

# Udsat i eget hjem

en hermeneutisk-interaktionistisk undersøgelse  
af professionelle og borgerperspektiver  
i Den Sociale Hjemmepleje

Kandidatspeciale i Socialt Arbejde

Aalborg Universitet København

4. semester

Afleveringsdato: 1. juni 2022

Vejleder: Søren Rudbæk Juul

Antal anslag: 158.368

Udarbejdet af: Freja Lyhne Petersen

Studienummer: 20190941

Gruppenummer: 11

## English abstract

The specific area of this study is focused on the Social Home Care - a home care and home nursing unit in Copenhagen targeted at vulnerable citizens (the term "citizen" internationally indicates power and participation - however in Denmark, a citizen to an equal degree, describes a somehow vulnerable service user with less of a powerful position than the term usually implies). This thesis examines how different professionals in the Social Home Care collaborate on the complex needs of vulnerable citizens, including how professional hierarchies shape the quality of social work. Furthermore, the thesis examines how the professional and citizen perspectives can be brought together when the context of care and treatment is the citizen's own home, as well as it examines what constitutes a good relationship between the citizen and the professional.

The study is based on five qualitative interviews, including two interviews with citizens who receive social and healthcare services from the Social Home Care, and with three professionals - a nurse, a Social and Health Care Assistant, and a Social and Health Care Helper - who work in the organization. In addition, an observation of an interprofessional meeting in the workplace has been conducted. The empirical data is analyzed with organizational theories that focus on macrostructures, as well as with theories about power positions that take place in the micro-oriented practice of social work. I have positioned my scientific theoretical standpoint as being a hermeneutic-interactionist. This is due to my very own work-life practice as a nurse in the Social Home Care; I have therefore encountered the field with preconceptions, which I have challenged and extended along the way. In addition, the social meeting itself, both between the citizens and the professionals, but also between the interviewer and (especially) the citizens, is characterized by constant negotiations and developments of relationships that can be understood as natural and dynamic within an interactionist conceptual framework.

The analysis shows several paradoxes, where the professionals work under a restrictive organizational structure, and at the same time are expected to embrace the holistic, flexible, recognizing, and citizen-involving ideals. The political and organizational structure influences the possibilities of forming good relationships with the citizens, where it has been identified that time, confidentiality, and citizen-

close knowledge constitute the best prerequisites for a good relationship. This also means that those professionals that traditionally (and somehow still) have the least authority within health sciences have the best opportunities to form a genuinely caring relationship with the citizen. Therefore, it is suggested that the Social and Health Care Helpers, as the citizens' most confidential, should be invited to join the interprofessional community together with its other colleagues; her observations should just as much form the basis of shared reflections and decisions, and be just as important for the holistic work. Furthermore, the study indicates that when one's own home forms the physical context for the care and treatment of the vulnerable citizens, the citizen's perspectives are given more legitimacy (and responsibility) than in the traditional view of 'patients' with an uncritical belief in authorities. It can be discussed whether the citizen in his own home should have a greater degree of autonomy than citizens in other welfare institutions, or whether it will blur the ideal of equality as the essence of social work.

# Indholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Introduktion</b>	<b>6</b>
1.1	Problemfelt	6
1.1.1	Kompleksitet i hjemmesygeplejen	7
1.1.2	Det vigtige samarbejde på tværs	10
1.1.3	Fokus på borgeransvar og inddragelse i den nye velfærdsstat	12
1.1.4	Den Sociale Hjemmepleje	15
1.2	Afrunding	16
1.3	Problemformulering	17
1.3.1	Arbejdsspørgsmål	17
<b>2</b>	<b>Metode og videnskabsteori</b>	<b>18</b>
2.1	Den kvalitative forskningsmetode: Interview og observation	18
2.1.1	Transskription og feltnoter	20
2.2	Forskningsetiske overvejelser	21
2.2.1	Etik i interviews og observationer	21
2.2.2	Informeret samtykke og anonymisering	22
2.2.3	Udvælgelse og præsentation af informanter	23
2.2.4	Forskningsetiske overvejelser i forbindelse med at indsamle empiri på egen arbejdsplads	26
2.3	Analysestrategi: en hermeneutisk-interaktionistisk forståelsesramme	27
2.3.1	Mine forforståelser	28
2.4	Introduktion til analyse	28
<b>3</b>	<b>Første analysedel: Organisationen som ramme for tværfagligt samarbejde og professionelle identiteter</b>	<b>30</b>
3.1	Den Sociale Hjemmeplejes organisering	30
3.2	Kultur i Den Sociale Hjemmepleje	34
3.2.1	Subkulturer: Uniformen som symbol på faglige forskelle	35
3.2.2	Observationer af faglige forskelle i mødekulturen	37
3.3	Hybride professionsforståelser: Et styrket samarbejde	40
3.3.1	Hybrid professionalismisme – et ideal?	41
3.3.2	Barrierer for hybride professioner	43
3.4	Sammenfatning	46
<b>4</b>	<b>Anden analysedel: Eget hjem som betydningsfuldt for relationer</b>	<b>48</b>

4.1	Relationens betydning for det gode sociale arbejde .....	48
4.2	Rolleidentiteter og borgerens hjem som ramme for det sociale arbejde.....	54
4.2.1	Magt og forhandlinger i mødet mellem borgeren og den professionelle.....	56
4.2.2	Magt og forhandlinger i interviewsituationen .....	58
4.3	Sammenfatning.....	61
<b>5</b>	<b>Konklusion.....</b>	<b>64</b>
<b>6</b>	<b>Diskussion.....</b>	<b>67</b>
<b>7</b>	<b>Litteratur .....</b>	<b>69</b>

# 1 Introduktion

Interessen for dette speciale er affødt af personlige oplevelser i mit arbejde som hjemmesygeplejerske for gruppen af socialt udsatte mennesker. Det er ikke tanken, at specialet skal udgøres af en erfaringsanalyse med mit eget perspektiv i centrum, men jeg finder det som et vigtigt argument for selve motivationen for feltet, at jeg netop har stiftet personligt bekendtskab med arbejdet med socialt udsatte mennesker i eget hjem – og udfordringerne hermed.

I dette kapitel ønskes at klarlægge baggrunden for og formålet med specialet – her vil jeg introducere til udsathed som fænomen, og komme ind på betydningen af tværfagligt samarbejde i konteksten af kommunal hjemmesygepleje, samt på betydningen af inddragelse af de udsatte borgere i eget hjem. Jeg vil præsentere Den Sociale Hjemmepleje (fremover DSH), hvor undersøgelsens empiri indhentes, og til sidst præsenteres problemformuleringen og tilhørende arbejdsspørgsmål, som vil være gennemgående for undersøgelsen i resten af specialet.

## 1.1 Problemfelt

Ifølge Rådet for Socialt udsatte, betegnes mennesker som socialt udsatte, når de befinder sig i en uønsket, magtesløs og fastlåst situation, som de ikke kan finde vej ud af (Rådet for Socialt Udsatte, 2021). Udsatheden kan optræde i varierende grad i løbet af livet – man kan bevæge sig ind og ud af udsathed og opleve at være sat mere eller mindre uden for samfundet i forskellige livsperioder. Ligeså vel som graden af udsatheden er dynamisk, kan årsagen til den sociale udsathed være kompleks og flerdimensionel. Social udsathed kan optræde som følge af vilkår i barndommen, fattigdom, stof – eller alkoholmisbrug, hjemløshed eller psykisk sårbarhed, såvel som fysisk sygdom, arbejdsløshed eller ensomhed. Risikofaktorerne og de sociale problemer påvirker gensidigt hinanden, hvor eksempelvis barndomstraumer kan lede til stofmisbrug, som kan lede til fattigdom og arbejdsløshed, og kan ende i en ond spiral af udsathed. Disse kulturelle, økonomiske og sociale vilkår øger tilsammen risikoen for at blive socialt udsat (Pedersen, 2018).

Med dette speciale ønsker jeg ikke at udforske de specifikke årsager til udsathed, men vil blot pointere, at undersøgelsens udsatte målgruppe har forskellige fortællinger, og må anskues som dynamiske individer med både frem- og tilbagegang.

Socialt udsatte i det danske sundhedsvæsen er langt fra et nyt fænomen. Det er et faktum at social udsathed i dets mange afskygninger er tæt knyttet til dårligt helbred. Mennesker der er ramt af eksempelvis fattigdom, ensomhed eller hjemløshed bliver sygere end resten af befolkningen. Omvendt er mennesker med helbredsmæssige problemer også i større risiko for at opleve tilstødende

sociale problemer som for eksempel arbejdsløshed, misbrug, psykisk sårbarhed etc. Det er ofte en ond cirkel af sundhedsmæssige og sociale problemer, som bider sig selv i halen (Niklasson, 2020). Dette understøttes af Sundhedsstyrelsens undersøgelse af social ulighed i sundhed og sygdom, hvor der peges på, at de personer der er dårligst socialt stillet, statistisk set har større chance for at få fysiske og psykiske sygdomme (Udesen, Skaarup, Petersen & Ersbøll, 2020). Den seneste sundhedsprofil for socialt udsatte viser, at skadestuebesøg ses 46 gange hyppigere hos socialt udsatte og langvarige indlæggelser i somatikken og psykiatrien ses hhv. 45 gange og 25 gange hyppigere, end hos ikke-udsatte personer (Ahlmark, Sørensen, Davidsen & Ekholm, 2018). Dog betyder den teknologiske udvikling og manglen på menneskelige ressourcer i hospitalsvæsenet, at indlæggelsestiden falder. Flere udskrives til behandling i eget hjem, hvilket betyder at sygeplejerskerne i primærsektoren får flere og ændrede opgaver. Forløbene hos de borgere der modtager sygepleje i hjemmet bliver altså til stadighed mere komplicerede (Vinge, 2018). I det følgende vil jeg uddybe kompleksiteten og udfordringerne i hjemmesygeplejen til udsatte borgere.

### 1.1.1 Komplexitet i hjemmesygeplejen

En undersøgelse fra Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, VIVE, viser at der findes tre former for kompleksitet i den kommunale hjemmesygepleje som gensidigt påvirker hinanden: Medicinsk, social og organisatorisk kompleksitet. Den medicinske kompleksitet er direkte knyttet til borgerens sygdomssituation. Det kan indebære multisygdom, behovet for specialiseret instrumentel sygepleje ved for eksempel komplicerede sår, polyfarmaci (medicinering med fem eller flere lægemidler samtidig) og generelt ustabile og uforudsigelige sygdomssituationer. Ydelserne som hjemmesygeplejerskerne leverer ifølge ydelseskataloget, er oftest relateret til borgerens sygdomme og den medicinske kompleksitet (Vinge, 2018). Den sociale kompleksitet er derimod ikke direkte relateret til borgerens medicinske tilstande, men snarere til borgerens livssituation i form af social udsathed. Borgerne kan være kognitivt udfordret, have psykiske problematikker eller have et misbrug. Selvom de sociale problemer sjældent er direkte årsag til hjemmesygeplejerskernes opgaver og ydelser, er det ofte dét, der gør borgerne svære at hjælpe. Borgernes svage ressourcer og egenomsorg indvirker både negativt på den overordnede medicinske tilstand og på borgerens evne til at deltage aktivt i sit eget forløb. Den sociale kompleksitet er en udfordring for hjemmesygeplejerskerne, idet de ofte bliver involveret i løsningen af andre af borgerens problemer, som ikke er relateret til de visiterede sygeplejeydelser. Her står sygeplejerskerne i et dilemma mellem at udføre de visiterede sygeplejeydelser, samtidig med at de med deres faglighed observerer andre sociale problemer hvor de ofte ender med en problemløsende og koordinerende rolle som rækker ud over de visiterede



ydelse. Det kan være at borgerne har svært ved at betale deres husleje, eller er blevet udelukket fra misbrugsbehandling på grund af manglende fremmøde. Sådanne eksempler på pludselig opståede problemer, kalder på en høj grad af systemviden og kompetencer eller beføjelser relateret til sagsbehandling. På trods af at denne form for hjælp ikke er en del af ydelseskataloget, anses det alligevel af hjemmesygeplejerskerne som en udfordring der skal forsøges løses, for at undgå yderligere konsekvenser af de udsatte borgeres problemer (Vinge, 2018).

Dette er også stærkt relateret til den organisatoriske kompleksitet, som kan have en kraftig indvirkning på borgerens sociale og medicinske tilstande. Den organisatoriske kompleksitet vedrører måden hvorpå det sociale system og sundhedssystemet er organiseret på, og relaterer sig især til mængden af aktører, som er fordelt på flere sektorer og til kommunikationen mellem dem. For mange borgere, er hjemmeplejen og hjemmesygeplejen den nærmeste og mest tilgængelige kontakt til systemet. Det er naturligt, at borgeren giver udtryk for sine behov direkte til hjemmehjælperen og hjemmesygeplejersken, som derfor ender med en koordinerende rolle mellem forskellige behandlere, afdelinger, institutioner og systemer (Vinge, 2018). Undersøgelsen giver et billede på den kompleksitet der mødes af ikke blot hjemmesygeplejerskerne, men også hjemmehjælperene, som støder på borgernes flerfacetterede problemer i den daglige omgang med borgerne i eget hjem. Undersøgelsen er dog centreret omkring den almene ældrepleje, hvorfor de udsatte borgere kan antages at have mere massive problemer i alle tre sfærer af kompleksitet. Jeg anser desuden problematiseringen af den organisatoriske kompleksitet, som værende et eksempel på det generelle store fokus på sektoropdelingen som årsag til organisatoriske udfordringer, snarere end at fokusere på de udfordringer der kan eksistere inden for samme organisation.

En australsk undersøgelse underbygger problematikken om kompleksitet i hjemmesygeplejen, hvor antallet af mennesker med multisygdom, polyfarmaci, psykiske udfordringer, misbrug og sociale udfordringer er stigende. Når de fysiske rammer for pleje og behandling er borgerens eget hjem, ser hjemmesygeplejersken – på trods af, at der er visiteret en specifik ydelse koblet til et bestemt problem – et andet billede af borgeren og borgerens hele livssituation, end sygeplejersken på hospitalet der ser et øjebliksbillede af borgeren i hospitalets rammer, hvor der fokuseres på indlæggelsesårsagen og hvor borgeren får mad og drikke serveret i hospitalets rene omgivelser. De udsatte borgeres situation i eget hjem ligner langt fra situationen på hospitalet. Der er ikke altid penge til mad, og køb af medicin nedprioriteres ofte i forhold til alkohol eller stoffer. De udsatte borgere i eget hjem har altså ofte flere problemer end de sundhedsmæssige, og det medfører et behov for fleksibilitet og øget råderum fra

hjemmesygeplejerskerne (Gessl, Flörl & Schulc, 2022). Den australske undersøgelse peger på, at det kan være en udfordring i praksis at imødekomme borgernes behov for helhedsorienteret arbejde; sygeplejerskerne i undersøgelsen efterspørger blandt andet et it-system, der taler mere sammen med andre systemer på tværs af sektorgrænser, da borgernes diagnoser og problemer ofte krydser det sundhedsfaglige, socialfaglige og pædagogiske felt - men i det meste af Europa gælder det, at sundhedssystemet og det sociale hjælpesystem er fragmenterede, hvor der i separate indsatser fokuseres på enkelte sygdomme og tilstande (Gessl et al., 2022). Sektoropdelingen fremhæves altså som den grundlæggende årsag til organisatoriske problemer og der fokuseres i øvrigt, lige som førnævnte undersøgelse fra VIVE, på sygeplejerskernes roller og oplevelser, og i mindre grad på hjemmehjælperene som ligeså vigtige for funktionen af den samlede hjemmepleje (Vinge, 2018; Gessl et al., 2022). Dette mener jeg ikke imødekommer det stigende fokus på borgercentrering og helhedssyn, men tilslutter sig snarere en tilgang til borgeren som reduceret til en enkelt diagnose eller tilstand.

I forskningslitteraturen anlægges således et fokus på kompleksiteten og udfordringerne på tværs af sektorer. Her opstilles en form for ”os-og-dem” hvor de professionelle i samme organisation, ser samarbejdet med ”de andre” – uden for organisationen – som værende udfordrende. Det utilfredsstillende samarbejde på tværs af sektorer, efterlader undersøgelse med dét implicite budskab, at de professionelle der arbejder sammen i samme organisation, arbejder ensartet i et fungerende samarbejde. Jeg mener dog ikke at dette kan tages for givet – med forskningslitteraturens fokus på sygeplejersker frem for hjemmehjælper og qua mine egne erfaringer med at arbejde som sygeplejerske i DSH har jeg oplevet, hvordan forskellige prioriteringer, arbejdsgange og holdninger, eksisterer mellem de professionelle der arbejder om samme kerneopgave med de udsatte borgere i eget hjem. Derudover er de eksisterende undersøgelser af hjemmeplejen, centreret omkring den almene ældrepleje, og ikke omkring specialområdet med de udsatte borgere med endnu flere og mere komplekse sociale problemer. Det efterlader et videnshul, hvor de forskellige fagprofessioner i hjemmeplejen bør være genstand for undersøgelser af samarbejdet mellem professioner i samme organisation – mere specifikt mener jeg, at der mangler undersøgelser af det intraprofessionelle samarbejde mellem faggrupper i DSH, som er målrettet de særligt udsatte borgere.

### 1.1.2 Det vigtige samarbejde på tværs

Som fremhævet i førnævnte undersøgelser, indebærer hjemmepleje og hjemmesygepleje mere end blot det medicinske aspekt; dialog med eksterne og interne samarbejdspartnere giver også anledning til opgaver og udfordringer hos de professionelle. I det følgende vil jeg fokusere på dét samarbejde der foregår mellem professionelle i samme organisation, i konteksten af den kommunale hjemmepleje og hjemmesygepleje.

Tværfagligt samarbejde indebærer, at flere professionelle inden for samme genre – eksempelvis de forskellige faggrupper i hjemmeplejen – samarbejder om samme problem. Nogle forfattere skelner mellem tværfagligt og tværprofessionelt samarbejde, men jeg lader mig inspirere af Morten Ejrnæs' definition af tværfagligt samarbejde som en samlet betegnelse for samarbejde mellem praktikere med både samme og forskellig uddannelsesmæssig baggrund, der arbejder side om side om den samme borger. Fremadrettet i specialet, vil begrebet *tværfagligt samarbejde*, bruges om samarbejdet mellem DSH's medarbejdere – både dem med ensartet og forskelligartet uddannelsesmæssig baggrund (Ejrnæs, 2017).

I den primære sektor arbejder flere aktører ofte side om side. De borgere der modtager hjemmesygepleje, modtager som regel også hjemmehjælp og derfor har borgerne ofte kontakt med både hjemmesygeplejersker, med social- og sundhedshjælper (fremover SSH'er) og med social- og sundhedsassistenter (fremover SSA'er) (SSH'er og SSA'er betegnes samlet som SOSU'er). Sygeplejersker, SSH'er og SSA'er har hyppig kontakt med hinanden, enten når de møder hinanden fysisk i borgernes hjem, eller når de deler opgaver på tværs af faggrupper og dokumenterer i det samme elektroniske kommunikationssystem. En undersøgelse fra Dansk Sygeplejeråd viser, at hjemmesygeplejerskers orientering er stærk rettet mod det medicinske aspekt (den medicinske kompleksitet, jf. Vinge, 2018), hvilket også reflekteres i hjemmesygeplejens ydelseskatalog der er relateret til behandling og pleje på sundhedslovsområdet. SSH'er udfører derimod ydelser, som er relateret til praktisk hjælp og pleje inden for servicelovsområdet, mens SSA'ernes arbejdsområde relaterer sig både til sundhedslov og servicelov (Ellegaard & Dybbroe, 2015). I DSH har sygeplejerskerne beslutningskompetencer til at vurdere en sundhedslovsopgave som ikke kompleks, således at den kan overdrages til SSA'erne, og i nogle tilfælde også til SSH'erne. Dette giver eksempelvis mening i tilfælde, hvor SOSU'erne i forvejen udfører personlig hygiejne, og får overdraget en sundhedsopgave der vedrører hudpleje med medicinsk salve eller plasterskift ved et ukompliceret sår. Det er både økonomisk for kommunen at opgaveoverdrage sundhedsydelser til

SOSU'er, da disse faggrupper ganske enkelt aflønnes på et lavere niveau, men også økonomisk i den forstand at der spares et helt besøg hos borgeren. Den samme medarbejder er også lig med større grad af helhedsorienteret arbejde, som også giver mere ro og stabilitet for borgerne (Københavns Kommune, 2021).

I mange tilfælde er det SOSU'erne der har den største kontakt til borgerne; for det første da personlig hygiejne og praktisk hjælp til borgerne foregår hyppigere og tager længere tid ad gangen, end et sårskift eller en medicindispensering, som ofte kun er nødvendigt få gange ugentligt eller sjældnere. For det andet kan grundlæggende sundhedslovsopgaver, som før nævnt, overdrages til SOSU'erne og derfor begrænses den direkte kontakt mellem hjemmesygeplejerskerne og borgerne. Dermed har SOSU'erne, med en hyppigere og længerevarende kontakt til borgerne, større forudsætninger for at opbygge en relation til borgerne og større forudsætninger for at få indsigt i borgernes sociale livsverden. Vi ved om udsatte generelt, at sociale problemer og medicinske problemer ofte går hånd i hånd (jf. Niklasson, 2020), men når hjemmesygeplejerskens primære opgaver er centreret omkring den medicinske kompleksitet – og når sundhedsydelse oven i købet i nogle tilfælde overdrages til SOSU'er – er der en risiko for at sygeplejerskerne træder vande i forhold til borgerens andre sociale problemer. Helhedsorientering må derfor være et slående argument for tværfagligt samarbejde mellem SSH'er, SSA'er og hjemmesygeplejersker og det er en nødvendighed at skabe en fælles forståelse for borgerens sundhedsmæssige og sociale problemer.

Dog kan en barriere for vidensdeling og læring mellem hjemmesygeplejersker, SSH'er og SSA'er, være professionelle hierarkier og (stille) magtkampe som eksisterer mellem fagprofessionerne (Ellegaard & Dybbroe, 2015). Professioner har en tendens til at lukke sig om sit eget fagområde og er styret af at forsvare deres egen position over for andre professionelle. Grunden hertil er for det første, at det er et reelt behov at bevare specialister inden for bestemte områder, eksempelvis sygepleje. For det andet er faggrupper i organisationer typisk opdelt i afdelinger og opgaver, som rekonstruerer og fastholder faggruppernes faglige identiteter og fagkulturer. Dette skaber ikke rum for vidensdeling og fælles læring, men risikerer snarere at gøre det tværfaglige samarbejde dysfunktionelt (Ejrnæs, 2017; Sehested & Leonardsen, 2011). En måde hvorpå den gensidige forståelse for arbejdet på tværs af faggrupper forsøges at styrkes, er i et introduktionsprogram til SOSU'er i en kommunal hjemmepleje, der indebærer én dag hvor den nyansatte SOSU, følges med en sygeplejerske for at få indsigt i hvorledes sygeplejersken arbejder med borgeren i eget hjem (Ellegaard & Dybbroe, 2015). Trods intentionen om at dette konkrete tiltag skal styrke det tværfaglige

samarbejde mellem SOSU'er og hjemmesygeplejersker, kan der dog sættes spørgsmålstejn ved, om dét at en SOSU får indsigt i sygeplejerskens arbejde – men ikke omvendt – rent faktisk er med til at udviske magthierarkier, eller om det blot fastholder dem. Jeg mener at det bør udforskes, om, hvorfor og hvordan, faglige hierarkier mellem faggrupperne i DSH, påvirker kvaliteten af arbejdet.

Skønt det tværfaglige samarbejde mellem professionelle aktører synes at være et vigtigt fokuspunkt, må borgeren selv ikke glemmes; det er borgeren, det hele handler om! Jeg vil i det følgende komme ind på borgeren som frontfigur i det fremherskende velfærdsparadigme, New Public Management.

### 1.1.3 Fokus på borgeransvar og inddragelse i den nye velfærdsstat

Det moderne sundhedsvæsenet er gennemsyret af begreber som ”inddragelse”, ”involvering” og ”deltagelse”. Borgeren som central aktør i egen behandling ses blandt andet i de nationale mål for sundhedsvæsenet, hvor et fokuspunkt er øget patientinddragelse (Sundheds- og ældreministeriet, 2019), samt i Retssikkerhedslovens §4 hvor der er lovgivet om retten til at medvirke i sin egen sagsbehandling (Bekendtgørelse af Lov om retssikkerhed og administration på det sociale område, § 4, jf. LBK nr. 1647 af 04/08/2021). Dette er blot et par eksempler af flere, på at borgerinddragelse og selvbestemmelse er en indlejret del af den aktuelle velfærds politik, som danner rammerne for praksis.

Inddragelse bliver nærmest et politisk krav, som manifesterer sig ned gennem velfærdsstatens social- og sundhedsinstitutioner, hvor frontmedarbejderne ikke længere blot skal udøve deres faglige ekspertise, men nu også skal have borgeren med, motivere og forhandle sig til den bedste løsning på borgerens problemer. Ansvarer bliver lagt over på de i forvejen udsatte borgere, der pludselig selv skal problemdefinere og komme med løsningsforslag til deres sociale problemer – dette menneskesyn er karakteristisk ved New Public Management, som dét paradigme der lige nu gennemsyrer social- og sundhedspolitikken i Danmark (Uggerhøj, 2014).

I de førnævnte undersøgelser af hjemmesygeplejerskers arbejde med mennesker i komplekse forløb, beskriver sygeplejerskerne konkrete barrierer for borgerdeltagelse – sygeplejerskernes oplevelse af borgernes manglende ressourcer til at varetage egne sundhedsinteresser viser sig i eksempler, som at borgerne ikke prioriterer eller har råd til at købe deres livsvigtige medicin. Her opstår et dilemma mellem sygeplejerskens sundhedsfaglige ekspertviden og borgerens egne prioriteringer (Vinge, 2018; Gessl et al., 2022). Med borgerinddragelse følger en forventning om at borgeren, hvis han ikke vil købe sin medicin og prioritere stoffrihed, sundhed og arbejdsdygtighed, så i det mindste *ønsker* disse ting. Den inddragede og deltagende borger, er derfor underlagt denne ansvarliggørelsesdiskurs, hvor

han forventes at kunne se sit eget potentiale og være motiveret for forandring. For den fagprofessionelle der i praksis skal hjælpe borgeren, ligger et ansvar for at borgeren tager ansvar, og det bliver frontmedarbejderens opgave at fremelske specifikke potentialer og egenskaber i borgerne, som ikke nødvendigvis er i overensstemmelse med borgerens egne ønsker. Idealet er naturligvis ikke at pådutte borgeren bestemte levemåder, men at opnå en samhørighedsfølelse hvor borgeren og den professionelle - via gensidig forståelse - kan stræbe efter et mål som både er ønskværdigt for borgeren og for den professionelle (Juul & Riskjær, 2012).

Jeg anser det dog som paradoksalt, at det på forhånd er defineret hvad standarden for det gode liv er – på trods af at den professionelle har sine egne (sundhedsfaglige) perspektiver på, hvad det gode liv indebærer, mister retten til at bestemme selv betydning, hvis der ikke er plads til at bestemme sig for levemåder som stikker uden for normen, og hvis omdrejningspunktet for det sociale arbejde bliver at motivere, overbevise eller forandre borgeren, i en retning han ikke selv ønsker.

En vigtig pointe er, at det sociale arbejdes praksis er underlagt de politiske og organisatoriske rammesætninger for, hvad der kan betegnes som ”manipuleret ansvar” til borgerne (se evt. også Foucaults begreb ”governmentality i Dean, 2014). Dette fordi borgerne i forvejen, i form af deres underlegne status som ”modtagere af ydelser”, har mindre magt end den professionelle, og ofte ikke har ressourcer til at stå imod magten. Magten der foregår i interaktionen mellem udsatte borgere og professionelle social- eller sundhedsarbejdere, kan anses som usynlig eller mikromagt – men ikke desto mindre har den professionelle størst indflydelse på om, hvordan og hvornår borgeren skal hjælpes og skal ofte agere talerør fra borgeren til andre hjælpesystemer. Deri lægger altså en magt, som er ubevidst for de fleste socialarbejdere: magten til at definere hvor reelle borgerens problemer er, og om borgerens egne synspunkter har værdi (Uggerhøj, 2014).

Men hvilken rolle spiller konteksten ”eget hjem” for inddragelse og ansvar?

En svensk undersøgelse af hjemmesygeplejerskers rolleopfattelse viser, at borgerens eget hjem som den fysiske ramme for hjælpearbejdet, medvirker til ændrede roller mellem den professionelle og borgeren. På den ene side indikerer ejerskabet over sted og materielle ting, magt og selvbestemmelse til borgeren. På den anden side er borgeren afhængig af den professionelles hjælp, hvormed der følger en ekspertrolle, beslutningsmagt og autoritet. Dette skaber en magtubalance som, for sygeplejerskerne i undersøgelsen, er anderledes end den magtbalance der er til stede på hospitaler (Öresland, Määttä, Norberg, Jörgensen & Lützén, 2008). Hjemmesygeplejerskerne i undersøgelsen oplever at have en splittet rolle i form af at være både gæst og professionel i borgerens hjem og

udfordringen er, at kunne navigere mellem disse positioner. Som gæst i borgerens hjem er det vigtigt for sygeplejerskerne at leve op til den normative forventning om, at gæster bør agere høfligt og respektfuldt, hvilket allerede kommer til udtryk i dét øjeblik der bankes på borgerens hoveddør og afventes svar. Men med samtidig respekt for borgerens hjem, rutine og vaner skal hjemmesygeplejerskerne også kunne indtage en mere autoritær rolle med professionel ekspertise og høj faglighed. Her udtrykker sygeplejerskerne, at det er vigtigt at bevare den tætte og ligeværdige relation, så borgeren selv træffer det rigtige valg, uden at føle at sygeplejersken tager magten over borgerens privatsfære (Öresland, et al., 2008). Dette er i tråd med New Public Managements ideal om hjælp til selvhjælp; den fagprofessionelles viden om hvad der er bedst, skal ”coaches” ind i borgerne – for det gode valg får kun en positiv effekt, hvis det udspringer fra borgeren selv (Uggerhøj, 2014). Det ”rigtige” og ”gode” valg kan dog diskuteres, afhængigt af hvilke øjne der ser. For bør den sundhedsprofessionelles faglige forståelse af sundhed og sygdom have forrang til at definere borgerens mål, eller bør borgerens visioner om et, måske usundt, liv forfølges?

Når de forskellige professionelles og borgerens meninger om det gode liv skal forsøges samles til ét fælles mål for det sociale arbejde for den enkelte borger, må den professionelle fungere som en vejviser, hvor det kan være svært at finde balancen mellem tvang og omsorg. Undersøgelser viser at på trods af, at den professionelle oplever sig selv som en omsorgsperson uden decideret systemmagt, ser borgeren den professionelle som en systemrepræsentant med stor autoritet. Borgerens erfaringer med et socialt system, hvor borgeren føler sig kategoriseret, reduceret og overset, kan medvirke til en skrøbelig relation mellem borgeren og den professionelle - en relation som er præget af mistillid og utryghed og ofte afstedkommer en ulige magtrelation. Borgernes mulighed for at opnå større autonomi og indflydelse, er via deres relation til den professionelle i den nære kontakt; hvis relationen og respekten mellem parterne styrkes, er der nemlig større chance for at den professionelle tillægger borgernes synspunkter reel værdi, og agerer i overensstemmelse med borgernes ønsker. En måde hvorpå en fælles forståelse kan nærmes, er ved at italesætte magtuligheden fremfor at negligere den (Uggerhøj, 2014). Især hos de udsatte og marginaliserede grupper som har færre ressourcer til at deltage i egen behandling og forløb, er det vigtigt at den professionelle sætter sig ind i borgerens livsverden og sætter borgernes perspektiver i første række. Dette skal ikke forstås som en metode eller konkret handleplan, men snarere som en etisk rettesnor i arbejdet med udsatte mennesker (Juul & Riskjær, 2012). Derfor er det heller ikke sigtet med dette speciale, at komme med konkrete metoder eller innovative forslag, men at skabe opmærksomhed omkring at medmenneskelighed og

fælleshed, både mellem professionelle og borgere og indbyrdes mellem professionelle, må være udgangspunktet for det gode sociale arbejde.

I det følgende vil jeg præsentere den hjemmepleje- og hjemmesygeplejeenhed i Københavns Kommune, som er centrum for undersøgelsen i indeværende speciale. Her anser jeg netop borgerinddragelse og det tværfaglige samarbejde som værende i højsædet.

#### 1.1.4 Den Sociale Hjemmepleje

I Københavns Kommune er der under Socialforvaltningen en særlig enhed for hjemmepleje og hjemmesygepleje som varetager omsorgs –og behandlingsopgaver hos de udsatte voksne i eget hjem (Christiansen, 2011). DSH er opdelt i to afdelinger, der dækker hhv. den nordlige del og den sydlige del af København. Jeg har valgt ikke at indsamle empiri i den sydlige afdeling hvor jeg har mit eget faglige virke som sygeplejerske, men i den tilsvarende afdeling på Nørrebro. Denne bydel emmer af mangfoldighed – socialt og kulturelt – hvilket afstedkommer en stor variation af borgere, der modtager ydelser i Nørrebros Sociale Hjemmepleje.

Målgruppen for DSH er mennesker mellem 18-65 år, som har behov for hjemmepleje og/eller hjemmesygepleje. Borgerne har ofte både sundhedsmæssige og sociale problemer – det værende misbrug, handicaps, fysisk og psykisk sygdom, og ofte en kombination af flere. SSH'er, SSA'er og sygeplejersker arbejder side om side om opgaver der vedrører hhv. servicelovsområdet og sundhedslovsområdet (Christiansen, 2011). Sygeplejen udfører opgaver der omhandler eksempelvis sårpleje, medicinbehandling, insulinbehandling, stomi- eller samtaler og psykisk støtte. SSH'er hjælper med praktiske gøremål som madtilberedning, rengøring, indkøb eller personlig pleje, og SSA'er udfører både grundlæggende sundhedslovsopgaver og servicelovsopgaver. Når sundhedsopgaver vurderes som ikke komplekse kan de, som tidligere nævnt, videredelegeres fra sygeplejen til SOSU'erne, som derved kan give medicin eller udføre grundlæggende sårpleje. På den måde kan SSA'er i DSH udføre sundhedsopgaver, dér hvor det er meningsfuldt for borgeren og for koordineringen af sygepleje og hjemmepleje. SSH'er kan ligeledes oplæres i simple sundhedsopgaver, hvis det er meningsfuld for helhedsperspektivet (Københavns Kommune, 2021). Det er sygeplejerskernes vurdering, om opgaven hos den specifikke borger kan varetages af SOSU-gruppen. Dog er bestemte opgaver, som eksempelvis skift af topkateder (kateder til blæretømning som indføres direkte gennem et hul i maven), forbeholdt sygeplejen, da det er lokalt bestemt i organisationen, at en sådan opgave kræver en sygeplejerskes kompetencer.



Som nævnt indledningsvist bevæger udsatte mennesker sig ofte ind og ud af udsathed i løbet af deres liv, og opgaverne fra hjemmeplejen og hjemmesygeplejen vil som følge deraf variere i kompleksitet (Pedersen, 2018). Det er derfor ikke ualmindeligt, at opgaver fordeles frem og tilbage mellem faggrupperne, i takt med at der skiftevis er fremgang og tilbagegang i borgerens tilstand. Af samme grund er løbende kollegial sparring om observationer af borgeren, essentiel for kvaliteten af det sociale arbejde.

Jeg finder det desuden relevant, at italesætte min egen position som medarbejder i DSH; Jeg har arbejdet som hjemmesygeplejerske i organisationen i efterhånden tre år, og har derfor dannet et indtryk af hvorledes denne gruppe af udsatte mennesker er særlig udfordrende at hjælpe, og jeg har oplevet hvordan information og dialog mellem faggrupperne internt i organisationen, er vigtig for at opnå den relevante viden om borgerens situation og behov. Jeg mener ikke at mine forforståelser i kraft af erfaringen kan eller bør negligeres, men jeg vil forsøge at være eksplicit omkring dem løbende i undersøgelsen. Det er således min forforståelse, at samarbejdet mellem faggrupperne i DSH står som centralt for at skabe størst mulig kvalitet i det sociale arbejde. Af hensyn til kollegaer og borgere - og for at opnå mest mulig validitet og neutralitet – har jeg valgt, at min undersøgelse foretages i DSH's afdeling på Nørrebro, som er i modsatte ende af København, end min egen arbejdsplads. Organiseringen og de strukturelle rammer er de samme, men jeg har intet personligt kendskab til medarbejdergruppen eller borgerne. I metodekapitlet vil jeg komme nærmere ind på det etiske aspekt af at foretage en undersøgelse i en organisation, hvor forskeren har et arbejdsmæssigt tilhørsforhold.

## 1.2 Afrunding

Udsathed er et komplekst fænomen, med dens mange mulige årsager og mange perspektiver. Hos udsatte borgere der modtager hjemmepleje og hjemmesygepleje, bliver løsningen på deres sundheds- og sociale problemer ikke just mindre kompleks af de mange aktører der tager del i borgerens behandling; SSH'er, SSA'er, sygeplejersker og borgeren selv skal indgå i et samarbejde, hvor respekt for borgerens autonomi opretholdes. Men hvordan kan respekt og inddragelse af borgerens perspektiv medtænkes, hvis det er i uoverensstemmelse med den professionelles idé om et godt liv? Når modsatrettede forståelser af, hvad det gode liv indebærer, kolliderer, kan man spørge sig selv hvem eksperten i virkeligheden er. Den professionelle med sin autoritet og faglige argumenter, eller borgeren selv, der mærker sine ønsker og behov på egen krop? I hjemmeplejen bliver dilemmaet mellem borgerens egne perspektiver og den professionelles faglige vurdering endnu større, i kraft af at der skal navigeres i at være gæst og professionel når der arbejdes i borgerens eget hjem.

Ydermere kan man spørge, om opdelingen af faggrupper og tilhørende opgaveområder i DSH kan have betydning for hvilken kvalitet det sociale arbejde får – og om nogle faggrupper bør have forrang til at definere hvordan borgeren skal hjælpes. Krydsfeltet mellem sygeplejerskens, SSH'ernes og SSA'ernes fokus – mellem sundhed og social service – må antages at eksistere i høj grad i en hjemmepleje og hjemmesygepleje, hvor de forskellige faggrupper arbejder side om side med de samme borgere og deler opgaver på tværs. I kraft af erfaringen som hjemmesygeplejerske i DSH er min egen forståelse af det tværfaglige samarbejde, at organisatorisk bestemte hierarkier og faglige forskelle på én gang forsøges fastholdes og nedbrydes; dette da nogle opgaver ultimativt tilskrives én faggruppe, samtidig med at andre opgaver kan delegeres og varetages af flere faggrupper. Endvidere opnår SSH'en ofte en bedre relation til borgeren og dermed en borgernær viden som kan være værdifuld for helhedsperspektivet. Jeg anser derfor tværfagligt samarbejde mellem faggrupperne som nødvendigt for at kunne yde den optimale pleje – og omvendt, manglende samarbejde som en barriere for at yde den optimale pleje.

Derudover har litteraturen mange bud på, hvorfor tværfagligt samarbejde er vigtigt og udfordrende, men der anlægges ikke et særligt fokus på det intraorganisatoriske tværfaglige samarbejde. Derfor ønsker jeg at udforske udfordringer med det tværfaglige samarbejde mellem aktører i samme organisation, og jeg ser et dilemma mellem, hvad der objektivt – for hhv. SSH'er, SSA'er og sygeplejersker – er det bedste for borgeren, og hvad borgeren i eget hjem selv har af ønsker for forandring. Med DSH som fysisk ramme for specialets undersøgelse, fremstilles følgende problemformulering:

### 1.3 Problemformulering

*Hvorledes oplever hhv. SSH'erne, SSA'erne og sygeplejerskerne i Den Sociale Hjemmepleje det tværfaglige samarbejde, og hvordan mødes de professionelles og borgernes perspektiver omkring pleje og behandling af borgerne i eget hjem?*

#### 1.3.1 Arbejdsspørgsmål

- 1. Hvordan opleves det tværfaglige samarbejde af fagprofessionelle i samme organisation, hvilke muligheder og barrierer er der for samarbejdet og hvorledes er faglige hierarkier med til at forme kvaliteten af arbejdet?*
- 2. Hvilken betydning får magt og relationer mellem borgerne og de professionelle, når det sociale arbejde udføres i borgernes eget hjem?*

## 2 Metode og videnskabsteori

I dette kapitel introduceres til interview og observation som den konkrete metodiske fremgangsmåde til at indsamle empiri. Dernæst vil jeg komme ind på de forskningsetiske overvejelser, der har været i forbindelse med undersøgelsen, herunder anonymisering, præsentation af informanter, samt overvejelser i forbindelse med at være forsker i eget felt. Slutteligt gives et indblik i analysestrategien med interaktionistisk hermeneutik som min videnskabsteoretiske position. Jeg har fravalgt at præsentere teorier i dette kapitel, da det for mig er mere meningsfuldt, at beskrive teorier der hvor de anvendes, i analysen.

### 2.1 Den kvalitative forskningsmetode: Interview og observation

I kvalitativ forskning bevises resultaterne ikke med kausale love, men derimod beskrives og forklares menneskers handlinger med, hvad der er meningsskabende for den enkelte (Kvale & Brinkmann, 2015). Dette er relevant for indeværende speciale, hvor der søges at opnå en forståelse af informanternes objektive adfærd og deres subjektive oplevelser af virkeligheden.

Til at besvare specialets problemformulering, *hvorledes oplever hhv. SSH'erne, SSA'erne og sygeplejerskerne i Den Sociale Hjemmepleje det tværfaglige samarbejde, og hvordan mødes de professionelles og borgernes perspektiver omkring pleje og behandling af borgerne i eget hjem?*, har jeg valgt at indsamle empiri via kvalitative forskningsinterviews med aktørerne – SSH'er, SSA'er, sygeplejersker og borgerne selv – og gennem observationer af praksis. Jeg vil således interviewe én SSH, én SSA, én sygeplejerske, samt to borgere. Derudover vil jeg observere et tværfagligt møde – et såkaldt overdragelsesmøde – mellem faggrupperne.

Et interview giver indsigt i informantens oplevelsesverden, men risikoen ved at have interview som eneste kilde til viden er, at forskeren kun gives indsigt i informantens beskrivelse og fortolkninger, men ikke ser hændelserne i virkeligheden. Hvis konteksten ikke kendes, kan det nemt lede an til misforståelser, da selvfølgeligheder for informanten ikke nødvendigvis er lige så indlysende for forskeren. Med observationer af praksis, kan virkelige hændelser belyses og kombinationen af interviews og observationer kan derfor hjælpe forskeren med at se de blinde vinkler (Monrad, 2018).

Udgangspunktet for interviews er det semistrukturerede interview, hvor jeg har udarbejdet spørgsmål der omkredser interessefeltet: Samarbejde i en tværfaglig hjemmeplejeenhed for udsatte borgere, samt professionelles og borgeres perspektiver på hjemmet som fysisk kontekst for socialt arbejde. Interviewguiden indeholder således spørgsmål til de professionelle og til borgerne, som jeg mener samlet vil kunne belyse problemformuleringen. Interviewspørgsmålene til borgerne er centreret om

deres oplevelse af, at modtage pleje og behandling i eget hjem samt hvorledes relationen til de forskellige professionelle indvirker på borgernes oplevelse af at have indflydelse. Spørgsmålene til de professionelle vedrører især deres faglige forståelse af borgeren, hvordan de deler viden på tværs af faggrupperne, samt spørgsmål der omhandler de professionelles syn på de organisatoriske rammer de arbejder under.

Det semistrukturerede element giver plads til at forfølge nye impulser undervejs i samtalen, til at gå mere i dybden med et bestemt spørgsmål, eller til helt at undlade spørgsmål der ikke længere synes relevante. Her har jeg således tilpasset spørgsmålene efter informanternes sproglige og kropslige reaktioner, så både de professionelle og i høj grad også borgerne, forstod spørgsmålenes indhold og ikke følte sig tvunget til at besvare spørgsmål de ikke ønskede (Poulsen, 2016). Den ene borger, Andreas, var særligt optaget af samtaleemner der ikke relaterede sig direkte til forskningsspørgsmålene, og derfor gav den semistrukturerede tilgang mulighed for at forfølge borgerens impulser. Eksempelvis var han opsat på, at berette om hans viden og uddannelse inden for biokemi, og havde mange tekniske forklaringer på hans fysiske sygdomme. Jeg tolkede Andreas' fortællinger om sin store faglige viden, som et behov for at gøre op med en, måske underlegen, rolle som den "hjælpsøgende", og et behov for italesættelse af sin egen magt i form af viden og ejerskab over hjemmet. Andreas udtrykte for eksempel, at "*jeg er jo ekspert i human metabolisme*" og "*det er mig der ejer lortet*". Jeg fandt det nødvendigt at dvæle ved Andreas' fortællinger om hans præstationer, for det første fordi anerkendelse af hans behov, vil kunne skabe en form for relation og tillid i interviewsituationen, og derved skabe bedre forudsætninger for at han følte sig tryk ved interviewet. For det andet fordi en interviewsituation – i hvert tilfælde i et interaktionistisk perspektiv – i lige så høj grad som en praksissituation, beretter om informantens holdninger og agendaer, hvorfor Andreas' "sidespring" og positionering af sig selv over for mig som interviewer, i sig selv bidrager med vigtig viden om borgeren (Järvinen, 2005).

Til at supplere interviewene, har jeg valgt at observere et tværfagligt samarbejds møde mellem SSH'er, SSA'er og sygeplejersker. De tværfaglige møder afholdes én gang ugentligt for den gruppe af medarbejdere, som deler de samme distrikter og borgere. Møderne betegnes som *overdragelsesmøder*, da udgangspunktet for møderne er faglig sparring omkring borgernes tilstande, udvikling og behandling, hvor alle eller nogle af deres sundhedsydelser er overdraget fra sygeplejerskerne til SSA'er eller SSH'er. Inden overdragelsesmødet blev jeg gjort opmærksom på, at SSH'er normalvis ikke deltager i disse møder, men at der denne gang ekstraordinært ville deltage en

SSH, da netop hans viden om en konkret borgersituation vurderedes at være gavnlig for helhedsforståelsen.

Sigtet med observationen af det tværfaglige møde har været, at opnå en mere detaljeret forståelse af de professionelles opgavedeling på tværs, forhandlinger, kampe, roller og faglige hierarkier. Helt konkret har jeg ud over det sagte, haft fokus på mødedeltagernes fysiske placering i rummet, uniformer og andre artefakter, kropssprog og taletid (Raudaskoski, 2013). Med informationen om, at SSH'erne normalt ikke deltager i møderne, blev min opmærksomhed til mødet skærpet på dette, og i de efterfølgende interviews med informanterne fandt jeg det da også relevant at dykke ned i deres perspektiver på den vanlige mødestruktur uden SSH'erne.

### 2.1.1 Transskription og feltnoter

For at skabe de bedste betingelser for en grundig analyse, har jeg transskriberet interviews. Jeg har fulgt interviewene ordret, men undladt at transskribere lyde som ”hmm” og ”øh”, med mindre det har været relevant for forståelsen af sammenhængen – for eksempel kan det give forståelse for en oprigtig undren og refleksion fra informanten. Derudover har jeg omskrevet forkerte ordstillinger, gentagelser eller talefejl, da jeg ikke ønsker at udstille eller nedværdige informanterne (Kvale & Brinkmann, 2015). Allerede i transskriberingen er foretaget en meningskondensering, hvor jeg har gennemlyttet, gennemlæst og udvalgt citater, som jeg har vurderet relevante i forhold til at belyse problemstillingen, hvilket også har medført fravalg af citater som kunne have belyst problemstillingen på anden vis. Deri ligger en magt i forskerrollen, til at fremhæve og definere, hvad der er betydningsfuldt og hvad der er mindre betydningsfuldt for analysen (Kvale & Brinkmann, 2015). Dette er i særdeleshed gældende for observationsmaterialet, da dokumentationen herfra udelukkende består af min egen hukommelse og feltnoter. Dette har jeg valgt, da jeg mener at videooptagelse af mødet ville medføre en risiko for en kunstig situation, hvor mødedeltagerne i højere grad ville føle, at de skulle præstere og sige det ”rigtige”. Ved fravalg af videooptagelse er jeg dog bevidst om, at detaljer kan gå tabt, men jeg finder det trods alt vigtigere at skabe en så virkelighedsnær situation som muligt, hvilket jeg mener har de bedste forudsætninger ved min stille tilstedeværelse og undervejs notater (Raudaskoski, 2013).

## 2.2 Forskningsetiske overvejelser

Både før, under og efter tilblivelsen af empirisk data, må tages medmenneskelige hensyn. Det er min opgave at sørge for, at informanterne ikke lider overlast af at deltage i undersøgelsen; både de fagprofessionelle som observeres og interviewes, og i særdeleshed de udsatte borgere som deler deres potentielt sårbare information og erfaringer (Carlsen, 2018). Jeg vil i det følgende præsentere de forskningsetiske refleksioner jeg har gjort i tilblivelsen af specialet.

### 2.2.1 Etik i interviews og observationer

Forskning om mennesker er altid forbundet med etiske overvejelser, hvorfor det med interviews og observationer, er nødvendigt at gøre sig bevidst om dette (Kvale & Brinkmann, 2015).

Hensigten i borgerinterviewene er, at opnå en ligeværdig dialog, hvor borgernes subjektive viden anerkendes – ikke på trods af deres udsathed, men måske snarere på grund af deres udsathed. I borgerinterviews kan et for stort fokus på borgernes specifikke udsathed, være med til at reproducere og fastholde en følelse af at være sat uden for det ”normale” samfund (Carlsen, 2018). Dog fyldte den ene borgers personlige fortælling alligevel meget i den forstand, at han uopfordret berettede om en trafikulykke, mislykkede kærlighedsforhold og et alkoholoverforbrug. Borgeren gav udtryk for, at han synes at han var ”dum”, hvorfor jeg fandt det naturligt og medmenneskeligt at fortælle, at jeg ikke syntes han var dum. Dette er et eksempel på, at interviewet kan tage en uventet drejning, hvor dette specifikke interview alligevel fik karakter af fortællinger om borgerens konkrete udsathed og årsager hertil.

I interviews med de fagprofessionelle er formålet at afdække tanker om faglige forskelle og eventuelle hierarkier som barrierer for tværfagligt samarbejde. Her har jeg været opmærksom på, at jeg med interviewspørgsmålene kan sætte fokus på de faglige forskelle, jeg antager eksisterer i DSH's daglige praksis. På den måde kan specialet medvirke til en øget opmærksomhed på interessemodsætninger i det interne forhold mellem SSH'er, SSA'er og sygeplejersker, og kan potentielt skabe en konflikt (Vitus, 2018). Jeg mener dog ikke, at der rent nytteetisk er grund til at undlade at spørge ind til faglige hierarkier og fagforskelle, for det første fordi at jeg med undersøgelsen ønsker at skabe refleksion over fællesskab og værdier i organisationen, hvilket må antages at komme borgerne til gode. For det andet fordi der med undersøgelsen kan sættes fokus på hvorledes faglige forskelle er et vilkår i det sociale arbejde, i stedet for at det eksisterer i det stille (Carlsen, 2018; Uggerhøj, 2014).

Forinden observationen af det tværfaglige møde, har jeg givet en kort introduktion til mig selv og formålet med min tilstedeværelse, men jeg har undladt at præcisere undersøgelsens fokus. Dette på baggrund af en antagelse om, at medarbejderne med problemformuleringen om tværfaglighed så friskt i erindringen, ubevidst vil kunne komme til at bruge formuleringer eller lede mødet i retning af ”det gode tværfaglige samarbejde”. Med en observatør til stede er der dog altid en risiko for, at deltagerne bliver farvet af observatørens tilstedeværelse og naturligvis ønsker at vise sig fra sin bedste side (Monrad, 2018). Ved at undlade at minde mødedeltagerne om forskningsemnet, har jeg forsøgt at mindske min egen påvirkning af mødet, og i stedet holde det så autentisk som muligt. Jeg har desuden indhentet mundtligt samtykke fra mødedeltagerne inden start, og fortalt om muligheden for anonymisering, samt mindet om at det er frivilligt at deltage i undersøgelsen. Efter mødets afslutning har jeg givet plads til spørgsmål og kommentarer fra mødedeltagerne, dog har ingen efterlyst viden om det konkrete forskningsspørgsmål.

### 2.2.2 Informeret samtykke og anonymisering

Når informanterne giver deres samtykke til deltagelse i undersøgelsen, er det vigtigt at være præcis i formuleringen om processen hvori der indsamles empiri, om informanternes mulighed for anonymisering, valgfrihed og om selve formålet med undersøgelsen – herunder at deres udsagn bliver underlagt min fortolkning, fordi de har til hensigt at besvare et specifikt forskningsspørgsmål. Der er indhentet samtykke til lydoptagelse af interviews, som efter afrapporteringen af specialet vil slettes. Informanterne er informeret om, at de til enhver tid kan trække deres samtykke tilbage (Carlsen, 2018). Jeg har taget et ekstra hensyn til borgerne, som kan have særlige udfordringer med at forstå informationen om vilkårene for deltagelse, og har derfor sørget for at være pædagogisk og lavpraktisk i min forklaring og valg af ord. Dette på baggrund af en erfaring med DSH’s borgergruppes meget varierende udgangspunkter for fysiske, sociale såvel som kognitive evner. Begge borgere til interviews har dog ladet til at forstå og kunne give samtykke på et informeret grundlag.

I kvantitative undersøgelser som ofte beskæftiger sig med statistiske analyser og undersøgelser af en bredere population, lader anonymisering sig let gøre. Derimod opnås i kvalitativ forskning, som tidligere nævnt, typisk et mere indgående kendskab til personlige og subjektive meninger og fortællinger, og undersøgelsesgruppen er ofte mindre. Dette medfører også en forskningsetisk pligt om, at deltagerne skal anonymiseres i størst mulig grad, hvis de ønsker det (Carlsen, 2018). På trods af at borgerne til interviews tilbydes anonymisering, er medarbejderne der har bistået med rekruttering af borgeren, vidende om borgerens deltagelse i interviewet. Dette er jeg særligt

opmærksom på i borgerinterviews, og jeg har derfor både før og efter interviewet mindet borgeren om, at jeg anonymiserer i den grad det er muligt, men at den professionelle der har rekrutteret, vil kunne genkende borgeren i det færdige speciale. Af samme årsag har jeg også gjort det klart for borgeren (og de professionelle), at de under og efter interviewet har ret til at fortælle mig, hvis dele af interviewet ønskes slettes og ikke anvendes til specialet (Olsen, 2018).

De professionelle informanter er oplyst om, at deres navn, alder og andre karakteristika der kan afsløre deres identitet, anonymiseres, men at de vil være genkendelige for kollegaer, der eventuelt læser det færdige speciale. Dermed kan der ikke tilbydes intern anonymisering, hvilket de alle har været indforstået med. Selve DSH anonymiseres ikke, da en ikke-anonym organisation kan medvirke til, at give læseren af specialet en illustrativ beskrivelse af arbejdsstedet og dets omgivelser, og dermed styrke undersøgelsens troværdighed (Bengtson & Mølholdt, 2020).

Derudover er DSH en offentlig institution, som jeg mener kan trænge til mere opmærksomhed og anerkendelse rent politisk, da organisationen er underlagt besparelser og begrænsede ressourcer (økonomiske og menneskelige). Ved ikke at tilsløre organisationens navn, kan der med dette speciale kastes lys over behovet for mere forskning, uddannelse, mennesker og midler på det sociale hjemmeplejeområde.

### 2.2.3 Udvalgelse og præsentation af informanter

Indsamling af empiri – interviews og observationer – foretages i DSH, hvor jeg selv har mit virke som sygeplejerske. Jeg har, via mit kendskab til DSH, kontaktet lederen i afdelingen på Nørrebro i København. Jeg har præsenteret problemformuleringen og beskrevet at jeg ønsker at interviewe én SSH, én SSA, én sygeplejerske samt to borgere, og derudover observere et tværfagligt møde (overdragelsesmødet) mellem forskellige faggrupper.

Lederen har således fungeret som gatekeeper, og har indhentet mundtligt samtykke fra medarbejderne til, at jeg kan observere det tværfaglige møde. Heri lægger også en etisk overvejelse om deltagernes frivillighed, da der kan eksistere et afhængighedsforhold mellem leder og medarbejdere der gør, at medarbejderne ikke ønsker at sige lederen imod, af frygt for at virke usamarbejdsvillig. Samtidig er der en risiko for, at nogle medarbejdere føler sig presset af kollegaernes villighed til at lade sig observere under mødet, og det kan derfor være svært at sige fra for dem der ikke ønsker at deltage (Carlsen, 2018). Derfor har jeg også, som før nævnt, informeret mødedeltagerne om frivilligheden ved deltagelse i undersøgelsen før mødet begyndte. Der har ikke umiddelbart været nogle indvendinger mod observationen.



De professionelle informanter til interviews er også rekrutteret gennem lederen som gatekeeper, med en forhåbning om at jeg kunne interviewe selvsamme professionelle som deltog i det tværfaglige møde. På den måde mener jeg, at der er de bedste forudsætninger for at sammenholde medarbejdernes adfærd (observationer) og holdninger (interviews) i en analyse. Grundet personalets vagtplaner, var det dog ikke muligt at interviewe SSH'en fra det tværfaglige møde, men jeg interviewede i stedet en anden SSH fra samme medarbejdergruppe.

Når der udvælges informanter på så snævert et område (der er et begrænset antal medarbejdere til rådighed i DSH) er det udfordrende at foretage en målrettet udvælgelse. Således forestiller jeg mig, at en variation af professionelle informanter, fordelt på eksempelvis køn, alder eller erfaring, kunne repræsentere en større spredning hvad angår den adfærd og de holdninger der kan have betydning for problemstillingen. Ligeledes med borgerne kan det tænkes, at en fordeling af de to borgerinterviews henover borgere med forskelligt køn, alder eller social problematik, ville afstedkomme mere varierede svar. Jeg anser dog ikke dette som en forringelse af specialet, for det første da det ikke sigtet at producere generaliserbare resultater og for det andet fordi informanternes menneskelige unikheder alligevel udtryktes i interviewene (Monrad, 2018). Udvalgelseskriterierne i indeværende undersøgelse er desuden i forvejen underlagt en sygepleje og hjemmeplejeenhed som har mangel på personale. Derudover har jeg valgt, at de fagprofessionelle informanter skal have forskellig uddannelsesmæssig baggrund, hvilket indsnævrer muligheden for at rekruttere informanter på baggrund af flere karakteristika. Med hensyn til rekruttering af borgere til interviews er forbeholdet, at medarbejderne fungerer som gatekeepere til borgerinterviewene, da det er de frontmedarbejdere med den nære kontakt til borgerne, der kan vurdere hvilke borgere der ville kunne deltage i et interview. Jeg er bevidst om den risiko det medfører, da de borgere der indvilliger i at lade sig interviewe, også samtidig kan repræsentere den mere ressourcestærke del af borgergruppen.

I det følgende vil jeg præsentere informanterne, som tilhører hhv. medarbejdergruppen og borgergruppen, i Nørrebrodistriktet af DSH.

**Tanja:** SSA (er også med til overdragelsesmødet)

**Heidi:** Sygeplejerske (er også med til overdragelsesmødet)

**Lise:** SSH  
Informanter til interviews:

**Peter:** Mand i 50'erne. Har en autoimmun nervesygdom og sidder i kørestol. Får hjemmepleje til praktiske dagligdagsopgaver og personlig pleje, i det omfang han ikke selv formår. Dette varetages primært af SSH'er. Får derudover hjælp til pleje og skift af kateder. Dette varetages af henholdsvis SSA'er og sygeplejersker.

**Andreas:** Mand i 50'erne. Forskellige hjerte-kar sygdomme og psykiske problematikker. Er også tilknyttet psykiatrien, og får antidepressiv medicin. Andreas har derudover et periodevist overforbrug af alkohol. Får hjemmepleje til praktiske dagligdagsopgaver, og bliver samtidig mindet om at huske sin medicin flere gange dagligt. Dette varetages primært af SSH'er. Derudover får han dispenseret medicin i æsker hver anden uge. Denne ydelse er overdraget til SSA'er.

Mødedeltagere til overdragelsesmødet:

**Ea:** Gruppeleder for SSH'er og SSA'er.

**Pernille:** SSA

**Tanja:** SSA

**Heidi:** Sygeplejerske

**Rasmus:** SSH

#### 2.2.4 Forskningsetiske overvejelser i forbindelse med at indsamle empiri på egen arbejdsplads

I al dataindsamling vil der være en form for asymmetri mellem forskeren og feltet; der ligger en naturlig magt hos den der interviewes eller observeres, da personen besidder en viden om netop dét, forskeren ønsker at vide mere om. Omvendt bliver magten større hos forskeren efter dataindsamlingen, hvor det er forskerens opgave at sortere og vælge til og fra, ud fra hvad forskeren anser som relevant for undersøgelsen (Olsen, 2018).

Da empirien indsamles i samme organisation som jeg selv har mit sygeplejefaglige virke, er jeg uundgåeligt farvet af at være en indlejret del af de organisatoriske rammer, forhold, vaner og procedurer. Af samme årsag har jeg valgt, at begrænse min forhåndsviden mest muligt ved at indsamle empiri på Nørrebro, hvor jeg hverken har kendskab til de fysiske rammer for kontorerne, borgerne, lederne eller kollegerne. På trods af, at der ikke indsamles empiri på min primære arbejdsplads, forestiller jeg mig at både rekrutteringen af informanter og selve interviewene og observationerne, havde udformet sig anderledes, hvis jeg ikke havde samme tilhørsforhold til organisationen. For det første, har det ikke været svært at overbevise lederen om, at indsamle empiri i DSH; jeg har i de første mails og telefonsamtaler præsenteret mig som ”kollegaen fra Syd”, hvilket allerede i dét øjeblik må have nedbrudt skepsis og betænkeligheder ved min undersøgelse. Derfor har det også været vigtigt for mig at gøre det tydeligt, både for lederen, fagprofessionelle og borgere, at deltagelse var helt frivillig. Derudover har jeg undervejs i medarbejderinterviews, også haft skærpet opmærksomhed på, at lade interviewstrukturen være løs, således at især de professionelle informanter, ikke ville føle sig overrumplet af en agenda fra mig, som var ude på at afsløre eller teste deres professionelle rigtighed og kunnen.

Selvom empirien ikke indsamles i mit eget arbejdsdistrikt, må det tænkes at mit kendskab til selve arbejdsgangene, instrukserne og måden hvorpå der deles opgaver på tværs af faggrupper, ikke desto mindre medvirker til, at jeg har en høj grad af forforståelse og antagelser. Jeg vil i det følgende komme ind på hvorledes jeg bearbejder det empiriske materiale, og i den sammenhæng præsentere mine forforståelser om feltet.

### 2.3 Analysestrategi: en hermeneutisk-interaktionistisk forståelsesramme

At analysere kan oversættes til at ”bryde ned i mindre dele”. Analysearbejdet går helt forsimplet ud på, at dissekere det indsamlede materiale, for derefter at systematisere og rekonstruere det, således at det på bedste vis besvarer forskningsspørgsmålet (Tangaard & Brinkmann, 2013). I indeværende speciale er analysen en fortolkningsopgave, der er funderet i den hermeneutiske videnskabsteori hvor feltet mødes med bestemte forforståelser (Juul, 2018). Samtidig er social samhandlen både udgangspunktet for dét der tales om i interviewene og for dét der udspiller sig på det tværfaglige møde, men selve interviewsituationen kan også betragtes som et socialt møde i sig selv, hvor interaktionen, magt og positioneringer er i fokus (Järvinen, 2005). Derfor vil jeg betragte mit videnskabsteoretiske ståsted, som værende hermeneutisk-interaktionistisk.

Hermeneutikkens forfader, filosofen Hans Georg Gadamer, beskriver at sandheden hverken har nogen begyndelse eller slutning. Denne dynamiske og fortolkende metode – både undervejs i interviews og observationer og i selve analysen – er selve grundvilkåret for erkendelsen ifølge hermeneutikken. Det centrale er, at der hele tiden oparbejdes nye forståelser af virkeligheden og at åbenhed for nye fortolkninger og horisontsammensmeltninger af forskellige menneskers perspektiver, må være grundlaget for vidensudviklingen. Ontologisk kan et fænomen i denne forstand derfor forstås som noget der aldrig er endegyldigt, men er dynamisk og afhængigt af hvilke øjne der ser (Juul, 2018). I en interaktionistisk begrebsramme kan man sige at identiteter er noget, der skabes og reproduceres gennem interaktionen, eksempelvis på det tværfaglige møde, og i de møder mellem borgere og professionelle som er udgangspunktet for samtalen i interviewene. Derudover kan positioneringer og magtforhold mellem selve interviewer og informanten, ifølge den interaktionistiske fortolkningskunst, også bidrage til en metateoretisering og dermed nye forståelser af fænomenet. Der er derfor ligheder mellem interaktionistiske og hermeneutiske analyser, hvor forhandlinger og horisontsammensmeltninger udgør den nye viden der produceres (Järvinen, 2005). Den hermeneutiske videnskab kommer til udtryk i specialet, når jeg vælger empirisk at udforske mine egne og informanternes forforståelser, og stille mig kritisk over for dét jeg (tror jeg) ved i forvejen, både i kraft af læst forskning, teorier og erfaringer. Allerede i litteraturgennemgangen og research på forskningsfeltet, videre i empiriindsamlingen, og i analysen af empirien, dannes nye forståelser (som dermed udgør min nye forforståelse, da spiralen af forståelse er uendelig). Det er derfor vigtigt at gøre sig bevidst om egne forforståelser og sætte dem i spil, så der undervejs og i slutningen af

specialet kan gøres status over nye erkendelser. Dette gælder også informanterne, som med spørgsmålene i interviewene, bliver udsat for en refleksionsøvelse der sandsynligvis vil gøre dem mere bevidste om deres tanker og adfærd, og som måske vil lede til nye variationer af deres forståelse (Monrad & Olesen, 2018).

### 2.3.1 Mine forforståelser

I kraft af både forskningsviden og egne erfaringer, er min forforståelse om det tværfaglige samarbejde i DSH, at faglige forskelle på én gang forsøges fastholdes og nedbrydes, når opgaver deles mellem sygeplejersker, SSA'er og SSH'er. I sygeplejerskens vurdering af, om en opgave er kompleks eller ej, og om den dermed kan varetages af SOSU-gruppen eller ej, mener jeg også at der ligger et signal om, at sygeplejerskerne er "øverst" i det faglige hierarki. Dette er også i overensstemmelse med det traditionelle syn på fagligheder som værende mere autoritære, jo højere uddannede de er (Ellegaard & Dybbroe, 2015). Men på trods af, at visse sundhedslovsopgaver kan varetages af SOSU-gruppen, er ansvaret sygeplejerskernes – dette ekspliciteres især på tværfaglige møder, hvor der gives rum for sparring mellem SSA'er og sygeplejersker (og i enkelte tilfælde SSH'er) om konkrete problematikker hos borgere hvis sundhedsydelser er overdraget til SOSU'erne. Dermed bliver det særligt vigtigt, at der i disse rum kan eksistere en dialog hvor faglighed, observationer og perspektiver deles uanset uddannelsesbaggrund – hvilket er i tråd med Ejrnæs' (2017) forståelse af behov for tværfagligt samarbejde. Jeg mener at det kan udgøre en barriere for vidensdeling mellem faggrupper, hvis magt og faglige hierarkier eksisterer i det stille (jf. Uggerhøj, 2014). Dem der kender borgerne bedst bør, uanset faglig baggrund, være den bedst mulige repræsentant for at tale borgerens sag. Selvom sygeplejerskerne har en faglig viden og et større officielt ansvar, hviler deres beslutninger nemlig ofte på observationer fra SSA'er og SSH'er. Det er min forforståelse, at arbejdet med borgerne i eget hjem, kræver en relation og tillid mellem den professionelle og borgeren, men at denne relation ofte er bedst mellem SSH'en og borgeren, fordi det netop er dem der kommer hyppigst i borgerens hjem. Den sundhedsfaglige vurdering og de råd der gives, sker på baggrund af og SOSU'ernes observationer – dermed har borgerens førstehåndsperspektiver allerede været underlagt en fortolkning af én professionel, inden de videregives og drøftes med tværfaglige samarbejdspartnere.

## 2.4 Introduktion til analyse

Jeg har valgt at opdele specialets analyse i to kapitler, hvor første analysekapitel knytter sig til problemformuleringens første underspørgsmål, og anden analysekapitel knytter sig til andet underspørgsmål. Efter hver analyse præsenteres de foreløbige fund i en sammenfatning. Dernæst vil

alle fund fra begge analyser sammenkædes i en endelig konklusion, og slutteligt vil jeg diskutere og reflektere over fundene i et diskussionskapitel. Analysens slutninger er baseret på både eksisterende teorier og viden, hvor specialets empiri tilpasses, men leder samtidig også til nye forståelser af virkeligheden som ikke er funderet i bestemte teorier og begreber – det vil sige, at tilgangen i analysen på én gang er deduktiv og induktiv (Olesen, 2018).

### 3 Første analysedel: Organisationen som ramme for tværfagligt samarbejde og professionelle identiteter

Som nævnt i introduktionen, indebærer tværfagligt samarbejde, at professionelle der arbejder inden for samme genre – både dem med samme og dem med forskellig uddannelsesmæssig baggrund – deler opgaver og samarbejder på tværs (Ejrnæs, 2017). Jeg vil i det følgende, med en vekslen mellem citater og observationer fra det empiriske materiale, og teori, forsøge at belyse *hvordan det tværfaglige samarbejde opleves af fagprofessionelle i samme organisation, hvilke muligheder og barrierer der er for samarbejdet og hvorledes faglige hierarkier er med til at forme kvaliteten af arbejdet*. Dette forsøges belyses med teorier om makrostrukturer og organisationen som bindeled mellem velfærdsdiskurser og de professionelles tanke- og adfærdsmønstre. Slutteligt analyseres professionsbegrebet og derunder muligheder og barrierer for det tværfaglige samarbejde, som en konsekvens af organisationens struktur og kultur.

#### 3.1 Den Sociale Hjemmeplejes organisering

For at kunne besvare spørgsmålet om muligheder og barrierer for det tværfaglige samarbejde i DSH, er det nødvendigt at se på den struktur der danner rammerne for et muligt samarbejde.

Den offentlige sektor er ofte præget af store og komplekse opgaver, hvor arbejdsdeling i specialiserede enheder bliver nødvendigt. I selve DSH er fordelingen af opgaver eksemplificeret med opdelingen i SSH'er, SSA'er og sygeplejersker, som hver især har opgaver der angiveligt tilsvare deres kompetenceniveau (Hansen, 2016). Dette afspejles i ydelseskataloget, hvor det er lokalt bestemt hvilke opgaver der må varetages af hvilke medarbejdergrupper, samt hvilke kriterier der er for at en opgave kan vurderes som hhv. grundlæggende eller kompleks. Opgavedelingen mellem komplekse og grundlæggende opgaver (og muligheden for overdragelse af grundlæggende opgaver til SSA'er og SSH'er), og fordelingen af sundheds- og servicelovsopgaver på forskellige faggrupper, er naturligvis til for at sikre en vis kvalitetsstandard og for at minimere risikoen for fejl. Samtidig afspejler ydelseskataloget en opdeling af medarbejderne i grupper af kompetente og mindre kompetente. SSA'en beskriver det således:

*Det er jo helt åndsvagt. Da jeg tog hjælperuddannelsen, der måtte vi meget mere. Altså, øjendryp, kompressionsforbinding. Nu er det jo også mange år siden. Men så har man taget, fordi der er én der har klokket i det eller ikke udført opgaven ordentligt – en UTH (utilsigtet hændelse). Så har man taget det fra hjælperne igen (Tanja, SSA).*

Ud fra citatet kan tolkes, at Tanja oplever DSH's fordeling af kompetencer, som værende for standardiseret i den forstand, at lokale beslutninger, frem for reelle kompetencer, er afgørende for hvem der må hvad (Hansen, 2016). Dette afspejler en organisationsstruktur, hvor det er centralt besluttet hvilke opgaver faggrupperne kan varetage, og hvilke opgaver de ikke kan varetage. Udfaldet bliver en funktionsbaseret struktur med en fastlagt hierarkisk opdeling af SSH'er, SSA'er og sygeplejersker (Jacobsen & Thorsvik, 2014). På trods af, at opdelingen i kompetente og ikke-kompetente medarbejdere skal sikre stabilitet og mindske fejl, afspejler det også en mistillid til de professionelle der godt kan, men ikke må grundet lokale retningslinjer:

*Interviewer: Føler du så, at du ikke rigtigt bruger dine kompetencer fra uddannelsen?  
Tanja: Ja, nogle gange gør jeg. Jeg synes det er helt åndsvagt at jeg kommer hos en borger for at lave sårpleje, og så kan jeg ikke varetage katederskift eller et sondeskift (Tanja, SSA).*

Den hierarkiske organisationsstruktur skal ikke forstås som noget medarbejderne selv skaber eller nødvendigvis ønsker, men som noget der er indgroet i ansættelseskontrakter, retningslinjer og ydelseskataloger i DSH. Dette kan være et nødvendigt onde, for at opretholde en høj og ensartet standard for kvalitet i de ydelser der leveres til borgerne. Strukturen i organisationen skal derfor forstås som regler og rammer der specificerer (og ofte begrænser) de professionelles kompetencer, men strukturen kan også indbefatte de fysiske rammer for, hvordan arbejdspladsen er indrettet samt hvem der sidder hvor, hvilket får betydning for medarbejdernes handlemuligheder (Jacobsen & Thorsvik, 2014). I DSH er eksempelvis sygeplejersker placeret i et kontor for sig selv, mens SOSU'erne deler et grupperum. Dette sender et signal om forskellighed mellem sygeplejerskerne og SOSU'erne. Derudover er det besluttet, at SSH'erne normalvis ikke skal deltage på de tværfaglige møder, hvilket jeg anser som en ekskludering af SSH'erne fra den formelle ramme for refleksion og vidensdeling mellem faggrupperne. Dette må udgøre en potentiel begrænsning for samarbejdet mellem SSH'erne og de andre faggrupper.

I et historisk perspektiv kan der identificeres strukturelle træk ved DSH som trækker tråde tilbage til *Scientific Management* (Jacobsen & Thorsvik, 2014).

Ingeniøren, Frederick Taylor, udviklede begrebet omkring år 1900, med ønsket om at effektivisere, standardisere og masseproducere. Det betød, at arbejdsopgaver kunne uddeles og opdeles, således at folk blev mere specialiserede inden for ét bestemt område. Bilproducenten, Henry Ford, var også



fortaler for denne struktur, og begrundede specialiseringen med ønsket om effektivitet med hans berømte citat: ”*Nothing is particularly hard if you divide it into small jobs*”. Citatet indrammer hvorledes der er fokus på medarbejdere som en fælles maskine, hvor organisationens opgave kan løses med succes, hvis alle mindre enheder og specialister udfører hver deres opgave (Jacobsen & Thorsvik, 2014). Scientific Management indebærer også metode-tids-måling som et princip til at beregne, hvad den enkelte opgave koster i tid og penge. Dette princip står stadig centralt som en del af den nødvendige planlægning i hjemmeplejen i dag, hvor standardiserede ydelser er opmålt i minutter, for at alle borgere kan få den hjælp de behøver med de ressourcer der er til rådighed (Jacobsen & Thorsvik, 2014). Tiden bliver da et omdrejningspunkt for de professionelle, der konstant skal have øje for, om de kan nå alle deres opgaver. SSA’en Tanja, fortæller om udfordringen med at nå alle besøg inden for den opmålte tid:

*Altså, i morgen har jeg jo otte insulingivninger, og det skal dæleme gå stærkt. Og det skal helst være inden klokken ti. Og så har vi jo også det med, at vi nærmest hele tiden kører stjerneførsel. Der er ikke noget tid imellem (Tanja, SSA).*

Med de udsatte borgere, hvis problemer varierer, kan det dog være svært at angive et præcist tidsestimat for, hvor længe en ydelse tager. Som nævnt indledningsvist, bevæger udsatte borgere sig ind og ud af udsatheden, og lever ofte en dynamisk, kaotisk tilværelse, hvor de har skiftende behov (Pedersen, 2018). Derfor står Scientific Managements principper også i modsætning til det øgede fokus på borgercentrering, inddragelse og helhedssyn, hvis ideal om hensyn til det enkelte menneskes forskelligartede behov falder fra hinanden så snart der standardiseres. Sygeplejersken formulerer i tråd hermed, at hun ofte hjælper borgerne med andre ting, end dem der er angivet i de planlagte ydelser:

*Interviewer: Har du oplevet at borgerne har brug for hjælp til andre ting end det du kommer for?*

*Heidi: Ja, det sker tit. Jeg kan for eksempel ringe til tandlægen og få snakket om, at borgeren skal have et tilskud, og det skal sendes til kommunen. Prøve at forklare det til borgeren, ved at ringe til hans kammerat og få ham til at oversætte, så borgeren kan forstå at han SKAL op til tandlægen, og han skal lægge 700 kr., som han så vil få tilbage fra kommunen så snart de har sendt nogle tilskudspapirer, til at få ordnet alle sine tænder, fordi han har været i kræftbehandling. Og jeg synes at det er ret givende. Du kan jo se at det rykker i den anden ende, når du faktisk kan se at der kommer en bevilling til at få lavet tænder for 27.000 kr. (...) Men man opdager også lige pludselig, at man jo ikke bare er sygeplejerske. Pludselig er man også socialrådgiver og alt muligt (Heidi, sygeplejerske).*

Ovenstående citat illustrerer hvordan ideen om afgrænsede fagområder og standardiserede ydelser, er svær at efterleve i DSH; sygeplejersken oplever pludselig at have en rolle, hvor der kræves andre socialfaglige og juridiske kompetencer end blot de sygeplejetekniske.

Dette kan tolkes som en modstand mod Scientific Managements principper om monotont arbejde der kan virke fremmedgørende for medarbejderen - helhedssyn og fleksibilitet bliver i stedet dét, der skaber kvalitet og bliver givende for sygeplejersken (Jacobsen & Thorsvik, 2014). SSH'en Lise, forklarer i tråd hermed, at SSA'en kan tage et besøg fra SSH'en, hvis der er et behov for en vurdering fra en medarbejder med en større sundhedsfaglig viden, men at der er mindre fleksibilitet hvad angår sygeplejerskerne:

*Lise: Hvis man opdager, at der er et eller andet helt galt. Så kan man godt tage fat i en assistent og sige at vi lige må få kigget på det her. Eller til sygeplejen for den sags skyld. Nogle ting ved vi jo, er en sygeplejeopgave. Så skal den bare en helt anden vej jo.*

*Interviewer: Er det mere besværligt eller hvad?*

*Lise: Det er mere besværligt, ja. For man skal jo først have skrevet til deres visitation, for de skal have tiden til at komme ud og kigge på det. Hvor det nogle gange er nemmere lige at tage fat i assistenten og sige "kan du ikke lige tjekke op på dét og dét".*

*Interviewer: Så der kan I simpelthen bytte indbyrdes? Altså bytte besøg om morgenen?*

*Lise: Ja. Så er det en assistent man lige sender op for at se på hvad der er. Men det kan vi ikke med sygeplejen. Der skal vi vente på, at de får tiden til det, og at de finder ud af hvornår de så kan komme derop. Så der kan alligevel godt gå et lille stykke tid, før det sår eller hvad det nu er, bliver tilset (Lise, SSH).*

Med citatet forstår jeg, at den hierarkiske distance bliver reduceret mellem SSH'en og SSA'en, fordi de uden problemer og lavpraktisk kan koordinere sig til en mere effektiv måde at imødekomme borgernes akutte behov. Til gengæld viser citatet, at samarbejdet mellem SSH'erne og sygeplejerskerne er besværet af de strukturelle, hierarkiske forskelle og mangel på fleksibilitet i den lavpraktiske opgavedeling – sygeplejerskerne skal have visiteret og planlagt tid på deres kørelister, til at tilse borgere, som har en ændring i deres tilstand der kræver en sundhedsfaglig vurdering. I den mere besværlige procedure med at få sygeplejefaglig assistance, mener jeg også at der ligger et implicit budskab om, at sygeplejerskernes tid er mere værdifuld. Dette kan udgøre en barriere for samarbejde mellem sygeplejerskerne og SSH'erne, hvilket kan være afgørende for rettidig forebyggelse af forværring og dermed for den sundhedsmæssige kvalitet af arbejdet.

### 3.2 Kultur i Den Sociale Hjemmepleje

Den Schweiziske kulturforsker Edgar Schein, definerer en organisations kultur som *de fælles mønstre og meninger, der påvirker den måde hvorpå de ansatte tænker og agerer*. Den fysiske struktur (eksempelvis professionsspecifikke opgaver, opdeling af faggrupper i separate kontorer, eller ekskludering af én faggruppe fra en mødeaktivitet) har stor betydning for, hvorledes de professionelles adfærd og tankemønstre former sig, og derfor hænger struktur og kultur uløseligt sammen (Jacobsen & Thorsvik, 2014). Schein beskriver tre kulturniveauer i en organisation, som værende henholdsvis *grundlæggende antagelser, normer/værdier* og *artefakter*. Grundlæggende antagelser siges at være organisationens DNA og består af medlemmernes, ofte ubevidste, opfattelser, tanker og følelser. Disse er derfor også de sværeste at identificere. Normer og værdier kan betragtes som skueværdier og eksplicite idealer – eksempelvis det moderne ideal om at borgeren bør inddrages mest muligt i egen sag (Jacobsen & Thorsvik, 2014). Dette ville de færreste sætte sig imod, og SSA'en Tanja, nævner da også undervejs i interviewet, at *inddragelse er virkelig vigtigt*.

Det sidste kulturniveau, artefakterne, er ifølge Schein "toppen af isbjerget". Heri ligger synlige genstande og den eksplicite kommunikation, og der er da også – for at blive ved inddragelseksemplet – i dokumentationssystemet i DSH inkorporeret et punkt hvori der beskrives borgerens egne mål relateret til det specifikke problemområde, og der bedes af dokumentationssystemet flere steder om et samtykke fra borgeren. De grundlæggende antagelser hos organisationens medlemmer, anses som værende kilden til både normer og værdier samt til artefakter. Grundtanken bag Scheins forståelse af organisationskultur er, at organisationens fysiske struktur og regler er frøet der sås, som derefter bliver en indgroet del af de ansattes normer, værdier og grundlæggende antagelser (Jacobsen & Thorsvik, 2014). Således ser jeg at der skabes kollektive meningsdannelser, hvor det bliver en fælles vedtaget norm, at sygeplejerskens ekspertise er eftertragtet, og ikke er noget SSH'erne "bare" får. Denne antagelse udspringer både af den strukturelle opdeling af sygeplejersker og SOSU'er i hver deres kontor/grupperum samt ekskluderingen af SSH'erne fra de tværfaglige møder, men fastholdes og reproduceres også af de professionelle, netop fordi samarbejdet mellem disse faggrupper er besværliggjort af førstnævnte årsager. Den amerikanske kulturforsker, Joanne Martin, anfægter dog Scheins forståelse af kultur som ét fælles anliggende – hun mener, at organisationer altid vil være præget af subkulturer, som udgør organisationens egentlige kultur (Jacobsen & Thorsvik, 2014).

Her fortæller Lise, hvorledes opdelingen gør sygeplejerskerne svære at nå, men at hun alligevel ikke ønsker dem ind i SOSU'ernes grupperum. Dette kan tolkes som to, fra Lises perspektiv, fungerende subkulturer:

*Lise: I grupperummene snakker vi både personligt og om borgerne. Vi deler en masse erfaringer. "Prøv at hør hvordan jeg gjorde for at få lov til dét og dét". "Nå, det har jeg ikke tænkt over, måske skulle jeg prøve det".*

*Interviewer: Savner du at kunne have den løse sparring med sygeplejerskerne også?*

*Lise: Nej, jeg savner aldrig at der sidder en fra sygeplejen hos os.*

*Interviewer: Okay. Fordi jeres opgaver er så forskellige som de er?*

*Lise: Ja. Hvor at, der er assistenterne måske lidt tættere på os. Og sygeplejen er måske lidt længere væk (Lise, SSH).*

Citaterne fra Lise illustrerer at SOSU'erne tilhører en subkultur, hvor der er givet gode forudsætninger for at samarbejde. De er let tilgængelige for hinanden, da de sidder i samme rum, og de kan dele opgaver på tværs uden først at skulle igennem en langsommelig proces med visitation og planlægning. Samtidig ser jeg en parallel subkultur, hvor sygeplejerskerne er overladt til sig selv. Der eksisterer en holdning om, at samarbejdet mellem sygeplejersker og SSH'er er "besværligt" (jf. tidligere citat fra Lise), hvilket kan begrundes med fysiske, organisatoriske og juridiske afstande (sundhedslov vs. servicelov) mellem de to faggrupper.

### 3.2.1 Subkulturer: Uniformen som symbol på faglige forskelle

Forskellen mellem de fagprofessionelle – i særdeleshed mellem SSH'erne og sygeplejerskerne – tydeliggøres helt eksplicit i uniformen som en fysisk artefakt (Jacobsen & Thorsvik, 2014). Gennem min forhåndsviden om DSH, er jeg bevidst om, at sygeplejerskerne har uniformer til rådighed, mens SSH'erne skal arbejde i deres private tøj. Tanja fortalte i interviewet at SSA'erne har mulighed for at bruge uniformer, men oftest ikke gør det.

Forinden og til det tværfaglige møde oplevede jeg også selv, at uniformen var forbeholdt sygeplejerskerne. I mine feltnoter har jeg skrevet:

*Sygeplejerskerne adskiller sig generelt fra de øvrige medarbejdere, ved at bære uniform og ved at sidde i et separat kontor. SSA'er og SSH'er bærer ikke uniform (nogle få har en mørkeblå jakke eller vest på, med "Københavns Kommune" printet på brystet eller ryggen). Til mødet er sygeplejersken er den eneste uniformsbærende deltager.*

Til disse observationer fandt jeg det relevant at supplere med informanternes egne refleksioner over, hvad uniformen betyder for dem. Gennem interviewene med de professionelle, fik jeg en forståelse

af uniformen som et statussymbol der repræsenterer sundhedsfaglig overlegenhed. Dermed mener jeg ikke at uniformen er det ultimative eller eneste symbol på faglige forskelle i DSH, men jeg mener at den forskelligartede uniformeringskultur illustrerer den generelle opdeling af professionelle i subkulturer. Et interviewspørgsmål til de professionelle omhandler, hvorvidt de bruger uniformer, og hvad de forbinder med uniformen. SSH'en svarer:

*Lise: Nej, vi har ikke uniformer. Vi har vores eget tøj. Vi får også tøjgodtgørelse. En lille smule, men det er bedre end ingenting. Jeg ved at sygeplejen jo kører med deres kitler og alt det der. Og det tror jeg lige nøjagtig borgerne kan acceptere.*

*Interviewer: Okay. Så der er måske en større autoritetstro til sygeplejerskerne?*

*Lise: På en anden måde, ja (Lise, SSH)*

Her fortæller SSH'en, at hendes faggruppe ikke har uniformer, men at de til gengæld får en lille økonomisk kompensation for at køre med deres eget tøj. Dette medfører, ifølge Lise, at der er bedre forudsætninger for at danne en god relation til borgerne:

*Interviewer: Tænker du at det også gør noget ved relationen?*

*Lise: Ja, det tror jeg. Det er nemmere for borgerne, at åbne sig lidt op for os (Lise, SSH).*

Det interessante er, at uniformen knyttes til autoritet, mens ingen uniform knyttes til en god relation – de to ting lader i nogen grad til at blive opfattet som modsætninger, hvor det ene bliver en barriere for det andet. Sygeplejersken fortæller da også, at hun forbinder uniformen med autoritet:

*Interviewer: Har du uniform på i borgerens hjem?*

*Heidi: Ja. Det har jeg altid. Kittel, t-shirt, og måske også nogle bukser hvis jeg kan nå det (...)*

*Interviewer: Hvad betyder uniformen for dig?*

*Heidi: Jamen sådan rent fagligt i forhold til det man siger, så virker det lidt mere oprigtigt eller at man bliver taget seriøst i sit fag. ”Jamen det er vigtigt du gør det her, eller tager det her på, eller ikke klipper din kompression op, for så sker der sådan og sådan” (Heidi, sygeplejerske).*

Hos SSA'erne er det mere blandet, om der bruges uniform eller ej. SSA'en Tanja fortæller, at uniformen både kan medføre en respekt fra borgerne, men omvendt kan den også minde borgerne om dårlige oplevelser og derved være en barriere for den gode relation.

*Interviewer: Har i uniform på hos borgerne?*

*Tanja: Nej, det har vi egentlig ikke. Vi kan få lov til at have det, hvis vi har lyst. Det er jo sådan med de her borgere, at mange af dem har hospitalsskræk. At uha, det kan blive for meget for dem, for meget påmindelse om nogle dårlige ting der måske er sket på psykiatrisk afdeling, eller på somatisk. Så mange af vores borgere har egentlig ikke lyst til at have for meget sygeplejestyre på sig, eller at vi har arbejdsuniform på. Nogen er jo sikkert ligeglade med det, og nogen synes at det er meget fedt at vi har det på. Den dér respekt i det nærmest, ikke? ”Ja okay, hende her er professionel” (Tanja, SSA).*

Tanjas oplevelse er altså tilsvarende de andre professionelles; at uniformen symboliserer en faglig ekspertise og autoritet over for borgerne, men at den omvendt også kan medføre en distance mellem borgeren og den professionelle. Der eksisterer en fælles forståelse af, at relationen har de bedste forudsætninger for at blomstre, når den professionelle ikke symboliserer et system som borgeren måske har negative erfaringer med, men derimod symboliserer et ”almindeligt” menneske, som det er tilfældet hos SSH’erne. Derfor anser jeg organiseringen i DSH, hvor sygeplejerskerne bruger uniformer mens SSH’erne slet ikke har mulighed for det, som medskabende af et hierarki, hvor sygeplejerskerne er autoriteter uden en særlig relation til borgerne. SSH’erne har derimod lavest rangering hvad angår faglig autoritet, men har til gengæld ofte de bedste relationer med borgerne.

### 3.2.2 Observationer af faglige forskelle i mødekulturen

Jeg oplevede også denne rangering ved det tværfaglige møde, hvor SSH’en Rasmus, der helt exceptionelt var inviteret med, kun bød ind med observationer, når han blev direkte adspurgt. Dette gav for det første et billede af, at mødesituationen var uvant for Rasmus, og for det andet et billede af, at de sundhedsfaglige observationer fra SSA’er og sygeplejersken vejede tungest i forhold til SSH’ens observationer af den konkrete borger. Ekskluderingen af SSH’erne fra møderne som værende det ”normale”, kan i en interaktionistisk begrebsramme fortolkes med den østrigsk-amerikanske filosof og sociolog, Alfred Schutz’ begreb *common-sense-tænkning*. Common-sense-tænkning er menneskets forestillingsevne til, hvordan andre mennesker for det meste tænker og reagerer, og begrebet er derfor med til at opsætte forskrifter, som tages for givet som det ”normale” – med andre ord udgør denne tænkning de institutionaliserede konstruktioner, der retfærdiggøres fordi de er almindelige. Der er derfor også en risiko for at der udøves social kontrol, hvis de normative handlemåder forbliver ubevidste og ureflekterede for aktørerne (Schutz, 2005).

Jeg mener, at common-sense-tænkningen kan give en forklaring på, hvorfor SSH’ens praktiske arbejde med borgerne til stadighed anses som det mindst betydningsfulde arbejde, der ikke har

sundhedsvidenskabelig karakter og som derfor ikke udløser en billet til det tværfaglige sparringsmøde; ved observationen af den ekstraordinære mødesituation der involverede SSH'en, så jeg nemlig en tydelig forskel i SSH'ens og de resterende faggruppers placering og fremtoning. Mødet foregik i et lille kontor, hvor der var kontorpladser uden et større bord der kunne fungere som samlingspunkt. Mødedeltagerne sad derfor på kontopladserne rund omkring i rummet, og rykkede på kontorstolene en smule sammen i en cirkel, så de drejede mod hinanden. SSH'en Rasmus, blev dog siddende i et hjørne af rummet, hvor hans fysiske placering mere fik karakter af at være tilskuer, end egentlig deltager til mødet. Hans valg af placering kan tilskrives dén common-sense-tænkning, der er forbundet med SSH'ere som værende medarbejdere der blot udfører og indordner sig dem med højere uddannelser (Schutz, 2005; Ellegaard & Dybbroe, 2015). Denne normative forståelse af SSH'erne som en faggruppe der ikke reflekterer sammen med de andre faggrupper, kom også til udtryk i Rasmus' input til mødet, hvor han kun svarede når han blev direkte adspurgt, hvorimod de andre faggrupper lod til at være mødevante, bød hyppigt ind og argumenterede med store armbevægelser. Hensigten med at invitere Rasmus med til mødet var, at hans viden om den specifikke borger kunne gavne helhedsforståelsen. I tråd hermed beskriver Schutz med begrebet *den sociale fordeling af viden*, at forhåndsviden på et givent område er varierende ud fra hvem der fortolker denne viden. En person kan have stor ekspertviden på ét område, men et lille kendskab til et andet område. Pointen med denne fordeling af viden er, at alle former for viden er lige vigtige for den fælles forståelse (dette er også i tråd med hermeneutikkens horisontsammensmeltning, hvor forskellige perspektiver forenes) (Schutz, 2005). I den forstand mener jeg, at Rasmus bidrog med sin ekspertviden om borgerspecifikke observationer, hvilken var vigtig og relevant for helheden, men at hans tilbageholdende adfærd afspejlede et usikkerhed på hans perspektiver som gyldige.

Jeg forstår forsøget på at involvere SSH'en og hans synspunkter i det tværfaglige møde, som kun delvis at have lykket. Dette fordi hans normative rangering, som én hvis faglige perspektiv ikke anses som værdifuldt nok til at give adgang til møderne, er svær at komme ud af. Hvis man derimod skal ryste posen og skabe en forandring i kulturen, kan det være nødvendigt at stille sig kritisk over for disse normer og skikke – i det mindste for at reflektere over, og blive opmærksom på, hvilke strømme man blot følger, fordi det er den sociale norm.

De professionelles forståelse af sig selv og hinanden, kommer dog ikke ud af det blå; historiske epoker og velfærdsparadigmer er i høj grad er med til at definere, hvorledes professioner former sig – og i sidste ende er det afgørende for, hvorledes det tværfaglige samarbejde og dermed selve kvaliteten af

det sociale arbejde med borgerne udspiller sig. I det følgende vil jeg komme ind på SSH'ernes, SSA'ernes og sygeplejerskernes forståelse af professionsidentiteter som havende betydning for det tværfaglige samarbejde.



### 3.3 Hybride professionsforståelser: Et styrket samarbejde

Traditionelt set blev ”professionelle” anskuet som lærde, højtuddannede mennesker, med stor faglig viden og monopol på et specifikt fagområde. De professionelle var forbundet med stor autoritet, privilegier og tillid, hvor befolkningen blindt stolede på den faglige ekspertise fra eksempelvis læger. Men dét at være professionel, er ikke længere en beskyttet titel i samme forstand. I en tid hvor der vokser flere og flere uddannelser frem, oplever fagprofessionelle at miste deres legitimitet; faggrænser bliver flydende og det bliver sværere for professionelle at definere hvad deres arbejdsområder egentlig er (Jespersen, 2008). Dette er eksempelvis tilfældet i tidligere citat fra sygeplejersken, Heidi, som oplevede at have mange flere funktioner end blot de sygeplejefaglige – pludselig fik hun en rolle der relaterede sig til en socialrådgivers arbejde.

Opgøret med de professionelle som ultimativ autoritet, er funderet i velfærdsparadigmet New Public Management, hvilket er den gamle velfærdsstats udvikling fra et syn på borgerne som passive modtagere af professionel ekspertise, til et ideal om borgerne som ansvarsbevidste og kritikere af de professionelles autoritet. Det er dette velfærdsparadigme, der er med til at påvirke en organisations struktur, kultur og de professionelles faglige identiteter (Jacobsen & Thorsvik, 2014; Noordegraaf, 2020).

Den hollandske professor, Mirko Noordegraaf, taler om *hybrid professionalism*, i den forstand at den oprindelige profession som for eksempel sygepleje, smelter sammen med andre fagidentiteter, hvorfor begrebet kan forstås som en udviklet variant af tværfagligt samarbejde. Dette står i kontrast til førromtalte Scientific Management og den bureaukratiske forståelse af professionshierarkier, hvor professioner i organisationen var funderet i stabile, opdelte og funktionsbaserede professioner, og hvor deling af opgaver og flydende professionsidentiteter sås som en svaghed. Det modsatte er gældende i Noordegraafs forståelse af hybride professioner som netop går ud på, at man ved at blande forskellige sæt af funktioner, opnår en større forståelse for andre faggrupperes perspektiver, hvilket styrker det tværfaglige samarbejde (Noordegraaf, 2015).

Sådanne hybride professionstendenser kan også identificeres i DSH, hvor der deles og overdrages opgaver på tværs af faggrupper (om end det er en ensrettet opgavedeling). Især SSH’er og SSA’er kommer tæt på at være en sammenflettet enhed, der bor i samme grupperum, har hyppig kontakt med hinanden og hvor specielt SSA’erne udfører opgaver der relaterer sig til både sundhed og service, hvilket ifølge Tanja, kommer de udsatte borgere til gode:

*Jeg ser nogle borgere der har brug for at der er en tovholder, det vil sige deres helhed. Altså plejen og sygeplejen (...) Fremfor kun at komme som assistent. Man får jo en helt anden slags relation til borgeren, når man også har helhedsplejen på (Tanja, SSA).*

En sådan helhedspleje ville ifølge Noordegraaf (2015) være en skridt på vejen mod hybrid professionalisme, da det netop er en blanding af sundheds- og servicelovsopgaver, der medfører at SSA'ens professionsidentitet får karakter af en sammensmeltning af flere professionsområder.

### 3.3.1 Hybrid professionalisme – et ideal?

Jeg anser dog stadig organiseringen og ydelseskataloget som værende en begrænsning for dén tværfaglige koordinering, der er grundlaget for de hybride professioner (Noordegraaf, 2015); det er ikke alle faggrupper der deltager på de tværfaglige møder, og det er ikke alle opgaver der må deles. Netop dette oplever SSA'en Tanja, som for stramme regler:

*Dét garn er måske lige stramt nok. Lad os lige åbne lidt op for godteposen, så hjælperne kan få lov til lidt mere. Og os som assistenter, vi må faktisk rigtig meget ifølge vores uddannelse” (Tanja, SSA).*

Omvendt lader Tanjas professionsforståelse også til at være påvirket af den organisatoriske struktur, med ekspliciterede forskelle mellem faggrupper:

*Der er nogle ting som hjælperne ikke ser, som jeg ser. Og det er jo fordi de ikke er klædt ordentligt på. De har jo ikke samme uddannelse som mig (Tanja).*

Citaterne illustrerer, at Tanja på én gang ser opgavefordelingen mellem forskellige faggrupper som værende for firkantet, men at hun samtidig lukker sig om sit eget fagområde ved at erkende at hun selv er ”klædt bedre på” end SSH'erne, hvilket blot fastholder en bureaukratisk professionsforståelse. Den regelstyrede organisering kan tolkes som en barriere for tværfagligheden, fordi de faglige forskelle bliver fremhævet, frem for at blive udviskede. Dermed er de lokalt bestemte opgavebegrænsninger – trods intentionen om at være en fleksibel organisation med høj grad af tværfaglighed – i tråd med den Tayloristiske professionsforståelse som er styret af pligter og opgaver knyttet til specifikke faggrupper.

Den moderne fortolkning af professionelle som hybrider, giver et bud på hvorledes det eksemplariske tværfaglige samarbejde bør fungere – med helhedsorienteret arbejde, deling og koordinering af arbejdet og fælles tværfaglig refleksion. Der stilles krav til de hybride professionelle, om at kunne samarbejde i teams, indoptage og være lydhøre over for andre faggruppers værdier og prioriteter (Noordegraaf, 2015).

Jeg anser ikke desto mindre de hybride professionelle som værende et ideal, i højere grad end en realitet. Udfordringerne med de flydende faggrænser kan nemlig, som tidligere nævnt, være at to modstridende idealer hersker i den organisatoriske struktur og kultur; på den ene side er de professionelle underlagt centralt besluttede regler og reguleringer der fordrer opdeling af faggrupperne, og på den anden side lægges der op til tværfagligt samarbejde via muligheden for opgaveoverdragelse, tværfaglige møder og fælles refleksioner. Idealet (og kravet) om tværfagligt samarbejde i DSH ses i de tværfaglige overdragelsesmøder, der holdes én gang om ugen. Som tidligere nævnt kan der stilles spørgsmål ved, at det normalvis kun er SSA'er og sygeplejersker der deltager til møderne, mens SSH'erne ikke er inviteret. Dette tolker jeg som organisatoriske rammer der bærer præg af bureaukrati med tydelige faglige hierarkier, snarere end det afspejler hybride egenskaber. SSA'en mener da også, at det kunne hæve kvaliteten af arbejdet, hvis SSH'erne deltog som en fast del af de tværfaglige møder:

*Interviewer: I sidste uge var der en hjælper med til mødet, men det er vidst ikke almindeligt, så vidt jeg forstår. Hvordan kan det være at han var med denne gang?*

*Tanja: Fordi vi jo har den her komplekse borger, som både er tilknyttet et respiratorisk team, og hvor der også er hjælpere og assistenter herfra. Og det er jo mange om én suppe. Og det er for ligesom at finde ud af, hvem der gør hvad. For at der ikke sker de her gnidninger, og at borgeren bliver tabt på gulvet.*

*Interviewer: Okay. Synes du det kunne være relevant at hjælperne deltog som en del af mødet fast?*

*Tanja: Ja, hvis de er tilkoblet den borger det handler om. Det er jeg sikker på. Især når de er så komplekse. Det er jo som regel dem vi har oppe på mødet. Så helt sikkert (Tanja, SSA).*

Det er bemærkelsesværdigt at SSH'ens deltagelse til mødet er et særtilfælde, da vi ved om udsatte borgere generelt, at de ofte har komplekse problemer og mange kontakter til forskellige dele af sundheds- og socialvæsenet (Niklasson, 2020; Gessl, et al., 2022). Det er også de færreste borgere i DSH der kun modtager sundhedslovsydelser (fra sygeplejersker og SSA'er). De fleste modtager også servicelovsydelser (fra SSH'er), hvilket må være et argument for, at de udsatte borgere der drøftes til

møderne, oftest også er i berøring med SSH'erne. Derfor mener jeg heller ikke at DSH kan prale af, at have hybride professionelle, når der afholdes et tværfagligt møde uden SSH'erne.

Sygeplejersken fortæller i tråd med dette, at fælles møder med deltagere fra alle faggrupper, vil kunne styrke samarbejdet og kvaliteten:

*Heidi: Jeg synes at det kunne være rigtig godt, at man én gang om ugen kunne vende de her borgere, sammen med alle dem der er inde over borgerne. Både assistenter, hjælpere og sygeplejersker.*

*Interviewer: Ligesom det tværfaglige møde i sidste uge, hvor hjælperen helt særegent blev trukket ind og var med?*

*Heidi: Præcis. Så skulle der laves en dagsorden, så alle vidste hvad de skulle have med. Nogle observationer eller bekymringer om borgeren, som lige ville være godt at vende med sine kollegaer.*

*Interviewer: Okay. Så man i højere grad opnår en eller anden fælles forståelse, uanset sin faglige baggrund?*

*Heidi: Ja, lige præcis (Heidi, sygeplejerske).*

Citatet afspejler at Heidi ønsker et fællesskab med SSH'erne og SSA'erne, men at forsøget på at skabe et tættere bånd mellem dem forhindres af organisatoriske rammer. Jeg ser dog en modstand mod de hierarkiske forskelle, da Heidi bruger betegnelsen ”kollegaer”, hvilket af Dansk Sprognævn defineres som nogen man indgår i et fagligt fællesskab med og som anses som jævnbyrdige (Dansk Sprognævn, 2014). Dette antyder, at Heidi allerede forstår sig selv og SOSU'erne som ligeværdige, hvilket må være et vigtigt skridt på vejen til, hvis ikke hybrid professionalisme, så om ikke andet det gode, tværfaglige samarbejde.

### 3.3.2 Barrierer for hybride professioner

Ifølge Noordegraaf, medvirker velfærdsstatens fokus på forbrugermagt og New Public Managements fremherskende syn på mennesker som deres egen lykkes smed til, at der generelt er mindre tillid og legitimitet forbundet med dét at være professionel. Derfor er det naturligt at de professionelle kæmper om autoritet og anerkendelse af deres professionsspecifikke kompetencer. New Public Management kan derfor anses som en barriere for tværfagligt samarbejde, fordi denne diskurs fratager legitimiteten fra de professionelle, og i stedet normaliserer dét at være kritisk over for de såkaldte eksperter (Noordegraaf, 2020).

I DSH anser jeg ekskluderingen af SSH'erne fra de tværfaglige møder, som værende en manglende anerkendelse af SSH'ernes perspektiver, hvilket ikke skaber næring til de hybride professionsforståelser. SSH'en Lise, fortæller imidlertid, at hun ikke savner at være en del af møderne:

*Interviewer: Tror du, I kunne have brug for at være med til nogle tværfaglige møder?*

*Lise: Hmm... Nej, egentlig ikke. Vi har jo et godt samarbejde med assistenterne og de informerer os.*

*Interviewer: Okay, så er det den dagligdags-sparring man har, hvor man kan tage problemerne når de opstår?*

*Lise: Ja, det gør rigtig meget. Når vi sidder til frokost og bare lige drøfter en bestemt borger. Så siger assistenterne at "nu kommer der også til at ske sådan og sådan". Så ved vi jo lidt om det hele. Så på den måde er det fint, så behøver vi ikke være med til (hvisker) "møderne".*

*Interviewer: Kan det måske være lidt kedeligt nogle gange?*

*Lise: Ja, det kan det nok (griner) (Lise, SSH).*

Lise ytrer altså intet behov for at deltage til møderne, og udtrykker i stedet en kulturelt indoptaget norm, om at det er tilstrækkeligt at blive "informeret" – dette på trods af SSA'ens og sygeplejerskens ønske om, at involvere SSH'erne i de tværfaglige møder, jf. tidligere citater. Dette mener jeg falder tilbage på dén strukturelle ordning i organisationen, hvor det er besluttet at SSH'erne ikke skal være en del af de tværfaglige møder. På den måde kommer kulturen blandt SSH'erne til at afspejle den hierarkiske struktur, hvor "møderne" er noget officielt og kedeligt som er forbeholdt professionerne med mere magt, og som SSH'erne helst vil undgå. Dermed kan det altså tolkes, at faglige hierarkier eksisterer, selvom det ikke italesættes direkte – og med faglige hierarkier har de hybride professioner som nævnt, ikke mulighed for at blomstre. Tværtimod fastholdes og reproduceres den bureaukratiske professionsforståelse, hvor SSH'erne må indordne sig under disse vilkår, og regne med at de får den nødvendige information fra SSA'erne.

I forhold til SSH'en, Lise, ser jeg dog også en ambivalens, hvor hun på den ene side er glad for at slippe for møderne, men på den anden side erkender, at SSH'ernes borgernære viden kan være gavnlig for eksempelvis sygeplejerskerne. Her adspørger jeg hende, om og hvordan SSH'erne deler viden med sygeplejerskerne:

*Lise: Der er nogle af de faste sygeplejersker, der godt kan finde på at stikke hovedet ind og sige "øøøh, altså jeg kommer ingen vegne heroppe. Hvordan plejer du at komme ind til den borger?"*

*Interviewer: Okay. Så du mærker også at sygeplejerskerne har brug for jeres vigtige viden om borgerne?*

*Lise: Ja. I hvert tilfælde sådan noget med, at få lov til at komme ind i hjemmet. Nogle af dem (borgerne, red.) har jo bare deres måde, de gerne vil have tingene foregår på. Og det tager altså lang tid at finde ud af. Så der kan vi hjælpe dem ved at sige "jamen jeg plejer at fortælle borgeren når der er ti minutter tilbage af besøget, og bagefter skal jeg altså videre".*

*Interviewer: Okay. Hvordan føles det så, når sygeplejerskerne efterspørger din viden om borgerne? Føler du at din relation til borgerne og dét du har oparbejdet, bliver vigtigt og værdsat af alle?*

*Lise: Ja, det kan man da godt føle en gang imellem. At det er sådan, "Hm" (laver et stolt blik). Det hjælper lidt på at få det hele lidt mere ned på jorden. Får én til at føle, at man også er vigtig for det her samspil, ikke? (Lise, SSH).*

Citatet illustrerer, at Lise oplever en anerkendelse af hendes faglige perspektiver, når sygeplejerskerne efterspørger hendes viden om borgerne. Derfor tolker jeg, at SSH'en, på trods af at hun umiddelbart ikke nærer noget ønske om mødedeltagelse på lige fod med de andre faggrupper, alligevel har et behov for anerkendelse af hendes perspektiver som vigtige for helheden. Sygeplejersken deler denne forståelse og fortæller, at SSH'ernes ofte store kendskab til borgerne, er brugbar viden for sygeplejerskerne, der ofte ikke har den samme relation til borgerne:

*De andre kan også tit se hvad borgerne egentlig er i stand til selv. Der er jo mange borgere som faktisk kan mange ting selv, og det kan hjælperne måske godt se. Det ser de mere end vi gør. For når vi kommer, så kommer vi jo som sygeplejersker og skal ordne et sår. Så er det sådan noget "arh, jeg kan ikke noget, og kan du ikke lige slukke lyset og kan du ikke lige...". Hvor man så måske ved fra hjælperne, at det kan borgeren sagtens selv (Heidi, sygeplejerske).*

Ifølge Noordegraaf kan det være en udfordring for de professionelle, både at skulle orientere sig mod en stærk faglighed inden for sit eget område, samtidig med at de nu skal kunne samarbejde i teams, hvor de også indoptager og er lydhøre over for andre faggruppers prioriteter og værdier. Når tværfaglige kollegaer deler ud af deres særlige viden, er det derfor med til at etablere de hybride professionsforståelser, og omvendt udgør en begrænsning af fælles viden en barriere for de hybride

professioner (Noordegraaf, 2015). Netop krav og stræben efter høj monofaglighed og beskyttelse af egen profession, samtidig med krav og ønsker om tværfaglighed, anser jeg som et komplekst dilemma i DSH.

### 3.4 Sammenfatning

I det følgende vil jeg præsentere fundene fra første analysekapitel, som sigter at besvare problemformuleringens første underspørgsmål, *hvordan opleves det tværfaglige samarbejde af fagprofessionelle i samme organisation, hvilke muligheder og barrierer er der for samarbejdet og hvorledes er faglige hierarkier med til at forme kvaliteten af arbejdet.*

Først og fremmest har jeg identificeret strukturelle træk ved DSH, som jeg mener afspejler en standardiseret organisering, hvor bureaukratiske hierarkier er karakteriseret ved ydelseskatalogets stramme bestemmelser om, hvem der må (og ikke hvem der kan) udføre hvilke opgaver. Dette forstår jeg som en implicit opdeling af medarbejderne i kompetente og mindre kompetente, hvilket må udgøre en barriere for det gode tværfaglige samarbejde. Opdelingen af SOSU'er i ét grupperum og sygeplejersker i et separat kontor, ligger ligeledes op til et samarbejde og en dagligdagssparring mellem SSH'er og SSA'er, mens sygeplejerskerne bliver mindre tilgængelige – deres ekspertise kommer til at fremstå som mere værdifuld, samt som eftertragtet og besværlig at opnå. Dette anser jeg som fremmede for samarbejdet mellem SSH'er og SSA'er, og som en barriere for samarbejdet mellem (især) SSH'er og sygeplejersker. Adskillelse og monofaglighed bliver da en del af de professionelles identitetsforståelser, som får svære forudsætninger for at udvikle sig til hybrider, hvor tværfagligt samarbejde når nye horisonter. Ydermere udgør uniformen et symbol på sundhedsfaglig autonomi, hvor SSH'erne som den eneste faggruppe ikke har mulighed for at bruge uniformer, og derfor opnår mindst sundhedsfaglig anerkendelse (men til gengæld opnår de en bedre relation med borgerne). Endvidere ser jeg ekskluderingen af SSH'erne fra de tværfaglige overdragelsesmøder som et bureaukratisk statement om, at SSH'erne er nederst i det faglige hierarki. Ligesom med den normative uniformeringskultur, manifesterer ideen om, at SSH'erne ikke "hører til" ved møderne, sig ned gennem de forskellige lag i organisationen – helt fra New Public Managements professionskritik, til de strukturelle vedtagelser i DSH, til de synlige forhold i mødeafholdelse uden SSH'ernes tilstedeværelse, for til sidst at blive en indlejret del af det intraorganisatoriske samspil, hvor det er normalt og accepteret, at SSH'erne ikke bruger uniform og afholdes fra møderne. Jeg fandt dog en ambivalens hos SSH'erne mellem at føle sig betydningsfulde og ikke betydningsfulde, hvilket jeg mener udspringer af på én gang en erkendelse af deres vigtige borgernære viden, og samtidig de

organisatoriske begrænsninger for tværfaglig udfoldelse. Både sygeplejersken og SSA'en, var da også positivt indstillede over for idéen om SSH'ernes deltagelse som en fast del af de tværfaglige møder, da de mente at flere forskellige perspektiver ville styrke den samlede helhed og kvalitet. Derfor ser jeg en mulighed i at udfordre den normative mødekultur. Lad os dog prøve, at invitere SSH'erne med!

Her er min oplevelse i øvrigt, at både SSH'ens, SSA'ens, sygeplejerskens og min egen forforståelse er blevet udfordret – de professionelles fordi de blev tvunget ud i en refleksion over, om de tværfaglige møder fungerer som de er nu, eller om en fast invitation til SSH'erne vil kunne styrke udbyttet af møderne. Her blev især SSH'ens ambivalens afdækket, hvilket muligvis leder til nye forståelser af møderne som noget der bør involvere alle berørte medarbejdere i DSH. Min egen forforståelse blev udfordret, da jeg – ligesom de professionelle informanter – ikke har tillagt det særlig betydning, hverken at SSH'erne ikke har mulighed for uniform, og især heller ikke, at de er ekskluderet fra de tværfaglige møder. At jeg ikke har identificeret denne barriere for det tværfaglige samarbejde tidligere, kan måske tilskrives at jeg også selv har adopteret de normative mønstre gennem mit arbejde i DSH. Jeg er dog nu blevet endnu mere bevidst om, at tværfaglighedens ideal om en større helhed og bedre kvalitet, modsiger sig selv hvis oplagte faggrupper udelukkes fra det tværfaglige fællesskab.



## 4 Anden analysedel: Eget hjem som betydningsfuldt for relationer

Dette analysekapitel er centreret omkring *hvilken betydning magt og relationer mellem borgerne og de professionelle får, når det sociale arbejde udføres i borgernes eget hjem*. Spørgsmålet forsøges besvares med citater fra interviews og teorier der primært fokuserer på mikroperspektivet og på interaktionen mellem borgeren og den professionelle. Først undersøges relationens betydning for borgerne og de professionelle, og dernæst tolkes relationens betydning ind i konteksten af eget hjem som ramme for det sociale arbejde.

### 4.1 Relationens betydning for det gode sociale arbejde

I løbet af interviewene oplevede jeg, at ”den gode relation” blev vægtet højt af både borgere og professionelle. Men hvad er i det hele taget ”den gode relation”? Den tyske filosof, Axel Honneth, taler om anerkendelse som et grundvilkår for det gode liv og selve menneskets identitet. Honneth argumenterer for, at anerkendelse kobles til en følelse af synlighed, og at anerkendelsens modsætning, krænkelse, kobles til en følelse af usynlighed. En vigtig pointe med anerkendelsestankegangen er, at anerkendelse praktiseres i relationer; hvis der ikke er et andet menneske til at agere anerkendende, vil det være problematisk at realisere det gode liv (Juul & Riskjær 2012). En god relation mellem en borger og en professionel vil derfor indebære, at den professionelle anstrenger sig for at synliggøre borgeren og forstå, hvad han forstår. En sådan fortrolighedskundskab vil lede til en tillidsfuld og medmenneskelig relation, hvor den professionelle udviser et oprigtigt engagement, lytter aktivt og giver sig tid til borgeren (Juul & Riskjær, 2012; Uggerhøj, 2003). Dette kan synes som en kontrast til de føromtalte strukturelle rammer, og til de tidsbestemte ydelser der eksisterer i DSH’s organisatoriske maskine. Ikke desto mindre oplever borgeren, Andreas, at hans faste SSH giver sig tid til de ting der er vigtige for ham. Han fortæller at hans faste SSH har hjulpet med at gennemgå papirer og hjulpet med at få nye møbler, hvilket afspejler SSH’ens anstrengelse for at imødekomme Andreas’ behov:

*Hun er den største hjælp. Jeg havde en totalt opslidt seng her. Den fik vi smidt ud. Nu har jeg fået de her lækre lædersofaer (klapper et par gange på sofaen). Jeg har en Børge Mogensen tremmesofa i det lækre læder der. Det er også hende der har hjulpet mig med at få en ny seng. En elevationsseng. Hun har hjulpet mig med at gøre rent og rydde op. Hun har også været alle mine papirer igennem (Andreas).*

Dette må anses som en synliggørelse af Andreas’ menneskelige værdi, hvor SSH’en med et oprigtigt engagement, har givet sig tid og imødekommet Andreas’ lavpraktiske behov.

Sygeplejersken Heidi, udtrykker ligeledes at relationen ikke har noget fundament, hvis hun ikke engagerer sig tidsmæssigt hos borgerne og tilpasser sit tempo til borgerens. Derfor prioriterede hun, især da hun var nyansat, at bruge mere tid hos borgerne end der nødvendigvis var givet:

*Da jeg startede, holdte jeg ikke øje med tiden. For man skal jo bruge tid på at danne relationer, så det ikke bare bliver sådan noget hvor jeg har fem minutter til det her, og så ud igen (Heidi, sygeplejerske).*

Selvom de professionelle giver sig tid til at blive fortrolige med og lytte til borgeren, anser jeg det dog ikke som frit fra organisatoriske rammer. SSA'en Tanja, fortæller hvordan der én gang om ugen er afsat tid til en gåtur eller lignende med en borger, hvor den gode relation er med til at forebygge forværring i hans psykiske tilstand:

*Vi har for eksempel en borger der har meget, meget angst. Det har lykket mig at holde ham hjemme (fra en psykiatrisk indlæggelse, red.) i næsten et år via min pleje. Altså når jeg giver medicin, der spørger jeg jo ind til nogle ting. "Nå men, hvordan har du det i dag?". Og jeg kender ham jo så godt, så jeg kan sige "okay, det her er en rigtig dårlig dag". Og så har vi jo det, der hedder klippekortordning. Der gør det så meget, at vi bare går en tur – vi har en time sammen hver mandag hvor vi går en tur, og det udnytter vi simpelthen så godt med de her samtaler vi har. Så der er sådan lidt terapeutisk i mit arbejde også (Tanja, SSA).*

Klippekortordningen er en ydelse, som ikke er tilskrevet nogen bestemt aktivitet, men hvor det kan besluttes fra gang til gang hvad borgeren har behov for inden for den visiterede tidsramme – oftest er det en social aktivitet og i dette tilfælde en forebyggelsesstrategi mod forværring af borgerens psykiske tilstand (Københavns Kommune, 2021). Dermed kan man sige, at relationsdannelsen er organisatorisk rammesat som en del af ydelserne, hvorfor jeg ser en risiko for et påtaget engagement og krænkelse af borgeren – det kan nemlig være svært at opnå anerkendelse i et samfund, hvor der er formelle muligheder, men hvor der samtidig sættes en begrænsning på den enkeltes udfoldelsesmuligheder – eksempelvis ved at sætte tid på relationelle aktiviteter med borgerne. Dette udgør snarere et krydspres for den professionelle, hvor de på én gang skal styrke relationen med borgeren, samtidig med at deres råderum for relationen er begrænset af politiske og organisatoriske rammer (Juul & Riskjær, 2012). Det er derfor SSA'ens opgave at finde en oprigtig motivation for relationen med borgeren hvis anerkendelsen skal kunne praktiseres og hvis det skal kunne lykkes at bevare den sundhedsmæssige effekt af den ekstra tid der er givet. Tanja forklarer, hvorledes hun

finder det lettere at engagere sig i borgerne, når der aldersmæssigt er en kortere distance mellem hende selv og borgerne:

*Tanja: De mennesker der er her i Den Sociale Hjemmepleje, altså fra 18-65 år, er nogle mennesker man også kan spejle sig i på en anden måde. Altså ikke at man har en skizofreni, men at den verden vi lever i med computere og sådan noget, det har de jo et helt andet syn på, end for eksempel ældre mennesker. Så det er nemmere et eller andet sted, at arbejde med de her mennesker. For de har en lidt anden forståelse for den verden vi lever i, i dag.*

*Interviewer: Okay. Bruger du så dét, at der er en kortere distance, personligt og aldersmæssigt, mellem dig og borgerne, til at danne relationer?*

*Tanja: Ja, det synes jeg. For eksempel var mig og borgeren ude at gå en tur, og han er jo enormt spændende. Og så kommer vi jo ind i nogle butikker undervejs, og der kan jeg jo godt se interessen, altså den relation vi har. Der kan vi gå ind i en butik, "oh, her er nogle fede ting inde i den her butik". Så der er der jo allerede noget der kobler os sammen. Så det kan jeg helt klart mærke, gør det lettere for mig at give den ydelse, eller den pleje, som jeg skal (Tanja, SSH).*

Dette har også sammenhæng med den synliggørelse, Honneth beskriver som koblet til dét at føle sig anerkendt – at opleve ens synspunkter som havende værdi, fordi synspunkterne deles af den anden (Juul & Riskjær, 2012). Uggerhøj beskriver i tråd hermed, hvordan menneskelighed er en forudsætning for at lykkes med relationen. Menneskelighed handler nemlig om, at give plads til alvorlige og mindre alvorlige emner i samtalen mellem borgere og professionelle, og om at den professionelle gerne må dele noget af sig selv (Uggerhøj, 2003).

Alfred Schutz taler om et såkaldt *vi-forhold*, hvor tid, forventninger, håb og interesser deles i et fællesskab med et andet menneske, og hvor begge parter gensidigt engagerer sig. Omverdenen fungerer som en referenceramme for *vi-forholdet*, hvor en interesse for noget bestemt deles (Schutz, 2005). Det er præcis dét der sker i relationen mellem Tanja og borgeren, som beskrevet i citatet ovenfor. I et sådan forhold som er orienteret mod noget i omverdenen (i dette tilfælde mod genstande i Nørrebro butikker), indser parterne nemlig også, at det konstruerede mønster af reaktioner og adfærd som vi forventer af den anden, ikke altid holder stik – dermed bliver vi opmærksomme på, at mennesker har en særegenhed som gør dem unikke. Det er i denne interaktion, hvor vi konstant afstemmer, justerer og opnår nye forståelser af hinanden, at relationen dannes (Schutz, 2005). På den måde mener jeg, at *vi-forholdet* og den relation der opbygges derigennem, er med til at minimere risikoen for, at engagementet bliver påtaget og at borgeren bliver krænket; et samvær der er rettet mod noget fælles tredje, betyder noget for begge parter i relationen.

Andreas udtrykker i tråd hermed, at relationen mellem ham og de professionelle styrkes af en fælles interesse for fysiologiske og medicinske mekanismer:

*Andreas: De kender mig som biokemikere. Og kommer altid med sådan nogle biokemiske... (hårdt klap)*

*Interviewer: Okay. Så I kan snakke om medicin sammen?*

*Andreas: Nøjagtig. Jeg er jo ekspert i human metabolisme (Andreas).*

Han refererer desuden under interviewet, til ham selv og to af hans faste SSH'er som *geniale teams*, hvori der må ligge en oplevelse af i høj grad at være fælles og ligesindede om en opgave eller aktivitet. Et team er da også, ifølge Dansk Sprognævn defineret som *en gruppe af personer der indgår i et tæt samarbejde, fx om en arbejdsopgave eller en bestemt aktivitet* (Dansk Sprognævn, u.å). Hvis et vi-forhold og en god relation skal opbygges, må det derfor også antages, at klippekortsordninger og gåture, praktiske fælles aktiviteter, helhedspleje og tid til længere snakke, er den bedste forudsætning for en sådan, da tiden sammen med borgeren, som nævnt er med til at styrke forholdet.

Det betyder selvsagt, at SSA'erne og især SSH'erne, der udfører disse længere, praktiske opgaver, har et bedre grundlag for at danne relationer med borgeren. SSH'en Lise fortæller, at *sygeplejerskerne er der som regel også i kortere forløb. Vi kan jo godt være halvanden time hos én borger* (Lise, SSH). Dertil udtrykker hun, at den tillidsfulde relation kan tage lang tid at opbygge. Dette er i tråd med Honneths påstand om autenticitet og et ægte menneskeligt fællesskab der er baseret på fortrolighed og tillid, som forudsætninger for at mennesket kan realisere sig selv (Juil & Riskjær, 2012). Derfor må det også være afgørende for den gode relation, at borgerne kan stole på de professionelle. I følgende citat, refererer Lise til en borger der lider af samlermani, hvor relationen og tilliden er afgørende for, at kunne hjælpe ham:

*De første to år jeg kom hos ham, lavede jeg ikke så meget. Men vi snakkede meget. Og på den måde er jeg kommet ind på livet af ham, og får lidt lov. Han ved, at jeg ikke bare smider noget ud, men vi snakker før det sker, ikke? Det stoler han på. Gensidig tillid (Lise, SSH).*

Peter fortæller også, at tillid baner vejen for en god relation; han kan eksempelvis stole på aftaler med sin faste SSH om, at han får tidligere hjælp end planlagt, hvilket afspejler en indbyrdes fortrolighed:

*De plejer at komme ved otte-ni tiden om morgenen. Men i morgen skal jeg ud, og der bliver jeg hentet af flex-trafik. Der har vi lavet en aftale om, at der kommer de allerede halv otte, så kan jeg nå at få morgenmad inden jeg tager afsted. Det plejer at fungere fint, så det stoler jeg også på at det gør i morgen (Peter).*

Det betyder omvendt også, at en manglende relation – et ikke etableret vi-forhold – kan medføre mistillid og oplevelser af krænkelse (især hos de borgere som har negative erfaringer med svigt af ”systemet”), som må siges ikke at skabe kvalitet og udvikling hos borgerne. Jeg tolker følgende citat fra Peter, som at for skiftende personale medfører, at der skal bruges tid på at forklare lavpraktiske vaner og rutiner, som eksempelvis hvordan han præcist ønsker katederposen fæstnet omkring benet. Dette udgør en barriere for, at det menneskelige møde med anerkendelse af borgeren som en værdifuld deltager i den fælles praksis (jf. Juul & Riskjær, 2012) og vi-forholdet (jf. Schutz, 2005), gradvist kan vokse til en bedre relation med plads til udvikling og inddragelse, fordi lavpraktiske irritationsmomenter i stedet får plads i interaktionen. Hør Peter fortælle, hvad han kunne ønske sig mere af i DSH:

*Nok flere faste folk. For jeg synes, at der kommer for mange vikarer (...) og så skal man forklare hvad man egentlig selv ønsker hver gang der kommer nogle nye man ikke kender så godt. For eksempel det med katedret, ikke? Det er ikke alle der kan finde ud af, hvordan de lige sætter det på benet og sådan noget. Så jeg skal forklare for mange ting, synes jeg (Peter).*

For meget skiftende personale som barriere for den gode relation, bakkes op af Lise, som ydemere oplever det som en selvforstærkende negativ effekt, når borgeren ikke mødes af de professionelle de har en relationel forbindelse til:

*Når der kommer for mange vikarer eller for skiftende af det faste personale, lukker de os ikke rigtigt ind, fordi de enten skammer sig, eller også kan de ikke overskue at der nu kommer en ind, som skal sættes ind i alting. ”Så skal jeg deltage og tage stilling og... nej, det kan jeg bare ikke”. Så formår vi ikke at skabe den gode relation, og så afviser de, og så bliver det jo bare værre og værre (Lise, SSH).*

Dette kan også relateres til undersøgelsen, nævnt indledningsvist, hvor hjemmet som den fysiske ramme for pleje og behandling, medvirker til nye rolleforståelser for de professionelle i undersøgelsen; de oplevede, at de i højere grad når det sociale arbejde foregik i borgerens eget hjem, end på et hospital, skulle agere respektfuldt, gøre sig fortjent til borgerens tillid, samt navigere i på én gang at være gæst og professionel (Öresland, et al., 2008). Her fortæller Andreas, hvorledes respekt og tillid er vigtigt for ham, når de professionelle besøger ham i hjemmet:

*Interviewer: Føler du, at du har en god relation til dem der kommer her?*

*Andreas: Ja, ja, ja.*

*Interviewer: Okay. Hvad er det der gør relationen god?*

*Andreas: Respekt.*

*Interviewer: Hvordan kommer respekten til udtryk?*

*Andreas: Det er kommunikation. Jeg har været direktør i 25 år. Jeg er vant til medarbejdere og vant til at skabe et godt arbejdsmiljø. Og hvad jeg siger, det er lov. Jeg holder altid mine aftaler. I min verden koster det 100 kr. at komme fem minutter for sent.*

*Interviewer: Okay. Så det betyder meget for dig, at de kommer til de aftalte tidspunkter?*

*Andreas: Ja, ellers så sidder jeg og venter på dem jo. Ligesom dig. Du sagde klokken fire. Så var du her klokken fire. Du kom endda lidt før.*

*Interviewer: Men der kan jo opstå noget, så de bliver forsinkede?*

*Andreas: Ja, men så ringer de altid. Det er respekt for andre folks tid. Det er mig der bor her, mig der ejer lortet (Andreas)*

Dette kan relateres til Honneths anerkendelsestanke, hvor fortrolighed og tillid, og den professionelle ypperste anstrengelse for at forstå hvad borgeren forstår, medfører respekt for borgerens menneskelige værdi (Juul & Riskjær, 2012). Det mener jeg også indebærer, at involvere borgerne i planer og udsigter og at give dem besked hvis deres planlagte besøg ændres.

Det er dog bemærkelsesværdigt, at der i det hele taget fokuseres på borgerens eget hjem, som en ramme der fordrer mere anerkendelse, mere fortrolighed og mere menneskelighed i relationen – for handler hele anerkendelsestanken ikke om, at *alle* mennesker – uanset konteksten – har en iboende værdi, som skal anerkendes af den ”anden”, for at borgeren kan udvikle og realisere sig selv? Det burde vel ikke være nødvendigt at anstrenge sig mere, bare fordi behandlingen og relationen udspilles i borgerens eget hjem? Ikke desto mindre, er hjemmepleje forbundet med ændrede roller og rolleopfattelser, fordi borgerens iboende værdi synes mere legitim, når borgeren hersker over sit eget territorie (Öresland, et al., 2008). Dermed ser jeg en implicit kobling mellem menneskelig værdi og territorial magt, som kan synes i kontrast til ideen om betingelsesløs anerkendelse.

Sygeplejersken, Heidi, fortæller i tråd hermed, hvorledes hun anser arbejdet i hjemmeplejen som værende forskelligt fra hendes tidligere erfaring med arbejdet på et hospital:

*Det er måden, altså det relationelle, i forhold til at du er i borgeres hjem. Det er nogle helt andre spilleregler. Det er deres hjem, så det handler også om at have respekt for at man kommer og forstyrrer. Det skal være på deres præmisser selvfølgelig. Men der er rigtig meget relationsarbejde, i forhold til at man skal have skabt noget tillid til borgeren, så de føler sig trygge (Heidi, sygeplejerske).*

Ud fra citaterne og fra undersøgelsen om hjemmesygeplejerskers rolleforståelse, kan drages den påstand, at hjemmet som fysisk ramme har betydning for, hvordan magt, respekt og roller fordeles mellem borgeren og den professionelle. Det kommer jeg nærmere ind på i det følgende.

#### 4.2 Rolleidentiteter og borgerens hjem som ramme for det sociale arbejde

På baggrund af førnævnte svenske undersøgelse om de professionelle ændrede roller i konteksten af borgerens eget hjem som ramme for pleje og behandling, mener jeg at den canadiske sociolog, Erving Goffmans, teori om rollespil, kan bidrage til en analytisk forståelse af magt og inddragelse i det sociale møde mellem borgeren og den professionelle i DSH.

Goffman beskæftiger sig med interaktionistiske analyser, hvor mikromagt, social samhandlen og adfærd i praksis analyseres. Teorien kan benyttes til en analyse af, hvordan professionelle og borgeres roller påvirkes af blandt andet borgerens eget hjem som fysisk kontekst for arbejdet. Dette betyder ikke, at adfærden ikke er påvirket af større, makroorienterede strukturer (som der fokuseredes på i første analysedel) – Goffman anerkender da også, at borgere og professionelle agerer inden for rammen af større, på forhånd definerede ordener, som kan have betydning for interaktionen, relationen og magtens udfoldelse (Mik-Meyer & Villadsen, 2007). Goffman er kendt for hans dramaturgiske metaforer, hvor han med begreber fra teaterverdenen beskriver, hvorledes alle aktører – professionelle og borgere – konstant bevæger sig ind og ud af forskellige rolleidentiteter. Rolleidentiteterne tilpasses efter konteksten og tilhørernes reaktion, hvilket vil sige, at mennesker handler i overensstemmelse med, hvordan de forventer at andre reagerer, og tilpasser deres adfærd for ikke at tabe ansigt (*wrong face* i Goffmans termer) (Mik-Meyer & Villadsen, 2007). Almindeligvis er hjemmet som den private sfære, forbundet med egenrådighed og autonomi. Her sætter man sin egen dagsorden og bestemmer selv hvem der lukkes ind i hjemmet. Den normative forventning til en gæsts rolle er, at gæsten spørger om lov, agerer høfligt og desuden indordner sig efter de regler der måtte være i hjemmet (Öresland, et al., 2008).

Jeg anser dog rollerne, i en kontekst af borgeres eget hjem som ramme for hjemmepleje og hjemmesygepleje, som værende udsat for prøvelser, fordi den private sfære i stedet får karakter af en pleje- og behandlingsinstitution, hvor personen der træder ind i hjemmet på én gang er gæst og professionel. Samtidig er borgeren ikke herre over, hvilken professionel der træder ind i hjemmet, hvilket skaber et dilemma mellem retten til at afvise en gæst man ikke bryder sig om, og nødvendigheden af at modtage den specifikke hjælpeydelse. På den måde mener jeg også, at borgerens autonome rolle som ”hersker” over eget hjem, kan komme under pres, idet den professionelles magtfulde position som ”ekspert” kan komme til at overrule borgerens autonomi. SSH’en Lise, fortæller hvordan hun er opmærksom på, at borgeren bestemmer over sit eget hjem:

*De har jo selvbestemmelsesret. Så hvis de vil bo som de bor, kan vi ikke altid gøre så meget. Men med lidt kontakt, kan man nå lidt længere (...) Og vi skal respektere at han vil have det sådan, og det er hans hjem. Og det har han jo også ret i (Lise, SSH).*

SSA’en Tanja, tilslutter sig holdningen om, at måtte leve op til rollen som gæst, hvor man agerer høfligt, siger goddag og ikke optræder som én, der har travlt med at komme ud ad døren igen. Dog beskrives den tidsmæssige begrænsning (jf. Scientific Management), som værende en barriere for at kunne opfylde forventningerne:

*Dét at komme op til insulingivning, blodsuktermåling når man kun har fem minutter til det. Igen er det så meget relationsarbejde. Den der respekt med at trykke på dørklokken, komme op ad trappen, smide jakken, sige pænt goddag. Men jeg skal også udføre min opgave, tage min jakke på igen og sige pænt farvel på en respektfuld måde. Det er umuligt på et kvarter (Tanja, SSA).*

Jeg anser travlhed (og dén mangel på anerkendelse, respekt og relationsdannelse travlheden fører med sig), samt prioriteringen af den tekniske opgave frem for at (have tid til at) se hele mennesket, som værende træk der knytter sig til traditionelle fortællinger om professionelle og deres autoritet. Derfor kan man sige, at på trods af at de professionelle ønsker at udligne distancen mellem rollen som gæst og rollen som professionel, kan tidsaspektet være med til at fastholde de professionelle i en rolle som magtoverlegne og autoritære, idet de ofte ikke har tid til at træde ind i rollen som en høflig gæst, der kan nå at se det hele menneske. Ydermere ved vi at især DSH’s gruppe af udsatte mennesker, ofte kan have tilstødende og foranderlige problemer som kræver, at de for det første opdages og at de for det andet håndteres, selvom de falder uden for de planlagte ydelser (Niklasson, 2020; Gessl et al.,



2022). Jeg ser derfor tid og travlhed som en barriere for, at problemerne for udsatte borgere i eget hjem, kan forebygges og imødekommes.

Den professionelle rolle som autoritær og magtoverlegen, udspringer dog ofte af den strukturelle orden hun arbejder under, og derfor kan de professionelle – for at styrke den menneskelige relation, jf. Uggerhøj (2014) – have behov for at distancere sig fra at være ”systemrepræsentant”:

*Jeg fortæller dem jo også, at det faktisk ikke er mig der er chefen her. Det er jeres læge. Den bruger jeg sådan lidt også. Men det er jo en realitet, at det er lægen der bestemmer hvilken ordination eller hvilken ydelse borgeren skal have (Tanja, SSA).*

Citatet illustrerer, at Tanja forsøger at reducere magtfuldheden, ved at italesætte sin rolle som én der blot udfører den ordinerede behandling. Hun forklarer borgeren, at hun ikke selv er ansvarlig for ydelserne eller den tid der følger med, men at hun blot parerer ordrer, hvilket kan være en strategi hvor hun, over for borgeren, forsøger at danne en alliance, hvor de har det tilfælles at de er underlagt større magter. Dette kan desuden også være en stræben efter det fælles tredje (Schultz, 2005), som kan danne grundlag for en fælleshed og en god relation mellem borgeren og den professionelle.

#### 4.2.1 Magt og forhandlinger i mødet mellem borgeren og den professionelle

Når magt står i vejen for den gode, fortrolige relation, medfører det også en risiko for, at borgerne ikke involverer den professionelle i deres problemer, og dermed udgør det en potentiel risiko for deres sociale og fysiske sundhed. Gennem kontinuerlige *forhandlinger* korrigeres adfærd i takt med modtagerens respons, hvilket kan lede til en mere ligeværdig fordeling af magt. I Goffmanske termer, tales der om *frontstage* og *backstage*, hvilket symboliserer at mennesker har et foretrukket selv og et faktisk selv. Det vi ønsker at vise frem, udvælger og præsenterer vi for vores ”publikum”, og omvendt gemmes det væk som ikke synes hensigtsmæssigt at vise til omverdenen (Mik-Meyer & Villadsen, 2007). I følgende citat, fortæller Andreas om en periode, hvor hjemmeplejen kom for at hjælpe ham med personlig hygiejne.

*Jeg har ikke brug for at blive tørret i røven. Jeg har ikke brug for noget. Jeg er 57 år gammel. Og jeg har haft mange problemer. Jeg har en tilkalket aorta, nedadgående retning. Der sker dét, at der sidder den her ventrikelklap. Den lukker ikke tæt nok til, fordi trykket er for højt i hjertet. Så render noget ad blodet tilbage (...)* (Andreas).

Andreas' foretrukne fremstilling af sig selv er, at han ikke har haft brug for hjælp til personlig hygiejne. Dette kan tolkes som en præsentation af sig selv på "front stage", hvor han ønsker at fremstå som en selvstændig og kontrolleret person, der ikke har behov for sådan en ydelse. Jeg er dog samtidig opmærksom på, at Andreas' og min egen relation ikke er præget af samme fortrolighed som han måske har opbygget med sin faste SSH, og at han derfor præsenterer sig selv som stærkere og mere selvstændig over for mig, end han muligvis ville gøre for andre. Andreas supplerer da også sin afvisning af personlig hygiejne, med en fortælling om hans viden om biokemi og fysiologiske mekanismer hvilket indikerer, at han forsøger at undgå at tabe ansigt, men derimod forsøger at (gen)oprette en status som overlegen i forhold til sin viden om biokemi:

*Jeg har designet en løsning selv, der er inspireret af KAG (ballonudvidelse, red.). Du bruger rubidium som sprøjtes ind i blodet, så du kan se blodet på en skærm. Så tager du en gummislange ligesom den du bruger til en stent. Men hvis du bruger et siliconebor i stedet, hvor du kan se hvad du laver... Et siliconebor kan bøjes. Så har jeg en teori om, at det kan bore forkalkningen ud (...) Jeg ved alt om human metabolisme (Andreas).*

Det kan tænkes at de professionelle i DSH, der har en større relationel forbindelse til borgerne, end jeg som interviewer har, i højere grad bliver præsenteret for borgernes sande ansigt, fordi deres roller over for hinanden, allerede er forhandlet. Hvis borgerne skal hjælpes bedst muligt, må det da også være ønsket, at opnå en relation hvor borgeren ikke bare agerer som de tror der forventes af dem, men faktisk er ærlige omkring deres problemer – og hvis deres ærlige perspektiver anses som gyldige af den professionelle, kan borgerens specifikke viden om egne behov også medføre en magt til at definere sine egne ønsker. Dette er i tråd med den fortrolighedskundskab, der ifølge Honneth, fremmer anerkendelsen og dermed styrker borgerens rolle som ekspert i sit eget liv (Juul & Riskjær, 2012). SSA'en Tanja, fortæller at *det jo primært er hjælperne der er derude*, hvilket må betyde at SSH'erne oftest er borgernes primære fortrolige. SSH'en Lise, oplever også at hun i højere grad bliver inviteret ind i borgernes livsverden. Her spørger jeg om Lise mener, at en god relation giver mulighed for at få større indblik i borgernes perspektiver:

*Ja, det tror jeg. Det er nemmere for dem, at åbne sig lidt op (...) Der er jo nogen som kan finde på at sige at "selvom jeg får det her antabus, så skal du bare vide at jeg også drikker samtidig" (Lise, SSH).*

Dét at borgeren tør vise sit faktiske selv, identificerer jeg som en virkning af den gode relation mellem Lise og borgeren, og som en måde hvorpå borgeren erklærer sin egenrådige position over for Lise – så på trods af, at kombinationen af alkohol og antabus fra et sundhedsfagligt perspektiv er et dårligt valg, kan det anses som en fortrolig relation hvor en sådan information tør deles, samt som et led i en forhandlingsproces, hvor borgeren (gen)erobrer definitionsmagten over det gode liv.

Sygeplejersken Heidi, giver udtryk for lignende, hvor hun fortæller at borgere kan modsætte sig Heidis sundhedsfaglige kompetencer, hvorefter forskellige muligheder er til forhandling:

*Så kan vi foreslå, at de kommer ind til afrusning. Det kan de så enten sige ja eller nej til. Hvis de siger nej, så er det jo bare ”Okay, skal vi så oprette nogle ekstra besøg, bare for at tjekke op på dig?” Så man prøver ligesom at finde et alternativ. Og så ender det måske med, at der kommer noget social rengøring eller at man opstarter noget støttekontaktperson, så de får noget mere hjælp (Heidi, sygeplejerske).*

Deri kan ligge en positioneringskamp om, hvilke perspektiver der er mest gyldige (og hvem der har mest magt). Her forsøger Heidi at udligne magten mellem hende selv og borgeren, ved at tillægge borgerens ekspertviden om sig selv værdi, og agere anerkendende over for borgerens afslag på afrusning. Det kan tænkes, at borgeren indvilliger i at få en støttekontaktperson, netop fordi Heidi udviser omsorg og anerkendelse af borgerens valg. Dette er desuden et eksempel på, at horisonter mødes og en ny, fælles forståelse dannes mellem sygeplejersken og borgeren, jf. den hermeneutiske videnskabstradition (Juul, 2018).

#### 4.2.2 Magt og forhandlinger i interviewsituationen

I interviewene med borgerne oplevede jeg ligeledes, at der udspillede sig positioneringskampe og forhandlinger, hvilket er i tråd med det interaktionistiske perspektiv på en interviewsituation som et ligeså virkeligt socialt møde, som en praksissituation mellem en borger om en professionel ville være. Derfor udspiller der sig naturligvis også kampe om rolleidentiteter mellem interviewer og informanten, hvilket blot bidrager til en dybere forståelse af mennesket der interviewes (og til nye forståelseshorisonter jf. hermeneutikken) (Järvinen, 2005). Under interviewet med Andreas, var han optaget af, at positionere sig som magtoverlegen, idet han sagde, at *dét at du får lov til at komme her i dag, er et privilegie*. Det tolker jeg som et behov for skarpt at definere sin rolle over for mig som interviewer, hvor relationen og rollerne endnu ikke er forhandlet.

Et sådan udlæg til en positioneringskamp er som nævnt, ifølge Goffman, et led i forhandlingsprocessen om rolleidentiteter, hvor mennesker tilpasser deres adfærd efter publikummets

reaktion (Mik-Meyer & Villadsen, 2007). Som reaktion på ovenstående udsagn fra Andreas, svarede jeg således, for at synliggøre magten og styrke tilliden, at jeg også anså det som et privilegie, og at jeg var meget taknemmelig over, at han ville lade sig interviewe. Dermed forsøgte jeg at møde Andreas med ydmyghed, hvilket kan relateres til anerkendelse af den menneskelige værdi (Juil & Riskjær, 2012). Dette udtrykker Andreas også i løbet af interviewet:

*De mennesker jeg ikke kender, gider jeg ikke. Dem sender jeg væk, for der er ingen respekt (Andreas).*

Andreas knytter her en manglende relation sammen med manglende respekt, hvilket kan forstås som at når der ikke er dannet en fortrolighedsviden, kan det medføre en oplevelse af krænkelser. Det kan samtidig tolkes som Andreas' gensidige anerkendelse af mig, fordi jeg ikke er blevet "sendt væk", på trods af at vi ikke kender hinanden. Dette må være et symbol på fortrolighed og tillid, hvilket Andreas også viser ved at fortælle, at han har haft perioder hvor han har haft større problemer, og haft behov for mere hjælp:

*Sidste år havde jeg et problem med spontan diarré, men så holdte jeg op med at drikke alkohol i en periode, og så gik det over. Men så kom de for at skifte min ble. Ble?? Personlig pleje, stod der på deres liste. "Øøøh, må jeg lige skifte din ble", sagde de så. "What, jeg har slet ingen ble på". "Må jeg lige mærke om den er våd eller hvad" "Jamen jeg har ingen ble på". Jeg har sgu ikke brug for personlig pleje. Så havde jeg et uheld med en finger i øjet, og så fik jeg betændelse. Jeg fik en ridse i min hornhinde. Jeg kunne dårligt se. Jeg var helt til rotterne. Heldigvis kom hjemmeplejen og redede mig (...) jeg havde manglende selvkontrol (Andreas).*

Dét at Andreas fortæller om episoder i sit liv, der er præget af kontroltab antyder, at han viser noget af "back stage", og bloter sine svage sider. Jeg ser dog samtidig en pendulering mellem hans rolleidentiteter, da han i forlængelse deraf, har et behov for at genvinde sin magtposition (over for mig) og rollen som viljestærk og belæst:

*Men så stoppede jeg med at drikke. Fra den ene dag til den anden. Ingen abstinenser eller noget. Jeg kunne mærke at min lever ikke kunne tåle det. Jeg blev nødt til at spise enormt mange b-vitaminer for at stimulere... b-vitaminer bliver opløst af alkohol. Og din lever og hjerne kan tage skade af at drikke alkohol. Jeg har en ekstrem viljestyrke (Andreas).*

Den hurtige pendulering mellem modsætningsfyldte roller, i form af stærk/svag, klog/dum, eller overlegen/underlegen, kommer også til udtryk i følgende citat, hvor Andreas har fortalt om rygning som årsagen til hans åreforkalkning:

*Interviewer: Ryger du stadig?*

*Andreas: Ja. Men det er fordi jeg er dum.*

*Interviewer: Jeg synes ikke at du virker dum.*

*Andreas: Det er uintelligent. Det er fordi jeg har et eller andet genetisk med rygning. Jeg er dum.*

*Interviewer: Er der da nogensinde nogen der har sagt til dig at du er dum?*

*Andreas: (griner) Det er der ikke nogen der tør (Andreas).*

Min respons, hvor jeg fortæller at jeg ikke mener at Andreas er dum, og altså min accept af hans påståede rolle som én man ikke siger imod, giver da point til Andreas i forhandlingen om hans rolleidentitet som magtoverlegen. Dette kan betragtes som et led i rollespillet, hvor både intervieweren og informanten anses som performers, der har bestemte agendaer med interaktionen (Järvinen, 2005). Her tolker jeg Andreas' agenda som en søgen efter anerkendelse og en bekræftelse på, at han ikke er dum. Min agenda som interviewer er, at agere høfligt og respektfuldt, både så interviewet kan gennemføres på bedste vis, men samtidig med en anerkendende og oprigtig interesse for borgerens perspektiver – så jeg rent faktisk også praktiserer dét jeg prædiker i størst muligt omfang.

Hos den anden borger, Peter kan også identificeres et rollespil, men med mindre grad af forhandling og modsætninger; Peter gentager flere gange hvad jeg siger, hvilket kan tolkes som en accept af, at jeg som interviewer har definitionsmagten over, hvad vores samtale skal indeholde. Eksempelvis taler vi om brug af uniformer, hvortil jeg adspørger Peter om de professionelle bare kommer i deres normale tøj. Dertil svarer Peter *i deres normale tøj, ja*. Peter sætter altså sig selv i en rolle, hvor han i mindre grad med egne ord, får formuleret sine perspektiver:

*Interviewer: Så den uformelle snak gør også, at det ikke er helt mekanisk?*

*Peter: At det ikke er helt mekanisk, ja.*

*Interviewer: Okay. Har I så fået et godt kendskab til hinanden?*

*Peter: Ja, nu er der heldigvis et kendskab til hinanden (Peter).*

Dette illustrerer en autoritetstro, både til mig som interviewer, og til de professionelle som han umiddelbart udtrykker tilfredshed med. Peter har da også kun fysiske udfordringer, men modtager hjælp fra DSH, fordi han er under 65 år, hvorfor jeg også forstår Peter som ”lettere” at hjælpe, da han ikke i den forstand har de sociale problemer, som ellers er karakteriseret ved DSH’s ”skæve” eksistenser”. Det kan dog også tænkes, at Peter har en langsommere fremgangsmåde i rolleforhandlingerne, end Andreas havde, hvilket indebærer at han endnu blot viser sit foretrukne selv over for mig.

Med interviewsituationerne med borgerne som et billede på, hvordan forhandlinger, positioneringer, over- og underlegenhed kan udspille sig, ser jeg Andreas’ og Peters fortællinger som eksempler på, hvordan mennesker altid vil kæmpe om monopoler og autoritet (Järvinen, 2005). Jeg er opmærksom på, at interviewet ikke afspejler hvordan den virkelige praksis udspiller sig – ifølge den interaktionistiske forskningstradition vil sociale møder nemlig altid udspille sig på forskellig vis, afhængigt af hvilke specifikke personer der interagerer. Den kontekstbestemte viden jeg opnår i interviewene, kan derfor heller ikke være generaliserende for, *hvordan* møder og magt mellem professionelle og borgere sædvanligvis udspiller sig, men den kan sige noget om, *at* disse kampe altid vil udspille og udvikle sig.

### 4.3 Sammenfatning

I anden analyse har jeg beskæftiget mig med problemformuleringens andet underspørgsmål, *hvilken betydning får magt og relationer mellem borgerne og de professionelle, når det sociale arbejde udføres i borgernes eget hjem*. Jeg har identificeret hvad den gode relation i det hele taget indebærer og hvad den tillægges af betydning for borgerne og de professionelle. Her fandt jeg, at anerkendelse og engagement fra den professionelle kan afspejles i tiden der bruges sammen med borgerne, hvilket påvirker relationens mulighed for at blomstre. Dét at møde borgerne som eksperter i deres eget liv og møde dem med ydmyghed må stå centralt i arbejdet med borgerne i eget hjem (om end det bude være en forudsætning for alt socialt arbejde uanset kontekst). Dermed kan der argumenteres for, at når SSH’erne som regel er dem der tilbringer mest tid med borgerne, har de også de bedste forudsætninger for at danne gode relationer med borgerne – og med en god relation, følger muligheden for at tilbydes indsigt i borgernes livsverden, også selvom den kan være kaotisk, irrationel eller stikke uden for normerne. Dernæst fandt jeg at dét, at borgerne og de professionelle faktisk har et fælles tredje at orientere sig imod, både er vigtigt for de professionelles motivation og den fortrolighed der opstår i

fællesskabet med borgerne, men også for borgerne, som oplever en mere personlig og anerkendende relation. Det betyder også, at skiftende personale ikke leder til dannelse af relationer, men derimod kan fastholde og reproducere en mistillid fra borgeren til systemet og dets repræsentanter.

Endvidere har jeg belyst hvorledes rolleidentiteter bliver forhandlet i det konkrete møde mellem borgeren og den professionelle, når borgerens eget hjem udgør den fysiske kontekst for pleje og behandling. Her kan udspille sig kampe om definitionsretten til, hvad det gode liv bør indebære og selvom de professionelle er nænsomme med deres indgriben i borgernes liv, gør de udsatte borgere ofte modstand mod den normative forventning der er til dem, om at rydde op i sit rod eller at tage på afvæning. Dette anser jeg som en måde, hvorpå borgerne tager noget af magten tilbage, og udnævner sig selv til herre i eget hus. I det sociale arbejde i borgernes eget hjem, ser jeg dog en risiko for, at den normative forståelse af en gæst som høflig og respektfuld, med tid og tålmodighed på værtens præmisser, bliver overrulet af den professionelles position som en (sundheds)ekspert, der fratager borgerens autonomi. Det tidsmæssige pres og mangel på ressourcer kan udgøre en begrænsning for at (nå at) agere høfligt og respektfuldt, fordi de professionelle ikke kan favne hele borgerens kompleksitet og måske nye eller ændrede behov, på ét besøg med begrænset tid til rådighed. Dette må siges ikke at skabe næring til den gode relation, men derimod at udgøre en risiko for, at de professionelle fastholdes i deres autoritære og magtoverlegne position, og borgerne i en rolle som passive og underlegne, hvilket kan udgøre krænkelser frem for anerkendelse.

Min forforståelse om, at arbejdet med borgerne i eget hjem kræver en tillidsfuld relation, og at SSH'en ofte har den bedste relationelle kontakt med borgerne, er delvist blevet bekræftet – men samtidig suppleret af en erkendelse af, at en anerkendende tilgang og tillidsfuld relation, ikke er så let at skabe. Relationens næring kan siges at være anerkendelse og alt hvad der ligger deri; og hvis der kunne peges på konkrete metoder til at optræde anerkendende med øje for borgeren som arkitekt i eget liv, ville selve anerkendelsestankegangen som en praktisk sans, miste sin betydning.

I løbet af og efter interviewene, har jeg desuden opnået en forståelse af min egen optræden som interviewer, og en forventet rolle jeg besætter. Her oplevede jeg, at Andreas i højere grad udfordrede hans og min position, og søgte efter hurtig forhandling af rolleidentiteter. Peter var derimod mere fattet, og lod til at have indfundet sig i en position, som bar præg af autoritetstro. Som jeg reflekterer over det i skrivende stund, bliver jeg dog fristet til at tage min forståelse til genovervejelse – for selv om min rolle i interviewsituationen indebar en forventning om at være en fornuftig og troværdig forsker, var både Peter og Andreas klar over, at jeg også arbejdede som sygeplejerske i DSH. Dette

fremkalder en usikkerhed omkring, hvordan de mon positionerede mig – som forsker eller som sygeplejerske?



## 5 Konklusion

Udgangspunktet for dette speciale har været at undersøge, *hvorledes hhv. SSH'er, SSA'er og sygeplejersker i DSH, oplever det tværfaglige samarbejde, og hvordan de professionelle og borgernes perspektiver mødes omkring pleje og behandling af borgerne i eget hjem*. Første analysedel peger på et paradoks i den strukturelle organisering af ydelser og opgaver i DSH, hvor de professionelle på én gang opfordres til tværfagligt samarbejde via opgaveoverdragelser og tværfaglige møder, men samtidig er underlagt en struktur der afspejler et ensrettet hierarki, hvor især SSH'erne, bliver sat uden for det tværfaglige læringsfællesskab. Både SSH'en og SSA'en i specialets interviews, oplevede desuden at have uddannelsesmæssige kompetencer til sundhedsmæssige opgaver, som de ikke måtte anvende i deres arbejde i DSH, grundet organisatorisk bestemte begrænsninger. En sådan standardisering afspejler New Public Managements fokus på præstationsmålinger og effektivitet, hvor den helhedsorienterede behandling og fordeling af ressourcer efter reelt kompetenceniveau bliver overskygget af stramme formelle regelmenter og en frygt for udefrakommende kritik. Dette indskrænker de professionelles mulighed for fleksibilitet, sparring og opgavedeling på tværs af faggrænser, og fastholder yderligere de professionelles monofaglige identitetsforståelser. Via opdelingen af SOSU'er og sygeplejersker i separate kontorer og grupperum samt med uniformen som et statussymbol der primært tilhører sygeplejerskerne, kommer sygeplejerskernes sundhedsfaglige ekspertise til at fremstå som mere værdifuld end SOSU'ernes praktiske og borgernære viden – dette på trods af, at sygeplejersken (og SSA'en) egentlig ønsker et samarbejde hvor SSH'erne også deltager i det intraorganisatoriske fællesskab hvor borgerens interesser bedst kan varetages hvis flere faglige perspektiver forenes. De professionelle indikerer desuden, at autoritet og relation nærmest er dikotomiske begreber, hvor førstnævnte tilskrives sygeplejerskerne og sidstnævnte tilskrives SSH'erne. Jeg har dog fundet en ambivalens hos SSH'erne, idet de på én gang underlægger sig og accepterer den hierarkiske struktur og deres position som mindst betydningsfulde for det professionelle samspil, men samtidig fortæller og erkender de, at deres borgernære viden også er vigtig for deres tværfaglige kollegaer og for kvaliteten af den samlede indsats for borgerne. Det kan synes paradoksalt, at sygeplejerskernes viden anses som mest legitim, når Den Sociale Hjemmeplejes borgergruppe ofte har problemer, der kræver mere end blot sundhedsfaglig viden og sygeplejetekniske kundskaber. Det lader til, at den sociale og relationelle indsats som den udsatte borgergruppe har behov for, underprioriteres som følge af strukturelle begrænsninger der accepteres som det normale. Her finder jeg det relevant at påpege, at deltagelse af

alle faggrupper til overdragelsesmøderne kan udgøre et muligt forandringstiltag der kan styrke det tværfaglige samarbejde.

I analysens anden del har jeg undersøgt hvorledes de professionelles og borgernes perspektiver mødes omkring pleje og behandling i borgernes eget hjem, herunder hvordan magt og relationer er under indflydelse af hjemmet som ramme for det sociale- og sundhedsmæssige arbejde. Jeg har først og fremmest fundet, at den gode relation er afhængig af, at de professionelle agerer anerkendende og ydmyge over for borgeren, hvilket af borgerne opleves som tillid, respekt og oprigtigt engagement. Blandt de professionelle er der en fælles enighed om, at den gode relation tager tid, og at SSH'erne som dem der oftest tilbringer mest tid med borgerne, har de bedste forudsætninger for at danne relationer med dem. Dette er i tråd med borgernes oplevelse af, at deres vigtigste allierede findes i de professionelle der udfører praktisk hjælp, og som de derfor ser hyppigst. Desuden styrkes relationen, når borgerne og de professionelle kan rette deres opmærksomhed mod noget fælles tredje, hvilket medfører en oprigtig forståelse for den andens perspektiver – og når først den professionelle forstår hvad borgeren forstår, anses borgerens perspektiver som mere legitime og som værd at engagere sig i for den professionelle. Det betyder også, at skiftende personale forringer muligheden for at skabe gode relationer, og risikerer i stedet at skabe distance og mistillid i relationerne mellem borgerne og systemet. Endvidere har jeg fundet, at der i det sociale møde mellem borgerne og de professionelle udspilles forhandlinger om rolleidentiteter, hvor borgernes eget hjem som kontekst for det sociale arbejde, medvirker til en forskydning af den traditionelle forståelse af professionelle som magtoverlegne eksperter og borgerne som underlegne modtagere af services og behandling. Her må de professionelles (sundhedsfaglige) ekspertviden i nogle tilfælde vige til fordel for relationen og fortroligheden, for at borgernes ønsker og perspektiver kan imødekommes i en sådan grad, at krænkelser undgås og selvbestemmelse opretholdes. Jeg anser denne forskydning af magt til borgerne, som værende en effekt af, at det sociale arbejde foregår i borgerens eget hjem – hvilket blot forstærkes af New Public Managements fokus på borgeransvar og deltagelse. De professionelle forsøger dermed at leve op til velfærdsstatens diskurs, hvor inddragelse, selvbestemmelse og borgerne som arkitekt i eget liv er i højsædet, men for borgerne i Den Sociale Hjemmepleje indebærer det også retten til at leve et liv der stikker uden for den normative forståelse af det sunde og gode liv, hvorfor borgernær viden, gode relationer og anerkendelse, i allerhøjeste grad bliver afgørende for, om det sociale arbejde lykkes.

Analyserne skal ikke forstås som uafhængige af hinanden; Som nævnt, influerer politiske forhold og velfærdsdiskurser på hvordan det sociale arbejde udfolder sig i praksis. Organisatoriske rammer har ikke blot betydning for i hvilken grad det tværfaglige samarbejde udformer sig, men også for hvordan de enkelte møder mellem borgerne og de professionelle udspiller sig. Når tid og ressourcer har betydning for den gode, fortrolige og anerkendende relation, udspringer en relation præget af mistillid og krænkelser i virkeligheden også af den strukturelle begrænsning for de professionelles råderum – og de betingelser der arbejdes under, risikeres at blive taget for givet som det gode og det rigtige (eksempelvis at SSH'erne ikke deltager i møderne). Derfor har de professionelle også en magt (og en pligt) til at forholde sig kritiske overfor strukturelle og kulturelle selvfølgeligheder – for det der tages for givet, og ikke underlægges kritiske refleksioner, får nemlig karakter af et normativt mønster og sættes aldrig under forandringens lup.

I løbet af specialets analyser og min løbende refleksion over fundene, har jeg opnået nye (for)forståelser af, hvorledes de faglige forskelle i organisationen på én gang forsøges fastholdes og nedbrydes; jeg forstår, at de professionelle har en evne og en vilje til at gøre modstand mod strukturelle ordener, og at de ikke ukritisk accepterer faglige hierarkier. Jeg anser især sygeplejerskens ydmyghed over for SSH'ernes borgernære viden som værende en force når barrierer skal nedbrydes, og tværfagligheden skal styrkes. Derudover har jeg opnået en ny forståelse af, at SSH'erne har svært ved at indfinde sig i nye roller, hvor de pludselig tilbydes struktureret sparring med de andre fagprofessionelle, hvilket indikerer, at det kan være svært for SSH'erne at nedbryde de normative forståelser af, at sygeplejerskerne er uden for deres rækkevidde. Endvidere forstår jeg, at relationen og fortroligheden som regel er størst mellem SSH'erne og borgerne, men gennem interviewene med borgerne forstod jeg også, at man må gøre sig fortjent til denne fortrolighed, hvilket *alle* de professionelle i høj grad formår at gøre – eller i det mindste at stræbe efter – med deres tålmodighed og forståelse for de særlige udsatte borgere.

## 6 Diskussion

I dette afsluttende kapitel vil jeg diskutere og reflektere over specialets fund, herunder fundenes generaliserbarhed, samt hvorledes det tværfaglige samarbejde (og en stræben efter Noordegraafs (2015) hybride professioner som det næste niveau af tværfagligt samarbejde) altid er det bedste for kvaliteten af det sociale arbejde. Derudover vil jeg diskutere om eget hjem som kontekst for pleje og behandling, i det hele taget bør give anledning til større anerkendelse og mere selvbestemmelse, end borgerne fortjener i andre arenaer for det sociale arbejde.

Det er indlysende, at der må være lige så mange professionelle perspektiver, som der er ansatte i DSH. Derfor kan man umuligt sige, at de tre professionelle informanter til interviews repræsenterer deres respektive faggruppes ubestridte holdninger – og ligeså med borgerne, der hver er så unikke, at det er vanskeligt at sige noget generelt med sikkerhed. Samtidig giver mødesituationen med SSH'en Rasmus' umiddelbare beklemthed, ikke nødvendigvis udtryk for, hvordan andre SSH'er ville have indfundet sig i situationen. Den interviewede SSH, Lises dilemmafyldte perspektiv på overdragelsesmøderne – på den ene side som noget hun gerne vil undgå, og på den anden side som noget hun kan se en mening med at være en del af – deles heller ikke per automatik af hendes monofaglige kollegaer. Derudover er det vigtigt at påpege, at informanternes udsagn og adfærd, har været underlagt min fortolkning, som meget vel kan være helt forkert, hvis man spørger dem selv.

Med min forståelse gennem specialet, af en hierarkisk opdeling af de professionelle og dermed forskellige fagligheder og viden der tilskrives SSH'erne, SSA'erne og sygeplejerskerne, er det relevant at påtale, at ”faglighed” og ”viden” er afhængigt af, hvilket vidensperspektiv der anlægges; selvom sygeplejerskernes teoretiske viden om sundhed og sygdom, alment set har en højere anerkendelse og rangeres højere på kundskabens stige (se bare den store tiltro til naturvidenskab og evidenshierarkier i forsknings- og medieverdenen), er det også på tide at få øjnene op for, at (lav)praktisk viden om borgerne, relationen, tillid og situationsfornemmelse som følge af et indgående kendskab til borgerne, fortjener en lige så høj anerkendelse som kendskab til fysiske og medicinske mekanismer. Sat på spidsen kan man spørge, om fagforskelle i DSH snart skal være fortid og om alle faggrupper skal kunne yde den samme sundhedsmæssige, socialfaglige, praktiske og relationelle service?

I så fald bør de faglige hierarkier der er identificeret som barrierer for tværfagligt samarbejde, nedbrydes fuldstændig, til fordel for de såkaldte idealtyper af hybride professionelle. Dette kan dog synes som et utopisk ideal, som sandsynligvis vil lede til en kaotisk tilstand af udefinerbare roller,

hvor de professionelle blot vil opleve et manglende tilhørsforhold, og hvor udvikling af fagspecifik viden vil være i risiko for at blive glemt i mængden af forskellige vidensformer, fælles refleksioner og tværfaglige møder. Det kan vel, alt andet lige, også kun være rationelt, at sygeplejerskerne som dem med de stærkeste medicinske kompetencer, fastholder deres dybdegående sundhedsfaglige viden fordi disse kompetencer netop er vigtige for de udsatte borgere. Samtidig må det være mindst lige så rationelt, at SSA'erne der favner socialfagligt og sundhedsfagligt bredt, fastholder deres bredde viden og deres funktion som mellemlid mellem sundhed og social service, samt at SSH'ernes borgerspecifikke viden bliver ved med at være deres spidskompetence. I sidste ende handler det om, at borgernes egne perspektiver og reelle ønsker, afspejles og imødekommes så vidt muligt – både medicinsk, socialt, praktisk og relationelt.

I forhold til selve specialets omdrejningspunkt – dét at modtage pleje og behandling i eget hjem – har jeg reflekteret over hvorledes respekt, tillid og relationer bør gives mere plads i hjemmet end på hospitalet. For bør disse ting ikke være en menneskeret i sig selv? Patienten på hospitalet har vel i lige så høj grad en iboende menneskelig værdi, som fortjener anerkendelse og medmenneskelig omsorg på akkurat samme måde som borgeren i eget hjem. Når man taler om den aktive og ansvarsbevidste borger der ikke længere blot modtager sociale og sundhedsmæssige ydelser, men rent faktisk forholder sig kritisk til dem, afspejler det et normativt velfærdspolitisk syn på borgerne som ressourcestærke individer med magten til at råde over eget liv, uanset om de befinder sig i hospitalsregi, i eget hjem eller på en helt tredje form for velfærdsinstitution. Denne velfærdspolitik anser jeg som implicit rettet mod de borgere der kan leve op til ideen om at være refleksive og viljestærke, og som derfor ikke har behov for at forhandle sig til deres roller som egenrådige, ansvarsbevidste og magtoverlegne – med andre ord henvender New Public Managements menneskesyn og politiske grundlag sig *ikke* til borgerne i DSH, hvor langt de fleste *ikke* passer til dette glorificerede billede af borgerne, der ”bare kan vælge at tage skeen i den anden hånd”, hvis de vil skabe forandring. Dette anser jeg som et alvorligt dilemma, fordi New Public Management-tankegangen trods alt stadig ligger til grund for den sundheds- og socialpolitik som påvirker vilkårene i DSH. Med en overdreven tiltro til de udsatte borgere som fornuftsdræbne og afklarede omkring egne ønsker for (deres definition af) det gode liv, ser jeg en risiko for at overse borgerens komplekse behov for hjælp og omsorg, som netop er årsagen til, at de i det hele taget modtager pleje og behandling fra Den Sociale Hjemmepleje.

## 7 Litteratur

- Ahlmark, N. Sørensen, I. Davidsen, M. & Ekholm, O. (2018). *SUSY udsat 2017. Sundhedsprofil for socialt udsatte i Danmark og udviklingen siden 2007*. Statens Institut for Folkesundhed og Rådet for Socialt Udsatte.
- Bekendtgørelse af Lov om retssikkerhed og administration på det sociale område, LBK nr. 1647 af 04/08/2021.
- Bengtsson T. T. & Mølholt, A. (2020). Anonymisering i kvalitative undersøgelser. I: K. L. Jensen & D. Steiness (red.). *Forskning med børn og unge. Etik og etiske dilemmaer* (s. 193-209). Hans Reitzel.
- Carlsen, L. T. (2018). Forskningsetik i praksis. I: S. P. Olesen & M. Monrad (red.). *Forskningsmetode i socialt arbejde* (s. 253-272). Hans Reitzel
- Christiansen, S. L. (2011). Opdelt hjemmepleje giver specialiserede sygeplejersker. *Sygeplejersken* (21) (s. 48-49)
- Dansk Sprognævn. (2014) *Medarbejder el. kollega*. Hentet den 23. maj 2022 fra: [medarbejder el. kollega — sproget.dk](http://medarbejder.el.kollega.sproget.dk)
- Dansk Sprognævn. (u.å). *Teams*. Hentet den 25. maj 2022 fra: [team — sproget.dk](http://team.sproget.dk)
- Dean, M. (2014). Governmentality. I: S. Vikkelsø & P. Kjær (red.). *Klassisk og moderne organisationsteori* (s. 359-383). Hans Reitzel
- Ejrnæs, M. (2017). Tværprofessionelt samarbejde. Begreber og teori. I: C. K. Moesby-Jensen (red.). *Når professioner samarbejder – praksis med udsatte børn og unge* (s.19-34) Samfundslitteratur
- Ellegaard, T & Dybbroe, B. (2015). *Nye roller i det nære sundhedsvæsen - Forandringer i sygeplejerskeroller og brugerinddragelse i det nære sundhedsvæsen*. Dansk sygeplejeråd
- Gessl, A. S., Flörl, A. & Schulc, E. (2022). Demand for community-based Case Management in Austria - a qualitative analysis. *BMC Nursing* (21) 5 (s. 1-11)
- Hansen, S. J. (2016). Det tværprofessionelle samarbejde. I: S. J. Hansen (red.). *Professionelle i velfærdstaten* (s.173-183). Hans Reitzel

- Jacobsen, D. I. & Thorsvik, J. (2014) *Hvordan organisationer fungerer. En indføring i organisation og ledelse* (s. 62-113, 114-148, 149-179) Hans Reitzel
- Jespersen, P. K. (2008). De professionelle, fagbureaukratiet og omstilling i den offentlige sektor. I: T. Bømler (red.). *Sociale organisationer i en omstillingstid* (s. 75-98). Hans Reitzel
- Juul, S. & Riskjær, E. (2012). *Fælles værdier i det sociale og sundhedsmæssige arbejde med socialt udsatte*. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse & Social- og integrationsministeriet
- Juul, S. (2018) Videnskabsteoretiske kontroverser i forskningen i socialt arbejde. I: S. P. Olesen & M. Monrad (red.). *Forskningsmetode i socialt arbejde* (s. 319-346). Hans Reitzel
- Järvinen, M. (2005). Interview i en interaktionistisk begrebsramme. I: M. Järvinen og N. Mik-Meyer (red.). *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv* (s. 27-48). Hans Reitzel
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Interview - Det kvalitative forskningsinterview som håndværk* (s. 17-42, 43-148). Hans Reitzel
- Københavns Kommune. (2021). *Kvalitetsstandard 2021 – Hjælp i hverdagen*. Københavns kommune. Hentet den 18. marts 2022 fra: [Hjælp i hverdagen 2021 \(kk.dk\)](https://www.kk.dk)
- Mik-Meyer, N., og Villadsen, K. (2007). *Magtens former. Sociologiske perspektiver på statens møde med borgeren* (s. 43-67). Hans Reitzel
- Monrad, M. & Olesen, S. P. (2018). Kvalitet og kritik. I: S. P. Olesen & M. Monrad (red.). *Forskningsmetode i socialt arbejde* (s. 293-318). Hans Reitzel
- Monrad, M. (2018). Tilvirkning af data. I: S. P. Olesen & M. Monrad (red.). *Forskningsmetode i socialt arbejde* (s. 107-144). Hans Reitzel
- Niklasson, G. (2020). Det sociale, pædagogiske og sundhedsmæssige arbejdes krydsfelt. I: G. Niklasson (red.). *Sundhed, menneske og samfund – i sundhedsarbejde* (s. 225-246). Samfundslitteratur
- Noordegraaf, M. (2015). Hybrid professionalism and beyond: (New) Forms of public professionalism in changing organizational and societal contexts. *Journal of Professions and Organization*, 2015 (2) (s. 187–206)
- Noordegraaf, M. (2020). Protective or connective professionalism? How connected professionals can (still) act as autonomous and authoritative experts. *Journal of Professions and Organization*, 2020 (7) (s. 205-223)
- Olesen, S. (2018). Analysestrategi. I: S., P., Olesen & M., Monrad (red.). *Forskningsmetode i socialt arbejde* (s. 145-170). Hans Reitzel

- Pedersen, P. V. (2018). *Socialt udsattes møde med sundhedsvæsenet*. Statens Institut for Folkesundhed, SDU.
- Poulsen, B. (2016). Semistrukturerede interviews. I: C. J. Kristensen, & M. A. Hussain (red.). *Metoder i samfundsvidenskaberne* (s. 75-94) Samfundslitteratur.
- Raudaskoski, P. (2013). Observationsmetoder (Herunder videoobservation). I: L. Tangaard & S. Brinkmann (red.). *Kvalitative metoder* (s. 81-96). Hans Reitzel
- Rådet for Socialt udsatte. (2022). *Socialt udsattes situation. Årsrapport 2021*. Rådet for Socialt Udsatte.
- Schutz, A. (2005). *Hverdagslivets sociologi* (s. 27-42) Hans Reitzel
- Sehested, K. & Leonardsen, L. (2011). Fagprofessionelles rolle i samarbejdsdrevet innovation. I: E. Sørensen & J. Torfing (red.). *Samarbejdsdrevet innovation – den offentlige sektor* (s. 215-233). Jurist-og økonomiforbundets forlag
- Sundheds- og ældreministeriet. (2019). *Nationale mål for sundhedsvæsenet 2019*. SUM, KL og Danske Regioner.
- Tangaard, L. & Brinkmann, S. (2013). Interviewet: Samtalen som forskningsmetode. I: L. Tangaard & S. Brinkmann (red.). *Kvalitative metoder* (s. 29-54). Hans Reitzel.
- Udesen, C. H. Skaarup, C. Petersen, M. N. S., & Ersbøll, A. K. (2020). *Social ulighed i sundhed og sygdom. Udviklingen i Danmark i perioden 2010 – 2017*. Sundhedsstyrelsen
- Uggerhøj, L. (2003). Menneskelighed i mødet mellem socialarbejder og klient – ideal eller realitet. I: M. Järvinen, J. Elm Larsen og N. Mortensen (red.). *Det magtfulde møde mellem system og klient* (s. 81-106). Århus Universitetsforlag
- Uggerhøj, L. (2014). The Powerful meeting between Social Workers and Service Users: Needs, Barriers and Possibilities in Participation Processes in Agency Settings. I: A. Matthies, & L. Uggerhøj (red.). *Participation, Marginalization and Welfare Services – Concepts, Politics, and Practices Across European Countries* (s. 201-217) Ashgate.
- Vinge, S. (2018). *Kompleksitet i den kommunale sygepleje. En analyse af sygeplejerskernes perspektiver på kompleksitet i sygeplejen*. VIVE. Hentet den 1. marts 2022 fra: [Kompleksitet i den kommunale sygepleje \(vive.dk\)](https://www.vive.dk/da/nyheder/2018/kompleksitet-i-den-kommunale-sygepleje)
- Vitus, K. (2018). Konflikt i forskningsprocesser. I: S., P., Olesen & M., Monrad (red.). *Forskningsmetode i socialt arbejde* (s. 273-292). Hans Reitzel.
- Öresland, S., Määttä, S., Norberg, A., Jörgensen, M. W., & Lützén, K. (2008). Nurses as guests or professionals in home health care. *Nursing Ethics*, 15 (3) (s. 371-383)