang til det område jeg undersøger indenfor, har givet mig en bred viden om hvor omfangsrigt et emne det er jeg har taget op. Min kontakt til felten har været præget af en afslappet tilgang, med det fokus at opnå en god dialog om det emne jeg er interesseret i at undersøge. Jeg har talt med mennesker der har stor viden indenfor feltet og emnet, hvilket har gjort at jeg let har kunne vække interesse for emnet og at dialogen har været let og forståelig for alle parter (Bitch & Pedersen 2015. S.175).

### Forberedelse til interview

Det vigtigste når man skal lave en undersøgelse, er at vide hvad det præcist er man vil undersøge. Det får nemlig stor betydning for hvilke spørgsmål der er væsentlige at stille i sit interview. Man skal altså gøre sig klart hvilket tema man ønsker at undersøge og dernæst også fra hvilken vinkel man vil undersøge dette tema fra. Ligeledes skal man overveje om det kvalitative interview er den passende metode til at trække den viden ud man ønsker at ende ud med (Brinkmann 2014. S.69). Det kvalitative er rigtig godt når det handler om at undersøge hvordan andre oplever et bestemt emne. Den individuelle oplevelse af noget, kan undersøges gennem det kvalitative interview, og da interviewets kommunikation foregår gennem sprog, er det også en oplagt metode til at undersøge og studere sproget og måden mennesker kommunikerer (Brinkmann 2014.S70). Jeg har i dette speciale fokus på informantens individuelle oplevelse af de situationer og emner, som mine spørgsmål drejer sig om.

### Interviewguidens funktion i det semistrukturerede interview

Som redskab til at sikre at jeg gennem mine interviews kommer omkring de eller det emne jeg ønsker at opnå indsigt i fra informanternes oplevede liv, har jeg benyttet mig af en interviewguide.

Min interviewguide tager udgangspunkt i mine operationaliseringsspørgsmål, som jeg har oversat til spørgsmål i et mere afslappet sprog, med det formål at informanterne vil kunne give gode og fyldige svar. Operationaliseringsspørgsmålenes akademiske og ofte abstrakte formulering, er tvivlsomt anvendelige som interviewspørgsmål og vil formodentlig ikke føre til righoldigt og anvendeligt materiale til ens analyse (Kvale & Brinkmann 2009. S.152). Mit første interview var på mange måder mindre semistruktureret end det sidste, hvilket afspejler, hvordan jeg i takt med at føle mig mere sikker i min interviewstil oplevede, hvordan jeg kunne afvige fra interviewguiden og føre en egentlig samtale med informanten. Det er min oplevelse at når man går ud over interviewets struktur, kommer man til at føre interviewet i en retning der kan skabe en større forståelse for interviewpersonens oplevede livsverden. Det at kunne stille opfølgende spørgsmål til informantens svar, giver plads til at der opstår et større spillerum for at følge op på de vinkler, som man som interviewer ønsker at høre mere om (Brinkmann 2014. S38-39). Min interviewguide har altså til formål at agere ramme om interviewet og så vidt muligt sikre at jeg kommer omkring det jeg ønsker at undersøge i henhold til mine operationaliseringsspørgsmål.

### Det kvalitative interview

I undersøgelser indenfor det samfundsvidenskabelige, pædagogiske og sundhedsvidenskabelige område, har samtalen altid været brugt til at opnå viden om mennesker og deres måder at opleve verden på. Videns producerende samtaler, hvor der søges indsigt i hvordan mennesker tænker om bestemte emner, hvordan de føler og udvikler sig i grupper og som individer, kalder vi nu om dage for interview (Brinkmann 2014. S15). Når man udfører kvalitative interviews, er formålet at opnå en forståelse af verden, set fra informanternes perspektiv. Som interviewer er min opgave at lede informanten i retningen af det bestemte tema jeg ønsker at undersøge, dog uden at pådutte informanten bestemte meninger. Gennem udførelse af interviewet kan der opstå situationer hvor informanten oplever flere og nye aspekter af det emne, som interviewet har fokus på. Dermed kan det semistrukturerede interview være en læreproces både for interviewer og informant (Kvale & Brinkmann 2009. S.48-49). Det er altså muligt gennem kvalitative forskningsinterview at producere ny viden. Med dette opstår der et epistemologisk spørgsmål, hvori består viden og hvordan skal den opnås. Ved at opstille to forskellige epistemologiske opfattelser af interviewprocessen, kan vi se på den viden der opnås som indsamling af viden eller konstruktion af viden. Ud fra de to epistemologiske opfattelser af videns indsamling, kan vi betegne intervieweren som henholdsvis minearbejder eller rejsende. Som minearbejder opfattes viden som noget der allerede er til stede og som bare skal "graves" frem fra informantens viden. Som rejsende har man en mere konstruktiv

forståelse af viden, som er forbundet med en samtaletilgang (Kvale & Brinkmann 2009. S.66-67). Det er klart at jeg på baggrund af mit videnskabsteoretiske ståsted, ser på viden som en konstruktion gennem den samtale jeg har haft med informanterne. Jeg kan derfor beskrive mig selv som den rejsende i forhold til min tilgang til videns produktion gennem interview. Megen humanistisk forskning er baseret på samtale og er en uundværlig kilde til viden når det handler om sociale og personlige aspekter af vores liv. Når samtalen bliver genstand for forskning, kan det være en fordelagtig idé at udarbejde nogle bestemte teknikker og metoder for samtalen, som det er tilfældet med det kvalitative interview (Brinkmann 2014. S17).

### Iscenesættelse af interview

De første par minutter af interviewet har stor betydning for informanterne. Det er vigtigt at de føler en vis tillid til interviewer, for at turde fortælle frit om deres oplevelser og følelser til en ellers helt fremmed person. Som interviewer er det vigtigste man kan gøre at vise at man er lyttende og opmærksom på hvad informanten fortæller samt udviser respekt og forståelse. Som interviewer skal man gerne udvise ro og det er vigtigt at have fuldstændig styr på hvilken retning man ønsker at dreje interviewet i (Kvale & Brinkmann 2009. S.149). Inden jeg foretog mine interviews, havde jeg informeret informanterne om emnet for interviewet samt hvilken platform interviewet gerne skulle foretages på. Ligeledes havde jeg informeret om at jeg ville optage interviewet samt at interviewet ville være anonymt, forstået på den måde at informanternes navne samt arbejdspladser ikke ville blive nævnt i undersøgelsen eller den efterfølgende analyse. Ved to af informanterne fortsatte min samtale med dem efter interviewet officielt var afsluttet, hvilket gav både informanten og jeg som interviewer en ekstra mulighed for at tale om undersøgelsens emne og formålet med undersøgelsen. Hvis der efter afsluttet interview dukker nye og interessante emner op, kan man som interviewer overveje om denne information skal inddrages i den egentlige undersøgelse (Kvale & Brinkmann 2009. S.149-150). Jeg har foretaget fem interviews, som alle er udført over Messenger videoopkald. Optagelserne af mine interviews er efterfølgende blevet transskriberet.

### Transskription

For at kunne arbejde med sine interviews i en analyse, er transskriptionen en fordelagtig måde at håndtere sine interviews på. Det at ens interviews går fra at være lydoptagelse til skriftligt, er den første del af ens analyse da der allerede her opstår refleksioner og tanker om det der egentlig bliver talt om i interviewet (Kvale & Brinkmann 2009. S.202). Transskription er en tidskrævende proces og alt efter anvendelsesformålet kan transskriptionerne være mere eller mindre detaljeret i forhold

til at synliggøre pauser, betoning på ord, fnis, støj i baggrunden mf. Det er hensigtsmæssigt at have så mange detaljer med, hvis ens transskription skal være genstand for konversationsanalyse eller en detaljeret sproglig analyse (Kvale & Brinkmann 2009. S.203). Der findes ingen universel måde at lave sine transskriptioner på, dog skal man gøre sig nogle valg i forhold til hvor meget der er væsentligt at registrere, hvilket igen er afhængig af transskriptionernes anvendelsesformål. For mine transskriptioner har jeg ikke set det som nødvendigt at registrere pauser, tonation eller følelsesudtryk, da jeg ikke skal analysere på sproglig stil eller socialt samspil (Kvale & Brinkmann 2009. S.204-205).

### Interviewanalyse som teoretisk læsning

At arbejde med sine interviewtekster ud fra en bestemt teoretisk tilgang vil sige at udvalgte udsagn i teksten belyses ud fra en bestemt teoretisk vinkel. Denne måde at arbejde med sine interviewtekster vil fremhæve bestemte aspekter af teksten i henhold til den valgte teoretiske tilgang. Ved at anvende denne metode vil man som forsker gennemlæse sine interviewtekster flere gange og reflektere over emner og temaer uden at anvende specifikke systematiske metoder som værktøj i sin analyse. Dette er en metode der er anvendt i mange betydningsfulde undersøgelser gennem de seneste årtier (Kvale og Brinkmann 2009. S.261-262). Ved at anvende teoretisk læsning som metode til analyse af sine interviewtekster, kan man frembringe nye dimensioner af ens emne frem. Dog kan den teoretiske læsning også være årsag til at der opstår en meget ensidig fremstilling af indholdet i interviewteksterne, hvor det der belyses udelukkende, afspejler den valgte teoretiske retning. Dette kan medføre at man ikke får øje på nye og ikke tidligere opdagede sider af det emne der udforskes (Kvale & Brinkmann 2009. S.264-265). Måder at undgå denne teoretiske ensidighed kan være at forsøge at komme lidt på afstand fra sin forståelse af egen læsning, ved at forholde sig reflekterende i forhold til egne forudsætninger i forhold til det emne der forskes og forsøge at sætte egne begreber til side og bestræbe sig på at læse teksterne med åbenhed, præcis som de fremtræder (Kvale & Brinkmann 2009. S.265). Forskerens beherskelse af det valgte teoretiske afsæt får også betydning for ens interviewanalyse og ligeledes får forskerens sensitivitet overfor temaet betydning for udfaldet af analysen. Det er forskerens opgave at argumentere for at de fremanalyserede resultater er troværdige, da der ikke ved denne metode valideres på baggrund af en specifik metodisk tilgang (Kvale & Brinkmann 2009. S.265).

## Etiske overvejelser

I forbindelse med at skulle igangsætte denne undersøgelse, som specialet bygger på, har jeg gjort mig klare overvejelser om hvorledes jeg bedst ville komme i mål med at indsamle empiri. Det første jeg stødte på, var udfordringen med at finde informanter, som ville stille op til interview. For ikke at nogen skulle føle sig påtvunget til at deltage, søgte jeg efter nyuddannede socialpædagoger på facebookside "socialpædagog til socialpædagog", hvor dem der havde lyst kunne kontakte mig. Det var vigtigt for mig fra starten at pointere at undersøgelsen ville være anonym og at der heller ikke ville nævnes navne på informanternes arbejdspladser. Mine overvejelser omkring anonymisering af både informant og arbejdsplads var at jeg på den måde kunne få mere ærlige og umiddelbare svar i mine interviews, når informanten ikke skulle bekymre sig om at komme til at udtrykke sig på måder, der kunne få arbejdspladsen eller kolleger til at fremstå negativt. At nævne navne eller arbejdspladser anser jeg helle ikke som relevant for min undersøgelse og ved at anonymisere beskytter jeg informanternes fortrolighed (Brinkmann 2014. S.75). I forbindelse med mine overvejelser om hvorvidt det kvalitative interview var den rette metodiske tilgang til denne undersøgelse, vurderede jeg først hvad der væsentligt for mig at få frem af data. Det stod ret hurtigt klart at jeg med den kvalitative interviewform, ville have de bedste forudsætninger for at få et fyldestgørende materiale til videre analyse samt den metode der forekom mig mest naturlig, i og med at min/vores relation til andre mennesker er samtalebaseret (Brinkmann 2014. S.16). Af rent praktiske årsager var det ikke noget jeg reflekterede længe over, hvorvidt interview var den rette metode, set i lyset af den nuværende pandemi vi står i og dermed har begrænset mulighed for adgang til felten på et fysisk plan. I forbindelse med forberedelsen til interview lagde jeg vægt på at få udformet en interviewguide, hvor mine operationaliseringsspørgsmål blev oversat til interviewspørgsmål, som for informanterne var forståelige og som de kunne se en mening med. I forbindelse med interviewet spørger jeg ind til de nyuddannedes identitetsdannelse, efter de kommer ud i den socialpædagogiske praksis. Det er klart at når jeg spørger ind til menneskers identitetsdannelse, så er det forbundet med etiske overvejelser om hvordan man spørger og hvor meget jeg har behov for at vide, da jeg her bevæger mig ind på et mere personligt og intimt område af informanternes oplevelser (Brinkmann 2014. S.75).

## Overvejelser over teorivalg

Det at undersøge nyuddannede socialpædagogers oplevelse af mødet med de sundhedsfaglige opgaver i den socialpædagogiske praksis samt sammensætningen af personalets betydning for de

nyuddannede socialpædagogers oplevede fagidentitet, handler dybest set om læring og faglig identitet. Altså føler de nyuddannede at de besidder kompetencerne til at varetage de til tider komplekse sundhedsfaglige opgaver, der på samme tid udfordre deres socialpædagogiske faglighed når de det ene øjeblik kan stå og behandle en borgers smertefulde liggesår og bagefter skal genopbygge tillid til borgeren, der skal motiveres og guides til at tage del i de daglige rutiner. Hvordan skaber de nyuddannede mening med de opgaver der ellers er så forskellige fra deres faglighed som socialpædagoger og hvad gør det ved deres faglige identitet? Jeg forstår læring som en social proces der sker på baggrund af deltagelse i et fællesskab, dermed er det nærliggende at anvende Etienne Wengers teori om praksisfællesskaber, der indeholder begreber som deltagelse, tingsliggørelse, meningsforhandling, praksiskonstellationer, identitet, uddannelse mf. Med dette teoretiske afsæt får jeg adgang til en begrebsverden der kan beskrive de processer der foregår når en nyuddannet socialpædagog bevæger sig fra uddannelse og ud på arbejdsmarkedet i den socialpædagogiske praksis. Hvordan det opleves at tage del i et praksisfællesskab hvori der skal forhandles mening med fælles engagement, fælles virksomhed og fælles repertoire, set i lyset af at en del af de opgaver den nyuddannede socialpædagog skal varetage, ikke ligger inden for dennes kompetenceområde rent uddannelsesmæssigt.

### Praksisfællesskaber

Etienne Wenger står bag teorien om praksisfællesskaber, som er en teori om social læring. Der findes mange forskellige læringsteorier der hver især er anvendelige til forskellige formål. Denne læringsteori tager sit afsæt i fire opstillede præmisser, der er defineret således:

“ Vi er sociale væsener, Denne kendsgerning er på ingen måde triviel, men et centralt aspekt af læring.

Viden drejer sig om kompetence med hensyn til værdsatte virksomheder - såsom at synge rent, opdage videnskabelige kendsgerninger, reparere maskiner, skrive digte, være selskabelige, vokse op som dreng eller pige osv.

Indsigt er et spørgsmål om deltagelse i udøvelsen af sådanne virksomheder, dvs. Om aktivt engagement i verden.

Mening - vores evne til at opleve verden og vores engagement deri som noget meningsfuldt - er i sidste instans det, læring skal producere.” (Wenger 2004. S.14).

Denne teori fokuserer altså på det at være en del af et fællesskab, hvor læring ses som en del af det at være socialt deltagende i en praksis. Den sociale deltagelse skal ses om en proces, der består i aktivt at tage del i de sociale fællesskabers praksis samt det at konstruere identiteter i relation til fællesskabet. Rammerne for læring i denne teori, indbefatter komponenterne Fællesskab, praksis, mening og identitet (Wenger 2004. S.14-15). Teorien om praksisfællesskaber skal dermed ses som en situeret læringsproces, som beskrevet af Jean Lave i begyndelsen af 1990'erne. At læring er situeret retter fokus mod at forstå læring som foregående i den praksis det enkelt individ deltager i, hvilket gør læring til et socialt fænomen, der skal forstås kontekstuel og relationelt. Ligeledes skal den menneskelige erkendelse også forstås ud fra de praksisfællesskaber individet er deltagende i. Læring, viden og kognition skal altså forstås ud fra det enkelte individs deltagelse i komplekse relationelle netværk (Qvortrup & Wiberg 2013. S.173-175)

### Praksis

Begrebet praksis er ud fra Wengers definition altid social, da praksis betyder handling i en social og historisk kontekst. Det er i en sådan praksis at det vi praktiserer får mening og dermed kan defineres som et praksisfællesskab, hvor medlemmerne er indbyrdes afhængige af hinandens kompetencer for at gøre deres arbejde muligt (Wenger 2004. S61). Praksisbegrebet er omfattet af mange faktorer, det omfatter både det sagte og det usagte samt procedurer, sproget, dokumenter, specifikke opfattelser, grundlæggende antagelser mm. Det er væsentligt at kende til disse faktorer for at opleve sig selv som medlem af i praksisfællesskabet og det er afgørende at kende til de tavse konventioner og de ikke udtrykte tommelfingerregler for at den fælles virksomhed skal lykkes (Wenger 2004. S61). Den tavse viden i form af de grundlæggende antagelser og de uudtrykte tommelfingerregler er også det der ofte tages for givet og dermed kan risikere at forblive på et individuelt ubevidst plan. Praksis og begrebet praksisfællesskaber omfatter altså både det vi siger og gør og ligeledes det implicite (Wenger 2004. S62).

### Mening

Praksisbegrebet rummer også en ret vigtig del, nemlig følelsen af mening. "Praksis er først og fremmest en proces, hvorigennem vi kan opleve verden og vores engagement deri som meningsfuld." (Wenger 2004. S.65). Det kræver altså en oplevet følelse af meningsfuldhed for at engagere sig i, handle og agere i en given praksis. Wenger benævner et eksempel med det at male et maleri, hvor de enkelte dele og mekanismer ikke er meningsgivende som enkeltdele. Det tomme lærred, farverne, penslerne, de avancerede teknikker, der alle udgør en del af det færdige resultat,



nemlig maleriet, som tilsammen og til sidst giver oplevelsen af mening. (Wenger 2004. S.65). Mening skal forstås som en hverdags erfaring og meningen opstår i en proces kaldet meningsforhandling. Denne meningsforhandling sker som følge af et samspil mellem det Wenger kalder deltagelse og tingsliggørelse. Samspillet mellem deltagelse og tingsliggørelse er det der skaber oplevelsen af mening med praksis (Wenger 2004. S.66).

### Meningsforhandling

Det at skabe mening i praksis er skabt på baggrund af gentagne mønstre, som eksempelvis at spise frokost i det samme cafeteria hver dag med de samme kolleger på det samme tidspunkt. Man kender alle sine kolleger godt og alligevel tales der hver dag, måske om noget der henviser til tidligere samtaler eller oplevelser og på den baggrund skabes der nye situationer og oplevelse af meningsfuldhed. Med et sådan syn på mening kan hele livet kategoriseres som en lang meningsforhandlingsproces (Wenger 2004. S.67).

### Deltagelse og tingsliggørelse

Med begrebet deltagelse mener Wenger "At have eller tage del i eller være fælles med andre om..." (Wenger 2004. S.70). Deltagelse handler altså både om det relationelle samt selve deltagelsesprocessen. Deltagelse beskriver det oplevede medlemskab i forhold til at leve i en verden hvor man er medlem af flere forskellige sociale fællesskaber. Ved deltagelse er der mulighed for oplevelse af gensidig genkendelse i forbindelse med at tage del i samtaler. Denne gensidige genkendelse gør at deltagerne er med til at forme hinandens oplevelse af mening, hvilket gør at de kan genkende noget af sig selv i hinanden. På den måde bliver deltagelse et led i ens identitetsdannelse. Wenger benytter begrebet *deltagelsesidentitet*, der definerer en identitet skabt på baggrund af deltagelsesrelationer (Wenger 2004. S.71). I sammenhæng med deltagelse benytter Wenger begrebet *tingsliggørelse*, som handler om måden hvorpå vi projicerer vores meninger ud i verden og efterfølgende oplever dem som noget eksisterende og som i sig selv er virkelige. Når vi taler om den socialpædagogiske verden kan en form for tingsliggørelse være en bestemt teori, som man arbejder ud fra. Teorien er ikke noget i sig selv, men når man begynder at tænke ud fra den, bliver den levende. Socialpædagogiske teorier er altså en tingsliggørelse af socialpædagogisk praksis og teorierne kan tjene som fokuspunkt for meningsforhandlinger. Tingsliggørelsen spiller en central rolle for praksis og alle former for praksis skaber værktøjer, historier, abstraktioner og symboler, der får praksis til at fremstå i stivnet og tingsliggjort form (Wenger 2004. S.73).

## Fællesskab

Når praksis forbindes med fællesskab, er det ikke ensbetydende med at alle fællesskaber er praksis. Med kobling af de to begreber til praksisfællesskab sker der to ting:

“1. Den giver en mere håndterlig karakteristik af praksisbegrebet - især ved at skelne fra mindre medgørlige udtryk som kultur, virksomhed eller struktur.

2. Den definerer en særlig slags fællesskab - et praksisfællesskab.” (Wenger 2004. S.89).

Forbindelsen mellem praksis og fællesskab er beskrevet ved tre dimensioner, gensidigt engagement, fælles virksomhed og fælles repertoire (Wenger 2004. S.90).

## Gensidigt engagement

Det gensidige engagement skal ses som sammenhængskraften i et fællesskab. På baggrund af deltagerne gensidige engagement og måden hvorpå de engagerer sig i handlinger der indbyrdes forhandles mening om, eksistere praksis. M.a.o. Opstår praksis på baggrund af de menneskelige relationer af gensidigt engagement. At opleve at være en betydningsfuld del i et fællesskabs praksis er en forudsætning for at engagere sig og er definerende for ens tilhørsforhold i praksisfællesskabet (Wenger 2004. S.90-92). Vores egne og andres kompetencer er forbundet med det gensidige engagement, hvilket vil sige at vi skal udnytte vores evne til at skabe meningsfulde forbindelser mellem det vi selv mestre og det vi ved andre mestrer. Medlemmer i praksisfællesskaber kan have forskellige roller eksempelvis på socialpædagogiske botilbud kan der både være ansat socialpædagoger og sygeplejersker, hvis kompetencer står i et komplementært forhold til hinanden. I den fælles praksis med forskellige kompetencer til rådighed, er der ikke grund til at vide alting selv, men derimod at vide hvor og hvem man skal have fat når noget ligger udenfor egen kompetenceområde. Uanset om praksis bygger på forskellige kompetencer eller måske overlappende kompetenceformer, er det fælles at fælles praksis bygger på gensidigt engagement (Wenger 2004. S.93-94).

## Fælles virksomhed

Den fælles virksomhed er et resultat af en kollektiv forhandlingsproces, hvori kompleksiteten af det gensidige engagement afspejles. Deltagerne i praksisfællesskabet definerer den fælles virksomhed i forbindelse med udøvelsen af denne. Den fælles virksomhed skaber relationer af gensidig ansvarlighed blandt deltagerne, som på den måde kommer til at indgå som en integreret del af praksis (Wenger 2004. S.95). At have fælles virksomhed er ikke ensbetydende med at alle i

praksisfællesskabet er enige, men det hentyder til at det er en fælles forhandlet virksomhed hvor der deles arbejdsvilkår, der handles på ensartede måder og medlemmerne står overfor de samme problematikker og dilemmaer (Wenger 2004. S.96).

### Fælles repertoire

Indenfor det fælles repertoire skaber medlemmerne meningsfulde måder at opfatte verden på da det fælles repertoire omfatter den diskurs medlemmerne har skabt mening med i praksis. Det fælles repertoire handler altså om sprog, rutiner, måder at gøre tingene på, symboler og historier mm. (Wenger 2004. S.101). Det handler også om hvordan hvert medlem udtrykker sit medlemskab samt deres individuelle identiteter som medlemmer. Repertoiret kan betegnes som fællesskabets ressourcer på baggrund af to flg. kriterier “1. det reflekterer et gensidigt engagements historie. 2. det er af natur flertydigt.” (Wenger 2004. S.101).

### Praksiskonstellationer, diskurser og stile

I et praksisfællesskab er deltageres kendskab til hinanden ikke en nødvendighed, men jo mindre de kender til deres kolleger, jo mere ligner det ét sæt forbundne praksisser frem for en fælles. Deltageres vurdering af hinandens adfærd og handlinger behøver ikke henregnes til fælles virksomhed. Dog kan der stilles spørgsmål til om der er tale om en virksomhed, med en flok samlede deltagere der har ydet en indsats for at forhandle om det fælles foretagende (Wenger 2004. S.148-149). Nogle konfigurationer er altså for forskelligartede til at kunne opnå deltageres engagement og man kan dermed se disse praksisfællesskaber som individuelle eller som konstellationer af indbyrdes forbundne praksisser. Begrebet konstellation henviser til at relatere til hinanden enten på baggrund af beslægtede virksomheder, at de deler sammen vilkår, har overlappende stile eller diskurser, tilhører samme organisation eller at de har fælles historiske rødder. Ens praksis kan altså være en del af flere forskellige konstellationer på tværs af faggrupper og praksisfællesskaber defineres ud fra måden det forhandler sin position blandt konstellationerne (Wenger 2004. S.151-152). At betragte et fællesskab som værende en konstellation mere end et praksisfællesskab beror blandt andet på den forskellighed der kan være blandt deltagerne. En praksis medfører ikke nødvendigvis ensartethed, samarbejde eller enighed, men deltageres forskellige identiteter og perspektiver påvirker og griber ind i hinanden. Forskelligheden finder altså sted internt i praksis hvor deltagerne har forhandlet fælles engagement. En konstellations sammenhæng skal forstås i forhold til det samspil der finder sted mellem praksisser. Det er drejer sig eksempelvis om grænsepraksisser, overlapninger, forskellige stile der importeres,

genfortolkning af adfærd i en identitetsskabelsesmæssig sammenhæng og diskurser der kombineres til bredere diskurser på baggrund af koordinerede virksomheder. Diskurser og stile kan bevæge sig over grænser og tilpasses og genfortolkes alt efter hvilken praksis de indføres i (Wenger 2004. S.153). Stile og diskurser udgør ikke praksis i sig selv men bliver et element i forhold til meningsforhandlinger samt identitetsdannelse. Praksisfællesskaber danner også indbyrdes diskurser og stile, der danner baggrunden for bredere praksiskonstellationer (Wenger 2004. S.154).

## Identitet

Opbygningen af identitet er en integreret del af social læringsteori og ved at se nærmere på identitet, ud fra Wengers perspektiv, rettes fokus mod det enkelte individ, dog anskuet fra et socialt perspektiv. "Begrebet identitet tjener som akse mellem det sociale og det individuelle, således at de kan beskrives i forhold til hinanden." (Wenger 2004. S.169). Wenger arbejder altså med to sider af identitet, men har fokus på den del der foregår i praksisfællesskaber, altså den sociale side af identitet. I forhold til Richard Jenkins definition af identitet, som anvendes i begrebsafklaringen, anskuer Wenger identitet på samme måde da de begge har fokus på samspillet mellem individ og omgivelser. Når det handler om opbygning af identitet i sociale fællesskaber sker det i forbindelse med meningsforhandlinger om det oplevede medlemskab i praksisfællesskabet. Identiteten bliver altså forhandlet i en social kontekst og i forbindelse med udførelsen af sit arbejde (Wenger 2004. S. 169-170). Ifølge den britiske sociolog Anthony Giddens skal identitet forstås som resultatet af stadige refleksive processer, hvorigennem ens selvopfattelse rekonstrueres og konstrueres på baggrund af omgivelsernes impulser (Illeris 2007. S.150). Ens identitet er altså konstant under forandring og udgør en af komponenterne i en social teori om læring, som teorien om praksisfællesskaber bygger på. Læring ændrer og skaber personlige udviklingshistorier, der ændrer hvem vi er. Denne forandrende læring er altså en del af det der finder sted indenfor fællesskabets rammer (Illeris 2012. S.142). Identitet er i et praksisfællesskab en konstant tilblivelse, der tilbliver i et samspil mellem førnævnte tingsliggørelse og deltagelse. Det at identitet hele tiden er under konstant tilblivelse, betyder også at identitet ikke er noget vi på et bestemt tidspunkt i livet kan siges at være færdige med eller bliver tilegnet på et bestemt udviklingsniveau i vores liv. Individets identitet danner med tiden baner på tværs af og i praksisfællesskaber. Ved at benytte begrebet baner hentydes til at identitet ikke skal ses som et fastlagt forløb med en endelig destination, men hentyder til at identiteten ikke følger en lineær vej der på forhånd kan vides. Wenger opstiller fem former for identitetsskabende baner i et praksisfællesskab. Den første er perifere baner, der ikke nødvendigvis fører til fuld deltagelse i praksisfællesskabet, men dog kan placeringen i denne bane

stadig påvirke og bidrage til ens identitet. For nyankomne der søger at opnå fuld deltagelse i fællesskabets praksis, vil de befinde sig i de indadgående baner. Deltagelsen kan stadig være perifer men identiteten investeres i det fremtidige mål om fuld deltagelse. Når de er opnået fuldt medlemskab befinder man sig i insider baner. Det betyder ikke at ens identitet er færdigforhandlet, da udvikling af praksis fortsætter i takt med at der stilles nye krav, der opfindes nye metoder og redskaber og der sker nye hændelser, som skaber grobund for fortsat genforhandling af identitet. Der findes også baner der spænder mellem og forbinder forskellige praksisfællesskaber, disse kaldes grænsebaner. Her kan det være en udfordring at bevare identitet når man bevæger sig mellem og agere bindeled mellem praksisfællesskaber. Som de sidste baner nævnes udadgående baner. Her er man på vej væk fra et fællesskab, hvilket indebærer at man indlysende nok skal positionere sig anderledes i forhold til det givne praksisfællesskab og begynde at opfatte sig selv og egen identitet på en ny måde. Disse fem baner er de mulige positioner hvori man kan indgå i et praksisfællesskab og hvilke alle bidrager på forskellig vis til ens identitet der hele tiden er til forhandling i forbindelse med at man også som medlem i et praksisfællesskab bevæger sig mere eller mindre frem og tilbage mellem og i baner (Wenger 2004. S.179-180).

### Identitet og læring i praksis

Praksisfællesskaber danner rammen for udviklingen af ny læring og dermed nye forståelser af deltagelsesidentitet. Læring skaber altså forandringer i individets måde at opfatte egen identitet på og er dermed en tilegnelsesproces, hvorigennem individet oplever at opnå viden og færdigheder der gør denne til en bestemt person eller modsat undgår at tilegne sig en bestemt deltagelsesidentitet. Praksisfællesskabet som lærende fællesskab kan altså styrke medlemmets deltagelsesidentitet på en måde hvor de måtte opleve at fastholde eller undgå at tilegne sig en bestemt deltagelsesidentitet (Wenger 2004. S.246).

### Et socialkonstruktivistisk perspektiv på Wenger

Teorien om praksisfællesskaber lægger vægt på hvordan det er gennem interaktion og deltagelse at den nyankomne tilegner sig fællesskabets meninger og derved udvikler en deltagelsesidentitet (Wenger 2004. S.233). Set i lyset af socialkonstruktivismen anses denne sociale teori om læring, som én mulighed for at forstå læring og de processer der er på spil blandt mennesker i et fællesskab. M.a.o. Betyder det at jeg i mit valg af teoretisk retning har taget aktiv stilling til hvordan jeg forstår læring, men er samtidig bevidst om at denne forståelse af læring ikke er den endegyldige sandhed om hvad læring er og hvordan sociale processer i fællesskaber forstås. Når jeg i denne rapport

forholder mig til socialkonstruktionismen og vælger at benytte Wengers teorier, er jeg på samme måde klar over at jeg afgrænser mig fra at se min problemstilling ud fra andre perspektiver end dem Wenger kan tilbyde. Jeg ser en sammenligning mellem socialkonstruktionismen og Wengers teori om praksisfællesskaber, når det handler om det at have et fælles engagement gennem meningsforhandling. Praksis eksisterer ikke abstrakt, men fordi mennesker er blevet enige om den (Wenger 2004. S.90). Ligeledes henviser det fælles repertoire også til måden hvorpå der i forskellige praksisfællesskaber, forhandles forskellige måder at tale på samt forskellige rutiner at udfører fælles virksomhed ud fra. Dette er sammenligneligt med måden hvorpå socialkonstruktionismen beskriver hvordan verden opleves forskelligt ud fra forskellige traditioner. De forskellige traditioner er bærer af forskellige diskurser, som sætter rammen for hvad der er legitimt, på samme måde som det fælles repertoire sætter rammen om hvad der i praksisfællesskabet er legitimt.

## Analyse

Denne del af rapporten indeholder analysen af min empiri. Jeg tager udgangspunkt i mine operationaliseringsspørgsmål, som jeg også har valgt at inddele analysen efter. Analysen er derfor opdelt i fire afsnit, der analyserer et spørgsmål ad gangen ud fra mit teoretiske samt videnskabsteoretiske afsæt. Der vil efter hver analysedel være en opsamlende delkonklusion.

### Analyse del 1

Hvilken plads i praksisfællesskabet oplever de nyuddannede at have i forhold til det sundhedsfaglige personale?

Ud fra mine fem interviews er det tydeligt at sammensætningen af faggrupper er styrende for hvilken plads i praksisfællesskabet de nyuddannede socialpædagoger oplever er at have. Det bliver meget tydeligt i interviewet med Pæd3, der arbejder med fjorten social og sundhedsassistenter, én sygeplejerske og to pædagoger. Pæd3 siger flg. Om sin oplevelse af at størstedelen af kollegerne er sundhedsfagligt uddannet:

*“Der er ikke ret meget plads til det pædagogiske personale derude, det har jeg også lidt min hurdle med derude.”* (Bilag 3. S.2.).

Det er min oplevelse ud fra Pæd3's udtalelse at Pæd3 oplever at være i en perifer position i forhold til det sundhedsfaglige personale, dette er ikke en plads i praksisfællesskabet, som Pæd3 finder sig tilpas med og derfor er det min tolkning at Pæd3 kæmper for at få socialpædagogerne ind på en

mere central plads i praksisfællesskabet altså det der også kaldes insider baner. Det tydeliggør at sammensætningen af personalegruppen med hovedsageligt social og sundhedsassistenter bliver den styrende for hvad der bliver meningsgivende og hvad de i praksisfællesskabet anser for at have værdi. Det samme gør sig gældende for Pæd1 der udtaler:

*“Nej det er faktisk meget pædagogisk for vi er trods alt flest pædagoger i dagligdagen.”* (Bilag 1. S.2).

Altså oplever Pæd1 også at den faggruppe der er størst, bliver styrende for det daglige arbejde. Dermed oplever Pæd1 at være i en insider bane, når det handler om positionering i forhold til sundhedsfaglige kollegaer. Det at skulle finde sin plads som socialpædagog i en praksis der er styret af sundhedsfaglige personale, kræver at de socialpædagoger der er ansat, står stærkt i deres faglighed for ikke at bliver skubbet helt ud i en perifer bane og ikke få indflydelse på det fælles repertoire hvor det netop handler om den rammesættende diskurs. Ligeledes hvordan deltagernes individuelle fagidentiteter kommer til udtryk. Pæd3 beskriver også i interviewet, hvordan de har haft uheldige oplevelser med at lade socialpædagoger håndtere medicin, så derfor har ledelsen besluttet at medicinbehandling udelukkende varetages af det sundhedsfaglige personale.

*“...os pædagoger, vi har ikke noget med medicinbehandling at gøre, det har de valgt at det er kun sundhedsfagligt personale.”* (Bilag 3. S.1.).

At vælge at dele denne opgave op, kan have en uheldig effekt på måden socialpædagogerne opfattes i praksisfællesskabet og ikke mindst hvordan de opfatter sig selv og dermed positionere sig når de i forvejen er i undertal. Når ledelsen vælger at fratage socialpædagogerne opgaven med medicinering, fremfor at give dem kompetencerne til at håndtere opgaven bedre, kan dette skubbe socialpædagogerne ud i en perifer position i praksisfællesskabet, hvor de ikke bliver anset som fulgyldige medlemmer. Når forskellen på faggrupperne, bliver så tydelig mener jeg at man kan tale om grænsepraksisser. Socialpædagogens kompetencer kommer på baggrund af ledelsens beslutning til kort og dermed overlapper den med den sundhedsfagliges praksis der tager over derfra hvor socialpædagogen ikke besidder de nødvendige kompetencer. Jeg stiller dog spørgsmålstegn ved om man kan kalde denne personalegruppe for et praksisfællesskab. Der er nok nærmere tale om en konstellation på baggrund af at de arbejder i den samme organisation. Faggruppernes stile, diskurser og repertoire er langt fra ens, hvilket de heller ikke behøver at være, dog er det essentielt for praksisfællesskabet at der forhandles en fælles mening med praksis, hvilket jeg ikke har en oplevelse af at har. Især diskurserne kan siges at være meget forskellig fra hinanden. Den

sundhedsfaglige verden er langt mere kvantitativt funderet hvor den socialpædagogiske er bygget på kvalitative metoder og retninger. At kombinere disse to fagligheder kan skabe konflikter og danne grundlag for heftige meningsforhandlinger, hvilket kan gøre det svært for deltagerne at konstruere en fælles virkelighed, hvor de arbejder mod de samme mål i praksis. Faggruppernes kendskab til hinanden er ikke en nødvendighed for at kunne betegnes som et praksisfællesskab, men jo mindre faggrupperne kender til hinandens faglighed, jo mere vil det ligne et sæt af forbundne praksisser frem for en fælles praksis der kendetegner et praksisfællesskab. Der kan dog stilles spørgsmålstejn ved om der er tale om fælles virksomhed, hvor den samlede personalegruppe har forhandlet en fælles foretagende og dermed kan der være tale om at deltageres engagement i praksis er for forskellig til at kunne opnå et fælles repertoire (Wenger 2004. S.148-149).

I forhold til de andre informanter og de socialpædagogiske tilbud de arbejder på, er der ud fra informanternes beskrivelser mere homogene personalegrupper, hvor det socialpædagogiske fylder mest i praksisfællesskabet. Dog opleves det stadig at det socialpædagogiske arbejde er noget der skal kæmpes for at styrke i praksisfællesskabet. Pæd1 har en oplevelse af at sundhedsfaglige kurser er nemmere at opnå end eksempelvis ønsket om opkvalificering af socialpædagogiske kurser.

*“... altså jeg tror det er meget nemmere at få eksempelvis et medicinkursus eller andet sundhedsfagligt kursus end pædagogiske kurser, dem skal vi virkelig kæmpe for hvis det overhovedet lykkes.”* (Bilag 1. S.1-2).

Denne oplevelse kan medvirke at det sundhedsfaglige vil blive anset som værende vigtigere end det socialpædagogiske, i og med at Pæd1 oplever at det er mere tilgængeligt at opnå kompetencer indenfor det sundhedsfaglige område i form af kurser. På baggrund af denne analyse kan de nyuddannede socialpædagoger opleve at stå i en mere perifer position i praksisfællesskabet, alt efter om de har gennemgået kurser inden for sundhedsfaglige opgaver. Modsat kan den socialpædagogiske diskurs også stå så stærkt blandt deltagerne i praksisfællesskabet, at de sundhedsfaglige opgaver ikke anses som opgaver der skal varetages af socialpædagoger og dermed bevidst fravælges. Dette er gældende for pæd5 der udtaler flg.

*“...vi frasiger os så meget medicin og alt det der, som muligt, fordi at vi har ingen forudsætninger for det.”* (Bilag 5. S.3).

Her er det socialpædagogerne der bevidst siger fra over for sundhedsfaglige opgaver og ikke som tidligere, hvor socialpædagogerne ikke måtte varetage opgaver inden for specielt det medicinske.



Den forskel der ligger i bevidst at sige fra og så at blive frataget en funktion, er med til at socialpædagogernes plads i praksisfællesskaberne er modsat hinanden for disse to arbejdspladser. Dette på baggrund af at der i det ene tilfælde vises en stærk faglig socialpædagogisk praksis, der kender til egne grænser for faglighed og den anden gruppe der har en ledelse, der udefra set kunne tyde på at vægte det sundhedsfaglige i højere grad end det socialpædagogiske, hvilket får den konsekvens at de få socialpædagoger der er på arbejdspladsen, kan få svært ved at vise sit værd i og med de har en perifer position.

### Delkonklusion

På baggrund af min analytiske gennemgang af operationaliseringsspørgsmål 1, der har til formål at undersøge hvordan de nyuddannede socialpædagoger oplever at positionere sig i praksisfællesskabet i forhold til det sundhedsfaglige personale, kan jeg konkludere at faggruppernes sammensætning får betydning herfor. Det får betydning for socialpædagogernes positionering i praksisfællesskabet om de anset med ledelsens øjne har kompetencer, eller får tilbudt at erhverve sig kompetencer til at håndtere de sundhedsfaglige opgaver, når majoriteten af personalegruppen er sundhedsfagligt uddannet. Den socialpædagogiske opgave kan i dette tilfælde have svært ved at blive anerkendt i praksisfællesskabet, når den styrende diskurs er den sundhedsfaglige. Den nyuddannede socialpædagog oplever i dette tilfælde at stå i en perifer position i forhold til det sundhedsfaglige personale, hvilket også kan skyldes ledelsens beslutning om at fratage det socialpædagogiske personale de opgaver der er omkring medicin håndtering. Altså handler det dels om sammensætning af personalegruppens fagprofiler og ledelsens oplevelse af hvad der skal være styrende for den fælles virksomhed. En anden måde at positionere sig på i praksisfællesskabet som nyuddannet socialpædagog, ser vi i forbindelse med Pæd5, der på sin arbejdsplads befinder sig i en mere indadgående deltagelsesbane på baggrund af den stærke holdning til hvilke opgaver der hører til hvilke faggrupper. Denne positionering gør sig gældende fordi socialpædagogerne på denne arbejdsplads selv er så bevidste om hvad der er en socialpædagogisk opgave og hvornår det sundhedsfaglige personale skal tage over. Positioneringen i praksisfællesskabet afhænger altså også af hvorvidt de nyuddannede selv får lov til at definere hvortil deres kompetencer går eller om de bliver "frataget" kompetencerne.

## Analyse del 2

### Oplever de nyuddannede socialpædagoger at der er forhandlet fælles mening med praksisfællesskabets formål og arbejde?

Det bliver tydeligt gennem informanternes udtalelser, hvorledes personalegruppens sammensætning også får stor betydning for den fælles forhandlede mening i praksisfællesskabet. Det er også fra socialkonstruktionismens perspektiv forståeligt at der alt efter hvilken faggruppe der spørges indtil, vil have hver sin opfattelse af hvad der skal være meningsgivende i praksis, dette illustreres meget godt ved Pæd1 udtalelse, da jeg spørger ind til om der er en fælles mening i forhold til hvad der skal være den styrende diskurs i praksisfællesskabet:

*“Nej det kommer an på hvem du spørger, hvis du spørger pædagogerne, så jo så er vi meget enige om at det socialpædagogiske det vægter langt højere end det sundhedsfaglige altså i dagligdagen men hvis du spørger sosuerne, så vil de jo mene at medicinen er alfa omega.”* (Bilag 1. S.2).

Pæd1 har altså en oplevelse af at der tænkes forskelligt om praksis alt efter hvilken faggruppe man tilhører. Der kan i dette praksisfællesskab godt være en fælles overordnet mening med den fælles virksomhed, men der trækkes på forskellige tilgange indenfor hver deres repertoire, når det handler om den diskurs medlemmerne har skabt mening med i praksis. Det fælles repertoire der handler om sprog, rutiner, måder at gøre tingene på, opleves altså som værende forskelligt fra faggruppe til faggruppe. Det handler også om hvordan hvert medlem udtrykker sit medlemskab samt deres individuelle identiteter som medlemmer. (Wenger 2004. S.101). Den fælles mening skabes altså indenfor de respektive faggruppers diskursverdener og jeg kan dermed stille spørgsmålstejn ved om dette er et udtryk for en fælles praksis, når målet med arbejdet anskues forskelligt alt efter hvilken faggruppe der anskuer praksis. Jo flere der er af en faggruppe, jo mere fylder den pågældende diskurs og får indflydelse på den fælles ramme for praksis. Dette bliver tydeliggjort i forbindelse med Pæd3 der udtaler:

*“... det er de sundhedsfaglige ting der er de vigtigste og så at de pædagogiske opgaver de bliver ligesom sådan, dem kan vi godt smide lidt ind engang imellem...”* (Bilag 3. S.3).

Pæd3 er den af informanterne der hovedsageligt arbejder med sundhedsfagligt uddannet personale. Pæd3 arbejder også på det socialpædagogiske tilbud hvor ledelsen har besluttet at det socialpædagogiske personale ikke må varetage medicinske opgaver. For pæd3 opleves det heller ikke at der er en fælles retning i forhold til hvad der skal være meningsgivende i praksis. Når

socialpædagogikkens formål er at udføre de mål der er fremlagt fra den socialpolitiske side og man på dette socialpædagogiske tilbud har en sundhedsfaglig faggruppe, der definerer diskursen, kan der stilles tvivl til om den praksis der dagligt udføres også kan siges at være socialpædagogisk, for kan sundhedsfagligt personale udfører socialpædagogisk arbejde, når det at være socialpædagog er defineret ved den faglighed de rent uddannelsesmæssigt har tilegnet sig. Pæd3 oplever at det er en udfordring at skabe grundlag for en fælles mening, hvor den socialpædagogiske diskurs også kommer til orde, og det er svært at bringe socialpædagogikken i spil på baggrund af en oplevelse af at den øvrige personalegruppe ikke er modtagelige overfor nye tiltag. Dette ses et eksempel på i citatet nedenfor:

*“...nu kommer der en ny som ligesom skal afprøve en masse ting som de måske har afprøvet før på deres måde og så skal man ikke røre ved det og på den måde så bliver det lidt en kamp at komme igennem både med kollegaer men også ledelsen når de ikke er klar over hvilken vej de gerne vil gå.” (Bilag 3. S.3).*

Det er svært at få socialpædagogikken i spil, når Pæd3 først skal “slå hul” i den mur af modstand der er opstået i forhold til at prøve nye metoder og tilgange til arbejdet. Det er altså det fælles repertoire der er til forhandling, i forhold til at skabe nye meningsfulde værktøjer, der også tager den socialpædagogiske vinkel med ind i fællesskabet. Pæd3 oplever også at måden hvorpå der fagligt dokumenteret om praksis, mangler mening. Den socialpædagogiske refleksion over praksis får ingen plads, hvorimod den sundhedsfaglige del bliver altoverskyggende.

*“... jeg kan kun undre mig over hvordan man i forhold til vores journalisering, hvordan man kan få en hel dag til at gå og kun skrive to ord på journalen... Det er også noget jeg godt kunne tænke mig skulle ændres derude fordi hvorfor læse op, fordi egentlig er det noget vi alle sammen kan læse op på hjemme fra alle de der ting der står derinde der er ikke sådan nogen videre tanke omkring det der bare sidder en og læser op hvad de andre de har skrevet så.” (Bilag 3. S.3).*

Ovenstående citat er endnu et tydeligt eksempel på hvorledes Pæd3 ikke oplever at det fælles repertoire er forhandlet på en måde så det også giver mening for socialpædagogerne. Det er ydermere et eksempel på hvordan Pæd3 er positioneret i en perifer position i praksisfællesskabet, hvor den lille minoritetsgruppe, der hedder socialpædagoger, ikke bliver styrende for hvad der skal være meningsgivende i fællesskabet.

På samme måde som Pæd3 så oplever Pæd4 også hvordan det at skulle arbejde med sundhedsfaglige opgaver i praksis ikke er meningsgivende på baggrund af at socialpædagoger ikke har de kompetencer det kræver at håndtere disse opgaver, samt hvordan det forventes at nye sundhedsfaglige skriftligt arbejde skal håndteres indenfor den tid hvor samværet med borgeren ellers skulle prioriteres.

*“...lige nu står og skal udfylde de der 12 sundhedsfaglige fokusområder, som er meget tidskrævende, som jeg egentlig godt gad have tid sat af til men vi skal ligesom finde den i arbejdet, og vi prioritere selvfølgelig at være sammen med borgerne og det relationelle...der kunne jeg da godt mærke på min kollega at hun utrykte i hvert fald at hun syntes simpelthen bare at der var ikke nogen forståelse for at vi ikke har tid til at gøre sådan noget og vi er jo heller ikke kompetente til at sidde og udfylde sådan nogen ting.” (Bilag 4. S.2).*

Da der udelukkende er ansat socialpædagoger på denne arbejdsplads, giver det god mening at hun netop svare så umiddelbart på spørgsmålet. At de selvfølgelig prioriteret at være sammen med borgerne fremfor at dokumenter på 12 sundhedsfaglige fokuspunkter. Det er ikke meningsgivende for hende og hendes kollegaer at bruge tid på den dokumentation da den ikke har et pædagogiske sigte eller formål. Det er klart at en så homogen personalegruppe hvor der udelukkende er ansat socialpædagoger, vil have lettere ved at forhandle en fælles mening med praksis og ligeledes konstruere en fælles forståelse af hvad der er det gode at gøre og sige. Indenfor en tydelig socialpædagogisk diskurs er det svært at finde mening i at arbejde med sundhedsfaglige opgaver, da socialpædagogens fagidentitet bygger på helt andre fagområder, såsom filosofi, sociologi og psykologi. Hvorimod det sundhedsfaglige bygger på naturvidenskaben med fokus på diagnosticering, behandling og sygdomslære. Det er i den grad et paradoks at socialpædagoger skoles til at se mennesket fremfor diagnosen, når de i den socialpædagogiske praksis skal sidde og udfylde 12 sundhedsfaglige fokuspunkter, der tager udgangspunkt i diagnoser og behandling fremfor mennesket. Alene på den baggrund er det forståeligt hvorledes det for nyuddannede socialpædagoger kan opleves som meningsløst at arbejde med sundhedsfaglige opgaver samt være svært at forhandle en fælles mening med plads til de sundhedsfaglige opgaver, når hele den socialpædagogiske opgave bygger på at se mennesket fremfor diagnosen. Pæd4 fortæller hvordan en kollega giver udtryk for den manglende kompetence til at kunne indgå i sundhedsfaglige opgaver, som omhandler dokumentation. Det at arbejde indenfor nogle rammer hvor diskursen er så stærk socialpædagogisk forankret, må ud fra min tolkning virke endnu mere meningsløst at skulle begynde at tænke tanker om borgerne ud fra en sundhedsfaglig diskurs i hvilken man ikke har del i.

Den manglende viden og det ukendte i forhold til håndteringen af en sådan sundhedsfaglig opgave spænder ben for deres engagement til at varetage opgaven. Ligeledes anser socialpædagerne i denne personalegruppe sig ikke for at være sundhedspersoner. Det kan jo enten skyldes at de ikke er bekendt med at de faktisk anses for at være det eller at de i deres praksisfællesskab har en monofaglig gruppe med stærk faglige identiteter.

For Pæd5 går man skridtet videre og frasiger sig ansvaret for sundhedsfaglige opgaver, der overskrider ens kompetenceniveau. Der er i dette praksisfællesskab forhandlet mening med at de sundhedsfaglige opgaver ikke hører til på socialpædagogens bord.

*“Jamen det er vi, fordi at vi frasiger os så meget medicin og alt det der, som muligt, fordi at vi har ingen forudsætninger for det. Vi prøver at kontakte alle dem som vi kan gøre brug af for ikke at stå med det, som meget som muligt, fordi at vi kan ikke og vi skal ikke...”* (Bilag 5. S.3).

Der er i dette praksisfællesskab på trods af at det er en blandet gruppe, dog med flere faggrupper som ergoterapeuter, socialrådgivere og en enkelt social- og sundhedshjælper, en klar holdning til at sundhedsfaglige opgaver det skal de ikke varetage. Det på trods af at de er ansat i socialpsykiatrien hvor Pæd5 også udtaler at der er meget i forhold til det medicinske:

*“Men eftersom vi er i socialpsykiatrien, så har vi jo ret meget, altså vi skal jo have ret godt styr på sundhedsfaglige, altså vi har jo ikke meget pleje, men vi har meget medicin og vi har meget lægekontakt, sygehuskontakt. Og vi har jo ingen basis for at vide noget af det.”* (Bilag 5. S.1).

Det er min tolkning at Pæd5 oplever at stå med en følelse af afmagt, i forbindelse med at skulle håndtere medicinske opgaver og kontakt til forskellige instanser og samtidig opleve ikke at have de nødvendige kompetencer til disse opgaver. Eftersom de sundhedsfaglige opgaver på socialpædagogiske botilbud bliver mere komplekse som følge af borgernes udfordringer (Socialpædagogen.sl.dk - Sundhedsopgaver rykker ind på bosteder), opleves det ikke som meningsgivende for socialpædagerne.

## Delkonklusion

På baggrund af denne analyse af operationaliseringsspørgsmål 2, der undersøger hvordan de nyuddannede socialpædager oplever at der er forhandlet en fælles mening med praksisfællesskabets formål og arbejde, kan jeg fortsat konkludere at personalegruppens sammensætning af faggrupper har stor betydning for om der er forhandlet en fælles mening i det enkelte praksisfællesskab. Ligeledes ser jeg faggrupper der har hver sit repertoire, der jo handler om

sprog, rutiner og måder at gøre tingene på, hvilket medvirker at jeg må stille spørgsmålstejn ved om faggrupperne egentlig kan anses som tilhørende samme praksisfællesskab. Det handler også om hvordan hvert medlem udtrykker sit medlemskab samt deres individuelle identiteter som medlemmer. Socialpædagoger har et andet sigte med deres arbejde, hvor sundhedsfaglige opgaver ikke får lov til at fylde. Socialpædagogerne prioriterer samvær med borgerne fremfor den sundhedsfaglige dokumentation, som de ikke kan finde mening med. Jeg anser det for at være en paradoks at socialpædagoger qua deres uddannelse er en faggruppe der skal se mennesket fremfor diagnosen, når de i den socialpædagogiske praksis skal kunne udfylde sundhedsfaglig dokumentation, der tager udgangspunkt i menneskets sygdomshistorik. På den baggrund må det for nyuddannede socialpædagoger opleves som svært at forhandle en fælles mening, når den socialpædagogiske opgave bygger på at se mennesket fremfor diagnosen. Når den socialpædagogiske diskurs er stærk i praksisfællesskabet, er det min tolkning at det må opleves som værende endnu sværere at tænke tanker om borgerne fra en sundhedsfaglig diskurs i hvilken socialpædagogerne ikke fra deres uddannelses side har del i.

### Analyse del 3

#### Hvilken diskurs oplever de nyuddannede socialpædagoger som dominerende for det daglige arbejde i praksis?

Det er klart at der under dette operationaliseringsspørgsmål, vil komme nogle gentagelser fra forrige spørgsmål, da disse er så nært beslægtede at det er svært ikke at overlappe. På den baggrund vil denne tredje analysedel heller ikke fylde så meget som de andre.

Det er i fire ud af de fem interviews jeg har foretaget, den socialpædagogiske diskurs der er styrende for praksis. Det er her vigtigt at have for øje at den socialpædagogiske diskurs ikke rummer en sundhedsfaglig begrebsverden, der gør socialpædagogerne i stand til at håndtere disse opgaver. Den socialpædagogiske uddannelse er konstrueret på en måde der ikke rummer denne sundhedsfaglige del, som med tiden er blevet vigtigere ifølge SL (Socialpædagogernes fagforening). Uddannelsens indhold får selvfølgelig betydning for den rammesættende diskurs socialpædagogikken udvikler sig til. Som nævnt i de forrige to analysedele, betyder sammensætningen af faggrupper en hel del i forhold til hvilken diskurs der bliver dominerende i praksis. Det er klart at en personalegruppe med overvejende sundhedsfagligt uddannede, vil have lettere ved at forhandle mening med praksis og de der ikke er enige, bliver positioneret i en perifer

bane i praksisfællesskabet. Når det i praksisfællesskabet er overvejende socialpædagogisk personale der sætter rammen om praksis, vil det i informanternes tilfælde være den socialpædagogiske diskurs der bliver dominerende, med det til følge at de sundhedsfaglige opgaver, som tingsliggjorte opgaver, bliver skubbet ud i en perifer position og ikke anses som en del af det fælles repertoire inden for den socialpædagogiske diskurs. Pæd3 oplever hvordan praksisfællesskabet er domineret af en sundhedsfaglig diskurs:

“For det der så nok er holdningen derude, det er at jamen de her borgere de har været igennem rigtig meget i deres liv og det her det så endestationen og det kan man jo så som pædagog have lidt svært ved at se at det der potentiale der er i borgeren, at det vil man ikke udvikle på, så det er mere afvikling end det er udvikling.” (Bilag 3. S.2).

På baggrund af at Pæd3 arbejder på en arbejdsplads med overvejende sundhedsfagligt personale og hvor ledelsen også er sundhedsfagligt uddannet, bliver den socialpædagogiske diskurs, holdt nede. Det bliver tydeligt i ovenstående citat hvor Pæd3 har fået øje på hvorledes der ikke er fokus på en udviklende pædagogisk tilgang til borgerne, men at det primært handler om at varetage primære behov og omsorg, som jeg forstår ud fra en sundhedsfaglig tilgang om værdig afvikling.

## Delkonklusion

På baggrund af denne kortere analysedel med fokus på operationaliseringsspørgsmål 3, kan det konkluderes hvorledes den dominerende diskurs bestemmes af den faggruppe der er flest af i personalegruppen. Det er tydeligt at den socialpædagogiske diskurs og den sundhedsfaglige diskurs er to forskellige verdener, der kan være svære at forene i en samlet fælles tilgang til praksis. Det er to retninger der er konstrueret på hver deres måde og som anskuer borgerne fra hver deres tradition.

## Analyse del 4

### Hvordan definerer de nyuddannede deres egen identitetsdannelse i praksis?

Det at definere egen identitetsdannelse, sker både gennem de praksisser vi tager del i men også de praksisser vi ikke tager del i (Wenger 2004. S.191). Når socialpædagogerne frasiger sig sundhedsfaglige opgaver, eller stiller spørgsmålstegn til hvorvidt det er en opgave de skal varetage, så kan det netop anses som en del af den enkeltes identitetsdannelse at definere sig selv ud fra det man frasiger sig at tage del i. Dette ser vi i citatet fra bilag 5:

*“Jamen det er vi, fordi at vi frasiger os så meget medicin og alt det der, som muligt, fordi at vi har ingen forudsætninger for det. Vi prøver at kontakte alle dem som vi kan gøre brug af for ikke at stå med det, som meget som muligt, fordi at vi kan ikke og vi skal ikke...”* (Bilag 5. S.3).

Pæd5 og de socialpædagogiske kolleger har en klar identitetsopfattelse, der ikke inkluderer at skulle håndtere sundhedsfaglige opgaver. Identitetsdannelse er et led i deltagelses- og tingsliggørelses-hændelser, hvor erfaringer og sociale fortolkninger sammenflettes og gennem meningsforhandlinger konstrueres vores identitet (Wenger 2004. S.177). Det betyder altså noget hvem man omgås i forhold til ens identitetsdannelse, fordi at vi efterhånden som vi skaber relationer og oplever den virkning vi har på andre mennesker, konstruerer en identitetsforståelse af hvem vi er. Det betyder også at det får betydning for de nyuddannede socialpædagogers oplevede identitet, hvem de indgår i relation med og hvilken virkning de oplever at have på deres kolleger. På denne baggrund er det min tolkning at socialpædagoger der arbejder med mange andre socialpædagoger, vil opleve at stå med en stærk identitetsforståelse af hvad det fra en uddannelsesmæssig sammenhæng vil sige at være socialpædagog og hvilke opgaver der skal varetages og hvilke der ikke hører hjemme i den socialpædagogiske diskurs. For Pæd3 der er den ene informant der arbejder med en stor del sundhedsfaglige kolleger, vil det være en konstant kamp at opretholde en identitetsforståelse, hvor det at være socialpædagog anses som noget værdsat. Dette er min tolkning ud fra flg. Citat:

*”For mit vedkommende derude hvor jeg er, er der så bare mangel på de pædagogiske opgaver. De halter ligesom bagefter, altså de har mere travlt med at sørge for at personen kommer i bad og får klippet negle og handlet og sådan nogen ting der. Så der bliver ikke udviklet mere på dem med de der potentialer de nu har.”* (Bilag 3. S.2)

De kompetencer som Pæd3 har i kraft af sin socialpædagogiske profession, opleves af Pæd3 som værende mindre væsentlige i forhold til det daglige arbejde, hvor fokus er mere rettet mod praktiske opgaver der også er mere tilhørende indenfor den sundhedsfaglige diskurs, med personlig hygiejne mm. På den baggrund er det min tolkning at Pæd3 i kraft af at blive mødt i praksis, som en deltager med kompetencer der er mindre fokus på, oplever at have en identitet hvor dette afspejles. M.a.o. at Pæd3s identitetsopfattelse afspejler det at være medlem af et fællesskab, hvor den socialpædagogiske fagidentitet ikke er anset som værende lige så legitim, da denne faglighed ikke har de sundhedsfaglige opgaver som hovedfokus. Som tidligere nævnt har Pæd3 forsøgt at sætte rammerne for hvordan der kunne arbejdes mere pædagogisk med øje for udvikling af borgernes



potentiale, men er blevet mødt med modstand fra sine kolleger. Pæd3 indgår i relation til sine kollegaer og oplever hvordan den pædagogiske faglighed bliver mødt af de sundhedsfagligt uddannede kolleger og påvirker dem på en negativ måde, så de går i forsvarsposition. På den baggrund er det min tolkning af Pæd3 oplever at have en identitetsopfattelse der bygger på den modstand kollegerne møder Pæd3 med. Modstanden bygger på en negativ holdning til de faglige forslag Pæd3 kommer med, hvilket jeg tolker kan skabe en identitetsopfattelse af at det at være socialpædagog ikke er lige så væsentligt som det at arbejde med sundhedsfaglige opgaver. M.a.o. at den socialpædagogiske fagidentitet er mindre værd end en sundhedsfaglige. Når dette sammenholdes med at Pæd3 og de øvrige socialpædagoger på denne arbejdsplads, på baggrund af en ledelsesbeslutning ikke må håndtere medicin, tolker jeg at denne ledelsesbeslutning er med til at skubbe socialpædagogerne ud i periferien, ved at gøre dem ude af stand til at håndtere alle opgaver, der skal håndteres omkring borgerne. Der er på baggrund af en sådan ledelsesbeslutning ikke lagt op til at socialpædagogerne kan forhandle sig til en identitet, hvormed de oplever at kunne indgå i alle funktioner i den socialpædagogiske praksis i og med at medicin håndtering og sundhedsfaglige opgaver er en stor del af den praksis der udføres på de socialpædagogiske botilbud. Anderledes forholder det sig for de socialpædagoger der arbejder i en praksis hvor de skal håndtere sundhedsfaglige opgaver, men oplever at deres kompetencer ikke rækker til eksempelvis at behandle et sår som jeg ser, er tilfældet for Pæd1:

*“Men jeg kommer også hurtigt til kort hvis vi står i situationer, nu har vi jo ret meget selvskadende adfærd i perioder og der kan jeg godt nogle gange komme lidt til kort i forhold til okay skal det syes det der eller, hvis jeg skal vurdere hvor slemt noget er eller hvordan det helt præcist lige skal behandles, der kan jeg godt komme lidt til kort.”* (Bilag 1. S.2-3).

Den nyuddannede socialpædagog har ingen uddannelsesmæssige forudsætninger for at kunne vurdere eller behandle forskellige skader i forbindelse med selvskadende adfærd, men socialpædagogerne har derimod en enestående mulighed for at kunne håndtere disse opgaver i kraft af deres kernekompetencer hvor evnen til at opbygge tillidsfulde relation til den enkelte borger er essentiel. Det er min tolkning ud fra eget kendskab til den socialpædagogiske praksis at det er en ulempe ikke at have kompetencerne til at kunne håndtere mindre opgaver i forbindelse med selvskadende adfærd, ikke bare på baggrund af eget ønske om at kunne dette men også set ud fra borgerens perspektiv, der ofte er meget afhængig af relationen til den der skal behandle. Da der er en dyb sammenhæng mellem identitet og praksis, da praksisfællesskaber dybest set er en konstant forhandling af identiteter (Wenger 2004. S.6) samt de socialpædagogiske tilbud i dag er nødt til at

have en højere faglighed indenfor det sundhedsfaglige område, som følge af skærpet tilsyn og borgere med mere komplekse diagnoser, ser jeg det som en nødvendighed at uddanne socialpædagoger til at kunne varetage sundhedsfaglige opgaver i praksis. Hvis der i stedet for ansættes flere sundhedsfagligt uddannede er det ud fra min analyse med fare for at socialpædagogikken bliver en 'kan' opgave og ikke en 'skal' opgave. Det vurderer jeg på baggrund af at den socialpædagogiske opgave ikke er lige så konkret og håndgribelig som mange sundhedsfaglige opgaver er. Dermed kan vi ende med en socialpædagogisk profession der langsomt forsvinder ud af de socialpædagogiske botilbud, hvor de mange sundhedsfaglige opgaver er kommet til at fylde mere. Den socialpædagogiske identitetsforståelse er på mange måder svær at definere, da socialpædagogik ikke er lige så konkret som eksempelvis en sygeplejerskes opgaver, hvor jobfunktionen faktisk ligger i selve titlen, 'at pleje syge'. De nyuddannede socialpædagoger jeg har interviewet, har ikke en identitetsforståelse der ligger i nærheden af en sundhedsfaglig diskurs, hvilket også ville være overraskende set i lyset af at uddannelsen ikke indeholder sundhedsfaglig undervisning. Nok har mange stiftet bekendtskab med sundhedsfaglige opgaver gennem deres praktikker, dette betyder dog ikke at de er uddannet til at håndterer disse, men bare at de ved at disse opgaver også er en del af den socialpædagogiske praksis. Pæd2 beskriver sin identitetsopfattelse således:

*“Jeg tænkte mere at jeg så mig selv som en der skulle have en god kontakt med andre mennesker så jeg tror ikke jeg har lagt så meget vægt på det sundhedsfaglige.”* (Bilag 2. S.3).

Pæd2 definere altså ikke sig selv som en der har et særligt fokus på netop sundhedsfaglige opgaver, på trods af at det er noget der fylder mere og mere i den socialpædagogiske praksis. Ligeledes er Pæd2 meget bevidst om hvornår opgaven overskrider ens kompetenceniveau og skal videregives:

*“men jeg skal også være bevidst om at når det går udover mine hænder så skal jeg slippe taget og viderebringe en opgave, for det netop ikke er mit bord.”* (Bilag 2. S.3).

Citaterne fra Pæd2 er også resultatet af måden hvorpå Pæd2 er blevet mødt af andre fra studiet og hvordan de socialt har konstrueret en virkelighed, hvor det at være socialpædagog ikke omhandler sundhedsfaglige opgaver, men udelukkende har fokus på den gode og tillidsfulde relation man skal ud at skabe til mennesker. Det er på baggrund af den socialpædagogiske uddannelses indhold ikke muligt at de nyuddannede ender ud med en identitetsopfattelse af at være en faggruppe der skal ud og varetage de sundhedsfaglige opgaver, der også er en stor og kompleks del af den socialpædagogiske praksis. Det er på den baggrund min vurdering at mange nyuddannede

socialpædagoger, bliver overrasket over hvor mange sundhedsfaglige opgaver de egentlig skal stå med uden at have modtaget nogen særlig instruktion i opgaverne, andet end en kort gennemgang med en anden socialpædagogisk uddannet kollega.

## Delkonklusion

Når identitetsdannelse sker både gennem de praksisser vi tager del i og dem vi ikke tager del i, er det min konklusion at både det at sige fra overfor sundhedsfaglige opgaver samt det at tage del i sundhedsfaglige opgaver er med til at definere de nyuddannede socialpædagogers identitetsdannelse. Der er stor forskel på hvordan informanterne definerer deres identitetsdannelse, men fælles for dem er at deres kollegers faglighed får betydning for deres identitetsdannelse. Dette konkluderer jeg på baggrund af mit teoretiske afsæt i Wenger, hvor identitetsdannelse sker gennem de relationer vi indgår i samt den påvirkning vi har på andre. Pæd3 der arbejder blandt mange sundhedsfagligt uddannede oplever at indgå i relationer hvor den socialpædagogiske faglighed bliver mødt med modstand ligeledes oplever Pæd3 at arbejde i en praksis hvor det at have med borgernes medicin at gøre ikke er en opgave socialpædagogerne må varetage, som følge af en ledelsesbeslutning. Det er min vurdering og konklusion at det har en negativ påvirkning på socialpædagoger der arbejder blandt bange sundhedsfaglige kolleger, ikke at kunne indgå i de opgaver der handler om medicin, da det stiller socialpædagogerne i en perifer position, på netop denne arbejdsplads, hvor størstedelen af personalet ikke har en socialpædagogisk baggrund. Det får stor betydning for socialpædagogernes identitetsdannelse, når de bliver mødt i deres faglighed, som noget der kan undværes og ikke er en 'skal' opgave men en 'kan' opgave. Identiteten konstrueres gennem meningsforhandlinger og på den baggrund får det også betydning hvem man meningsforhandler med.

## Diskussion

Det er min hensigt med dette afsnit af diskutere mine analyseresultater ud fra et socialkonstruktionistisk perspektiv. Ligeledes vil jeg diskutere den problemorienterede måde at arbejde på ud fra et socialkonstruktionistisk perspektiv.

Når jeg kigger på mine analyser ud fra et socialkonstruktionistiske perspektiv, er det væsentligt at pointere at informanternes udtalelser er konstruktioner, der udspringer af de tidligere relationer og traditioner de hver især har taget del i. Ligeledes er mine vurderinger og analyser konstruktioner der

udspringer fra de traditioner og relationer jeg har taget del i. Det er klart at når jeg anvender Wengers teori og begreber der relaterer sig til teorien om praksisfællesskaber, afskærer jeg mig fra at anskue mine interviews fra andre vinkler. Dermed er denne måde at opbygge specialerapport og anvende enkelte teorier ud fra et socialkonstruktionistisk perspektiv også kun én side af virkeligheden. Hele denne konstruktion af måden der arbejdes med problemorienteret projektarbejde på, er ud fra et socialkonstruktionistisk perspektiv, begrænsende og afskærer sig fra andre måder at konstruerer uddannelse på. Det er klart at hvis man ønsker at måle på viden, færdigheder og kompetencer hos studerende, så er man nødt til at have en fælles målestok og en ensrettet hed i måden der udfærdiges projekter, så alle er underlagt samme retningslinjer og efterfølgende vurdering ud fra samme skala. Men det er væsentligt ud fra det socialkonstruktionistiske perspektiv at huske på at denne model er en konstruktion, hvilket vil sige at der er mulighed for at gøre det på rigtig mange andre måder, der vil give mange andre muligheder. Ligeledes er der i forhold til mine analyser, andre muligheder for konstruktion af resultater. Min sammensætning af teori, videnskabsteori samt min forståelse af det teoretiske, er alt sammen med til at konstruerer det resultat jeg ender ud med. Som nævnt er det metodiske både i forbindelse med indsamling af empiri og opbygning af rapport på også med til at forme måden mine resultater konstrueres på. Den socialpædagogiske tradition samt definitionen af socialpædagogens kernefaglighed og uddannelses indhold spiller en hovedrolle i denne rapport. Det er den socialpædagogiske diskurs, der i min analyse bliver genstand for om konstruktion, for at kunne tilpasse sig de udefrakommende krav om skærpet fokus på blandt andet medicin håndtering. Ligeledes står socialpædagogerne i praksis, med flere sundhedsfaglige opgaver som følge af borgere med flere komplekse diagnoser og behandlinger. Det er her socialkonstruktionismen kan skabe muligheder for den socialpædagogiske uddannelse og faglighed, ved netop at gøre os bevidste om at der er andre muligheder for at forstå og konstruere det socialpædagogiske fag. Vi skal først og fremmest begynde at tale om socialpædagogikken på en måde, hvor det også er en profession der arbejder med sundhedsfaglige opgaver i relation til den socialpædagogiske opgave der er omkring borgerne. I min optik og ud fra det kendskab jeg selv har til den socialpædagogiske praksis, er der i forhold til de krav der stilles, brug for at konstruere en ny socialpædagogisk uddannelse, der også indeholder sundhedsfaglige fag. Det sundhedsfaglige er en stor del af det at have med mennesker at gøre og i de socialpædagogiske praksisser jeg har deltaget i, har det i lige så stor grad været socialpædagoger der har deltaget i de opgaver omkring borgerne, der både handler om personlig hygiejne, medicinering, injektioner med insulin, sårpleje, sonde og ernæring, sundhedsfaglig

dokumentation og kontakt med læge mm. Derfor har jeg lige siden jeg selv stod som nyuddannet socialpædagog, forholdt mig kritisk og undrende til hvorfor det sundhedsfaglige ikke også indgik i den socialpædagogiske uddannelse. Det er klart at en ny konstruktion af socialpædagogens kernefaglighed, kræver at vi skal tale om socialpædagogikken på en anden måde, socialpædagogerne kan gennem uddannelse få udvidet muligheder for at kunne indgå i de sundhedsfaglige opgaver, med en viden om hvad det de allerede gør betyder ud fra et sundhedsfagligt perspektiv. Ud fra det socialkonstruktionistiske perspektiv, finder en sådan om konstruktion sted i forbindelse med den sproglige italesættelse af socialpædagogikken, da socialkonstruktionismen lægger stor vægt på sprogets magt til at forme virkeligheden indenfor hver sin tradition og diskurs (Gergen 2010. S.51). Det er i denne situation ikke nok at tale om forandringen før at den sker, der skal også være politisk vilje til aktivt at ændre på indholdet i den socialpædagogiske uddannelse, så de rette rammer for sproglig konstruktion kan tilrettelægges. Ud fra de forskellige studieordninger samt SL's definition på socialpædagogernes kernefaglighed, er det min vurdering at de fem informanter har en nogenlunde ens konstruktion af socialpædagogikken og dens grundfaglighed. Dog oplever de fem informanter at blive mødt forskelligt alt efter hvilken faggruppe sammensætning det enkelte praksisfællesskab består af, hvilket får betydning for deres oplevede fagidentitet, som på den baggrund bliver forskellige. Den oplevede fagidentitet bliver et resultat af måden hvorpå informanterne hver især har oplevet at blive mødt og har påvirket deres kollegaer. Dette analyseresultat skal ligesom alt andet forstås som en konstruktion af min måde at tolke deres oplevede virkeligheder på, det spændende er her at en sådan analyse, netop understreger hvorledes socialkonstruktionismen har en rigtig god pointe, når den hævder at vi hver især skaber vores virkelighed gennem sproget og på baggrund af de relationer og traditioner vi indgår i (Gergen 2010. S.51). Det er ligeledes spændende at lægge mærke til hvorledes de socialpædagogiske tilbud er markant forskellige i forhold til hinanden, og hvordan informanterne hver især italesætter socialpædagogikken, som enten det bærende for praksis eller som noget perifert, alt efter sammensætningen af faggrupper.

## Konklusion

På baggrund af mine analyser af operationaliseringsspørgsmålene, vil jeg nu gennem denne konklusion, sammenfatte mine resultater og dermed svare på min problemformulering, der lød:

Hvordan oplever nyuddannede socialpædagoger, deres møde med den socialpædagogiske praksis, set i lyset af det skærpede fokus på sundhedsfaglige opgaver og hvilken betydning får sammensætningen af faggrupper for de nyuddannede socialpædagogers oplevelse af fagidentitet?

Gældende for de fem informanter hvorigennem jeg har indhentet mit empiriske materiale, er det meget forskelligt hvordan de har oplevet deres møde med den socialpædagogiske praksis. Deres oplevelser afhænger ud fra mine analyseresultater af sammensætning af faggrupper i det enkelte praksisfællesskab. Faggruppernes sammensætning får stor betydning for de nyuddannede socialpædagogers positionering i det enkelte praksisfællesskab samt meningsforhandlingen i forhold til det fælles engagement i praksis. De nyuddannedes første møde med den socialpædagogiske praksis er også forbundet med usikkerhed, som jeg tolker det ud fra informanternes udtalelser, hvor det at stå med forskellige sundheds og sygeplejefaglige opgaver overskrider deres faglige kompetencer. Som nyuddannet socialpædagog har man en forventning om at skulle ud og arbejde med opgaver der relaterer sig til denne fagprofession, hvilket selvfølgelig også er tilfældet. I praksis er der dog også mange sundhedsfaglige opgaver, der hører med til det at arbejde med mennesker indenfor det socialpædagogiske område. Det er både opgaver der relaterer sig til at mange borgere i dag har mange komplicerede diagnoser og samtidig det at styrelsen for patientsikkerhed skærper tilsynene i 2017, hvilket stiller større krav til håndtering af blandt andet medicin. Denne skærpelse af tilsyn stiller større krav til socialpædagogerne i forhold til viden om procedurer for forskellige arbejdsgange der relaterer sig til det sundhedsfaglige område. Det er alt lige fra personlig hygiejne, tandprotesepleje, høreapparater, sonde og ernæring, sårpleje, medicinhåndtering herunder injektioner med insulin og sågar terminal pleje i borgerens sidste tid samt efterfølgende at skulle istandgøre afdøde. Alle informanterne giver udtryk for gerne at ville have haft mere viden om og undervisning indenfor det sundhedsfaglige område, da det er noget der fylder meget i den socialpædagogiske praksis og dermed også ville være nyttig viden for socialpædagogerne. Jeg anser det for at være et paradoks at socialpædagoger qua deres uddannelse er en faggruppe der ser mennesket fremfor diagnosen, når de i den socialpædagogiske praksis skal kunne udfylde sundhedsfaglig dokumentation, der tager udgangspunkt i menneskets sygdomshistorik. På den baggrund ved jeg ud fra egen erfaring at det at have fokus på svagheder hos et menneske ligger meget fjernt fra det socialpædagogerne er uddannet til, hvor det handler om at se på borgerens ressourcer og hvordan disse kan komme i spil. De nyuddannede socialpædagogers oplevede møde med praksis rummer altså både usikkerhed, store krav til håndtering af sundhedsfaglige opgaver og en følelse af at mangle viden indenfor det

sundhedsfaglige og sygeplejefaglige område. Når det handler om faggruppernes sammensætning og deres betydning for de nyuddannedes oplevede fagidentitet, har det en betydning hvem socialpædagogerne indgår i relation med, da identitetsdannelse sker gennem de relationer vi indgår i samt den påvirkning vi oplever at have på andre. Ligeledes er det gennem både de praksisser socialpædagogerne tager del i samt de praksisser de ikke tager del i, der er med til at definere deres identitetsdannelse. Det betyder altså at for socialpædagoger der frasiger sig at deltage i visse sundhedsfaglige og sygeplejefaglige opgaver, definere deres fagidentitet på en måde der fremstår som en pædagog med stærke holdninger til hvornår en opgave kalder på andre kompetencer end de socialpædagogiske, hvorimod de socialpædagoger der eksempelvis ikke må håndtere visse sundhedsfaglige opgaver, på baggrund af en ledelsesbeslutning, definerer deres fagidentitet på en måde hvor socialpædagogens kompetencer bliver utilstrækkelige. Der er stor forskel på disse to oplevede fagidentiteter, fælles for dem er dog at de begge står overfor sundhedsfaglige opgaver, som de ikke kan/vil håndtere. Så er der socialpædagogerne midt imellem der egentlig gerne håndterer disse opgaver og egentlig forventes at gøre det, men som godt kan mærke at deres kompetencer ikke rækker til dette. Fælles for disse typer er at ens kollegers faglighed får betydning for ens identitetsdannelse i og med at ens faglighed påvirkes anderledes af sundhedsfagligt uddannede kolleger end kolleger der er socialpædagogisk uddannet som en selv. Dette konkluderer jeg på baggrund af mit teoretiske afsæt i Wenger, hvor identitetsdannelse sker gennem de relationer vi indgår i samt den påvirkning vi har på andre. På den baggrund får det altså stor betydning for identitetsdannelsen, hvem man indgår i praksisfællesskab med, da andres reaktioner er med til at forme måden man tænker om sig selv på. Identitet produceres gennem deltagelse i praksisfællesskaber, hvor erfaringer og vores virkning på verden skaber forskellige lag af identitet (Wenger 2004. S.176).

## Perspektivering

Som afsluttende afsnit vil jeg lægge op til hvordan mine analyseresultater kan anvendes fremadrettet, i forhold til at skabe bedre sammenhæng mellem den socialpædagogiske praksis og den socialpædagogiske uddannelse. På baggrund af min egen grundfaglighed som socialpædagog har jeg ikke på noget tidspunkt overvejet muligheden for at socialpædagoger helt skal undgå at tage del i sundhedsfaglige opgaver, da jeg ser disse opgaver som synonymt med at se det hele menneske. Som jeg gennem mine interviews erfarede kan det have store konsekvenser for socialpædagogikkens overlevelse at fratage socialpædagoger opgaver omkring det sundhedsfaglige

og have en personalegruppe overvejende bestående af social- og sundhedsassistenter, da socialpædagogikken på den både ender i en perifer position i forhold til det enkelte praksisfællesskabs fælles repertoire. Jeg mener helt grundlæggende at det er umuligt i mange socialpædagogiske praksisser, ikke at skulle støtte og udfører opgaver omkring borgere, der vedrører sundhedsfaglige elementer eller sygepleje. Det er derfor at jeg lægger op til at den socialpædagogiske uddannelse om konstrueres, med henblik på at skabe en større sammenhæng mellem denne og den socialpædagogiske praksis, som den ser ud i dag på mange socialpædagogiske og socialpsykiatriske botilbud indenfor både børne- og voksenområdet. Det er mit sigte at dette speciale på baggrund af dennes socialkonstruktionistiske perspektiv, skal gøre op med fastlåste rammer for hvordan vi forstår socialpædagogik og hvad socialpædagogers kernefaglighed er. At noget er en *kernefaglighed*, lyder for mig som noget der ikke kan ændres på. Det ville derfor ud fra det socialkonstruktionistiske perspektiv være oplagt at starte med at ændre dette begreb til eksempelvis *anvendelsesfaglighed*. Hvilken faglighed er nødvendig at anvende for at kunne arbejde indenfor det pågældende felt og ikke så meget fokus på hvordan socialpædagogens nuværende grundfaglighed beskrives. Tiderne har ændret sig på det socialpædagogiske område og dermed må den socialpædagogiske faglighed også følge med. Ligeledes vil det være oplagt at ændre på den socialpædagogiske titel, med det formål at socialpædagoger med tiden konstruere en fagidentitet, hvorigennem de også identificere sig selv med det at skulle håndtere både sundhedsfaglige og sygeplejefaglige opgaver i den socialpædagogiske praksis. Jeg ser stor relevans i at kombinerer uddannelsen som Social- og sundhedsassistent med den socialpædagogiske uddannelse, og dermed ende ud med en helt ny faggruppe, der får titlen *Social- og sundhedspædagoger*. Dermed står man med en faggruppe der både har kompetencerne til at sikre borgerne den rette patientsikkerhed og sygepleje samt fokus på relations arbejdet, den ressourceorienterede og anerkendende tilgang til arbejdet med mennesker.

## Litteraturliste

Brinkmann, Svend (2014) - Det kvalitative interview. Hans Reitzels Forlag.

Foucault, Michel (1994). Viljen til viden – Seksualitetens historie 1. DET lille FORLAG, Frederiksberg 1994.

Gergen, Kenneth J. (2005) - Virkelighed og relationer. Forfatteren og Psykologisk Forlag A/S.



Gergen, Kenneth J. (2010) - En invitation til social konstruktion. Forlaget Mindspace, København.

Gergen, Kenneth & Gergen, Mary (2005) - Social konstruktion, ind i samtalen. Dansk Psykologisk Forlag A/S.

Hansen, Janne Hedegaard (2009) - Socialpædagogen - Identitet og faglighed. Hans Reitzels Forlag.

Heede, Dag (2012). Det tomme menneske – Introduktion til Michel Foucault. Museum Tusulanums Forlag.

Hundborg, Steen & Lynggaard, Birgit (2013) - Sygeplejens fundament. Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.

Jenkins, Richard (2006) - Social identitet. Forfatterne og Academica.

Illeris, Knud (2007) - Læring. Roskilde Universitetsforlag.

Illeris, Knud (2012) - 49 tekster om læring. Samfundslitteratur.

Ingemann, Jan Holm (2014) - Videnskabsteori, for økonomi, politik og forvaltning. Samfundslitteratur.

Kvale, Steinar & Brinkmann, Svend (2009) - Interview, Introduktion til et håndværk. Hans Reitzels Forlag.

Madsen, Bent (2005). Socialpædagogik - integration og inklusion i det moderne samfund. Hans Reitzels Forlag.

Olsen, Poul Bitch & Pedersen, Kaare (2015) - Problemorienteret projektarbejde. Samfundslitteratur.

Qvortrup, Ane og Wiberg, Merete (2013) - Læringsteori & Didaktik. Hans Reitzels Forlag.

Wenger, Etienne (2004).Praksisfællesskaber. Hans Reitzels Forlag.

### Artikler

Sidst tilgået 27/5-2021: <https://socialpaedagogen.sl.dk/arkiv/2020/03/sundhedsopgaver-rykker-ind-paa-bosteder/>

Sidst tilgået 27/5-2021: <https://socialpaedagogen.sl.dk/arkiv/2020/03/piller-og-pleje-hoerer-ogsaa-til-jobbet/>

Sidst tilgået 27/5-2021: <https://socialpaedagogen.sl.dk/arkiv/2020/03/fem-ting-du-boer-vide-om-sundhedsfaglige-opgaver/>

Sidst tilgået 27/5-2021: <https://socialpaedagogen.sl.dk/arkiv/2018/12/flere-socialpaedagoger-tager-kurser-i-medicinhaandtering/>

Sidst tilgået 27/5-2021: <https://socialpaedagogen.sl.dk/arkiv/2019/11/patientsikkerheden-paa-bosteder-er-i-fremgang/>

### Websider

Sidst tilgået 27/5-2021: <https://www.retsinformation.dk/eli/ft/201512L00184>

Sidst tilgået 27/5-2021: <https://stps.dk/da/registrering/behandlingssted/hvilke-behandlingssteder-skal-registreres/>

Sidst tilgået 27/5-2021: <https://viden.sl.dk/media/7228/i-selvstaendig-bolig.pdf>

Sidst tilgået 27/5-2021: <https://sl.dk/media/1635/den-socialpaedagogiske-kernefaglighed.pdf> Den socialpædagogiske kernefaglighed, Socialpædagogerne.

Sidst tilgået 27/5-2021: <https://blad.ucn.dk/PU/studieordning-faellesdel/?page=1> Studieordning fællesdel, University College Nordjylland.

Sidst tilgået: 27/5-2021: Sidst tilgået 28/5-2021: <https://blad.ucn.dk/PU/studieordning-institutionsdel/?page=1> Studieordning institutionsdel,

University College Nordjylland.

Louise Smith Jensen  
Kandidatspeciale i Læring og Forandringsprocesser 2021

Sidst tilgået 27/5\_2021: file:///C:/Users/45427/Downloads/studieordning-2021.pdf Studieordning,  
VIA University College. Sidst tilgået 28/5-2021:

[https://phabsalon.dk/fileadmin/user\\_upload/Paedagog/Studieordning-paedagoguddannelsen-2020.pdf](https://phabsalon.dk/fileadmin/user_upload/Paedagog/Studieordning-paedagoguddannelsen-2020.pdf) Studieordning, Professionshøjskolen Absalon.

Sidst tilgået 27/5-2021:

<https://drive.google.com/file/d/0BwHeUef5X9RQRnZpcVNTQ01ZaWM/view> - Praktikhåndbog  
Professionshøjskolen Absalon.

Sidst tilgået 27/5-2021: [https://www.aau.dk/digitalAssets/148/148026\\_pbl-aalborg-modellen\\_dk.pdf](https://www.aau.dk/digitalAssets/148/148026_pbl-aalborg-modellen_dk.pdf)

## Artikel

### Konstruktion af en hybriduddannelse

Louise Smith Jensen 20060503

Kandidat i Læring og Forandringsprocesser

Institut for kultur og læring

Aalborg Universitet

#### Abstract

Socialpædagoger står i dag overfor udfordringer i forhold til varetagelse af mere komplekse sundhedsfaglige opgaver, hvilket også går ud over borgernes patientstikkerhed. Derfor mener jeg at det er nødvendigt at gentænke og konstruere en ny faggruppe, som er en hybrid mellem socialpædagoger og social- og sundhedsassistenter. Den nye faggruppe skal hedde Social- og sundhedspædagog.

## Den socialpædagogiske praksis i dag

Den socialpædagogiske praksis, som socialpædagoger i dag står i indeholder en verden af sygepleje- og sundhedsfaglige opgaver, som udfordrer den socialpædagogiske faglighed (Socialpædagogen.sl.dk- sundhedsfaglige opgaver rykker ind på bosteder). Det er klart at når socialpædagoger skal håndtere sundhedsfaglige opgaver, som de ikke fagligt er kompetente til, så bliver patientsikkerheden udfordret. Vi er nok ikke mange der ville lade en ufaglært håndtere vores medicinering, insulin injektioner, sårpleje, kateter, sonde mm. Det er dog virkeligheden for mange mennesker med udviklingshandicaps, der modtager socialpædagogisk støtte på et botilbud. Her bor en gruppe mennesker som dagligt er omgivet af dygtige og kompetente socialpædagoger, men som samtidig også er en gruppe mennesker der oftest har et stort behov for sygepleje og udførelse af sundhedsfaglige opgaver. Kun en ud af de fem nyuddannede socialpædagoger jeg har interviewet, arbejder på et socialpædagogisk tilbud, hvor størstedelen af personalegruppen er sundhedsfagligt uddannet, de øvrige tilbud har en blandet sammensætning af ergoterapeuter, socialrådgivere og en enkelte social og sundhedshjælper ellers er det socialpædagogisk uddannet personale der varetager opgaverne omkring det enkelte menneske. Det er opgaver lige fra personlig hygiejne, medicinering, sondepleje, sårbehandling, terminal pleje mm. Er det forsvarligt at den socialpædagogiske uddannelse ikke afspejler den virkelighed, som de nyuddannede socialpædagoger møder i praksis? Er det ikke uddannelsens formål at ruste de studerende til den virkelighed de kommer ud i? Hvis ikke det er uddannelsens ansvar, hvem skal så varetage opgaven i forhold til at opruste socialpædagogerne med de sundhedsfaglige kompetencer, der er nødvendige for at kunne håndtere disse opgaver på en forsvarlig måde i praksis? Disse spørgsmål har jeg talt med forstander for Diakon Højskolen i Aarhus, Jens Maibom Pedersen om.

## Men hvad er de nødvendige kompetencer?

Fredag d. 7. maj 2021 afholdt Socialpædagogernes fagforbund en konference der blev holdt under overskriften 'Kompetencer og rekruttering til fremtidens socialområde'. På konferencen var den første på talerstolen uddannelses- og forskningsminister Ane Halsboe-Jørgensen, som udtalte:

*"Vi er også nødt til at se på både indholdet af uddannelsen og balancen mellem specialiseringerne, så vi i højere grad kan sikre, at de mennesker, der vælger det her vigtige fag, også får de nødvendige kompetencer." (Socialpaedagogen.sl.dk – Specialiseringen skal styrkes).*

Der lægges altså op til at specialiseringerne skal styrkes så den socialpædagogiske uddannelse i højere grad kommer til at ruste de pædagogstuderende bedre til den praksis de kommer ud i efter endt uddannelse. Det er dog til min store forundring at jeg ikke oplever der bliver talt om de sygepleje- og sundhedsfaglige opgaver, der netop også er en stor del af den praksis, som socialpædagoger står i. På konferencen blev der givet bud på hvad der skal til for at styrke den socialpædagogiske specialisering. Det første bud handlede netop om at social- og specialpædagogisk faglighed i højere grad skal matche arbejdsmarkedets behov, da det er problematisk at nyuddannede kommer ud og mangler basal viden og kompetencer (Socialpædagogen.sl.dk- Specialiseringen skal styrkes). Som den socialpædagogiske praksis ser ud i dag på mange botilbud, med stigende fokus på sundhedsfaglige opgaver, både som følge af styrelsen for patientsikkerheds skærpede tilsyn, men også i kraft af borgere med flere og mere komplicerede diagnoser, ser jeg det som nødvendigt at der i forbindelse med en evt. forandring af den nuværende socialpædagogiske uddannelse, også lægges vægt på at give de studerende faglig viden om og kompetencer til at udfører de sundhedsfaglige opgaver de allerede varetager, men på et mere fagligt og kompetent grundlag. At ruste socialpædagogerne til bedre at kunne varetage de sygepleje- og sundhedsfaglige opgaver de på nuværende tidspunkt allerede håndtere i mange socialpædagogiske praksisser, vil give en langt større sikkerhed for de borgere der modtager den socialpædagogiske støtte i hverdagen. Forstander Jens Maibom mener dog i højere grad at efteruddannelse eller kurser er vejen frem, da han har en opfattelse af at det er et fåtal der får brug for specialiserede kompetencer indenfor det sundhedsfaglige, når man er socialpædagog.

*”...man skal tænke i nogle gode efteruddannelses muligheder eller videreuddannelses muligheder, altså nogle kurser når man bliver ansat indenfor de forskellige områder.”*

(Bilag 7. S.2)

Det er dog ifølge en medlemsundersøgelse foretaget blandt 1400 af Socialpædagogernes fagforbunds medlemmer, over halvdelen af dem der varetager sundhedsfaglige opgaver hver dag og hver fjerde har ikke modtaget nogen form for undervisning i det. Jens Maibom udtaler dog også at det er vigtigt at der lyttes til socialpædagogerne og de socialpædagogiske arbejdspladser for bedst muligt at kunne tilrettelægge uddannelsen efter de krav der stilles. Jens Maibom udtaler:

*“Jeg ville selv til enhver tid argumentere for at vi altid skal høre fra professionen hvad der er brug for og hvis professionen siger at vi har brug for at jeres dimittender ved*

*noget mere om det og det, jamen det skal vi prøve i det omfang vi kan og tage alvorligt og indarbejde i vores uddannelse.” (Bilag 7. S.4).*

De sundhedsfaglige opgaver er ud fra mine egne oplevelser og erfaring noget der fylder meget i den socialpædagogiske praksis og det er min klare oplevelse at det kommer til at fylde mere. Det er både på baggrund af styrelsen for patientsikkerheds skærpede tilsyn, der opstartede i 2017 (stps.dk) men også i forbindelse med KL's igangsættelse af arbejdet med Fællessprog III, der handler om at styrke et lokalt, fælleskommunalt og nationalt datagrundlag for rehabilitering målrettet borgere med kronisk sygdom (KL.dk). Arbejdet med FællessprogIII kommer til at stille store krav til det socialpædagogiske personale i forhold til sundhedsfaglig dokumentation, da socialpædagoger ikke besidder de sproglige og skriftlige kompetencer der er nødvendige indenfor den sundhedsfaglige diskurs. FællessprogIII skal kunne bidrage med et bedre overblik over kommunale indsatser samt bidrage til viden om effekten af sygepleje- og sundhedsfaglige indsatser på kort og lang sigt. Ligeledes skal FællessprogIII skabe bedre sammenhæng på tværs af sektorer (KL.dk), hvilket igen stiller krav til at man, som det også kan forstås ud fra navnet, taler et fælles sprog indenfor en sundhedsfaglig diskursiv ramme. De sundhedsfaglige opgaver fylder altså måske mere end Forstander Jens Maibom har en opfattelse af, hvilket både bekræftes af tallene fra Socialpædagogernes medlemsundersøgelse samt min egen lille undersøgelse hvor fem ud af fem interviewede nyuddannede socialpædagoger udtaler at de godt kunne have tænkt sig at der på pædagoguddannelsen indgik mere undervisning i forhold til sundhedsfaglige opgaver. Dette er med til at bekræfte mine tanker om at vi er nødt til at konstruere en ny socialpædagogik, for at kunne favne den socialpædagogiske praksis som den ser ud i dag.

### **Kan der ikke bare ansættes flere Social- og sundhedsassistenter?**

På baggrund af min undersøgelse i forbindelse med min specialerapport, konkluderer jeg at det er vigtigt i forhold til de nyuddannede socialpædagogers oplevede fagidentitet at kunne håndtere de opgaver de møder i den socialpædagogiske praksis. En af informanterne fra min undersøgelse, arbejder i en personalegruppe hvor størstedelen har en sundhedsfaglig uddannelse og hvor de også fra ledelsens side har besluttet at socialpædagogerne ikke skal håndtere opgaver omkring medicinhåndtering. Den beslutning stiller socialpædagogerne i en position hvor de på denne arbejdsplads ikke længere kan varetage alle opgaver der måtte være i forhold til borgeren og på den baggrund kunne man frygte at det socialpædagogiske blev skubbet ud til siden, som en *kan* opgave og ikke en *skal* opgave. Det at være en minoritets faggruppe i praksisfællesskabet, som

socialpædagogerne er i dette tilfælde, kan være problematiske i forhold til den meningsforhandling der finder sted når det handler om at konstruere en fælles virksomhed, der bygger på gensidig ansvarlighed blandt deltagerne. Det at opnå gensidig ansvarlighed er byggestenene til at forhandle sig til hvad der anses som vigtigt og hvad man kan se bort fra i praksis (Wenger 2004. S.99). Jens Maibom oplever også hvordan de sundhedsfagligt uddannede har nogle begrænsninger når det handler om tilgangen til andre mennesker:

*”...de har altså nogle andre tilgange det oplever jeg helt vildt tydeligt i arbejdet med plejeområdet hvor der er en sundhedsfaglig diskurs, og det kan der siges meget godt om men der er sørme også nogle begrænsninger i tilgange til mennesker og måle veje. Der har den pædagogiske indgangsvinkel nogle andre ting at bidrage med...” (Bilag 7. S.5).*

Det er med dette i tankerne, når jeg på baggrund af egen undersøgelse samt insiderviden om den socialpædagogiske praksis, vil advokere for at den socialpædagogiske uddannelse får et løft når det handler om viden omkring sygepleje- og sundhedsfaglige opgaver. Den socialpædagogiske faggruppe har en forpligtigelse til at sikre borgerne patientsikkerhed, som følge af retningslinjer fra styrelsen for patientsikkerhed og derfor skal socialpædagoger selvfølgelig også have de faglige kompetencer det kræver at udfører og håndtere visse sygeplejefaglige- og sundhedsfaglige opgaver i praksis.

## **Konstruktion af en ny socialpædagogisk uddannelse**

Som inspireret af socialkonstruktionismen, er det interessant at tænke over hvorledes hele den sundhedsfaglige og socialpædagogiske verden begge er socialt konstruerede virkeligheder. Socialkonstruktionismen opfordrer os nærmest til at stille spørgsmålstegn og gentænke alt det vi hidtil har lært om verden og os selv (Gergen 2010. S.14). Det mener jeg også vi bør gøre når det handler om socialpædagogikken. Der er brug for at gentænke socialpædagogikken ind i den socialpædagogiske praksis der er dagligdag på mange socialpædagogiske tilbud. For at konstruere en faggruppe der passer ind i den socialpædagogiske praksis som den ser ud i dag, må vi konstruere en hybrid faggruppe mellem social og sundhedsassistent og socialpædagog. Da det er gennem sproget vi forhandler os frem til, hvad der er det virkelige og det gode (Gergen 2010), mener jeg det er nødvendigt at konstruere en helt ny faggruppe som også vil blive italesat anderledes. Der findes i dag både social- og sundhedshjælpere, social- og sundhedsassistenter, pædagogiske assistenter også kaldet social og sundhedsassistenter med pædagogisk funktion (Foa.dk) og så er der socialpædagogerne. Ingen af faggrupperne ville dog kunne stå alene i den socialpædagogiske

praksis, selvom mange socialpædagoger allerede i dag varetager mange sundhedsfaglige opgaver, er der alligevel opgaver der kalder på konkret sundhedsfaglig viden, som socialpædagogerne ikke har eller som socialpædagogerne ikke må udføre. Når der allerede findes fire forskellige faggrupper der grænser op til hinanden, mener jeg det er oplagt at lade to af dem overlappe hinanden og skabe en helt ny konstruktion og faggruppe kaldet Social og sundhedspædagoger. En stærk faggruppe med socialpædagogens relationskompetence, anerkendende og ressourcefokuseret tilgang samt den sygepleje- og sundhedsfaglige viden i rygsækken.

## Litteratur

Gergen, Kenneth (2010) – En invitation til social konstruktion. Forlaget Mindspace, København.

Wenger, Etienne (2004) – Praksisfællesskaber. Hans Reitzels Forlag.

Sidst tilgået 27/5-2021: <https://www.kl.dk/kommunale-opgaver/sundhed/digitalisering-paa-sundhedsomraadet/faelles-sprog-iii-sundhedsfremme-og-forebyggelse/>

Sidst tilgået 27/5-2021: <https://stps.dk/da/tilsyn/tilsyn-med-sundhedspersoner/>

Sidst tilgået 27/5-2021: <https://socialpaedagogen.sl.dk/arkiv/2020/03/sundhedsopgaver-rykker-ind-paa-bosteder/>

Sidste tilgået 27/5-2021: <https://socialpaedagogen.sl.dk/arkiv/2021/05/minister-specialiseringen-skal-styrkes/>

Sidst tilgået 27/5-2021: <https://www.foa.dk/afdelinger/sosu/medlemsbladet-foasosu/medlemsbladet-foa-sosu-infoa-arkiv/infoa-2004/februar-2004/sosuassistenter-med-paedagogisk-funktion>