# Realkompetencer og rammebetingelser for social- og sundhedshjælpere i Magistraten for Sundhed og Omsorg i Aarhus Kommune

Undersøgelsesrapport udarbejdet af
FOA Århus og Social- og sundhedshjælpernes fagklub

# Realkompetencer og rammebetingelser for social- og sundhedshjælpere i Magistraten for Sundhed og Omsorg i Aarhus Kommune

Undersøgelsesrapport udarbejdet af
FOA Århus og Social- og sundhedshjælpernes fagklub

FOA Århus
April 2016

**Realkompetencer og rammebetingelser for social- og sundhedshjælpere i Magistraten for Sundhed og Omsorg i Aarhus Kommune**
Undersøgelsesrapport udarbejdet af FOA Århus og
Social- og sundhedshjælpernes fagklub

1. udgave
April 2016

**Undersøgelsen udarbejdet af**
Jan Helbak

**Udgiver**
FOA Århus og Social- og sundhedshjælpernes fagklub i Århus

**Grafisk tilrettelæggelse**
FOA Århus

**Tryk**
FOAs trykkeri

# Indholdsfortegnelse

**Forord** ..... 7
**Rapportens opbygning** ..... 15

## DEL 1

**Undersøgelsens formål, begrundelser og grundudgangspunkt** ..... 18
**Kort rids af social- og sundhedshjælper funktionens udvikling** ..... 22

## DEL 2

**Kort redegørelse for undersøgelsesmetode** ..... 30
Teknisk gennemgang af metoden ..... 30
Interviewdesign ..... 34
Fokusgruppeinterviewet ..... 34
Øvrige interviews ..... 36
Organisering af interviews i det samlede design ..... 36
Udvælgelse og rekruttering af deltagere ..... 37
Undersøgelsesramme og interviewforløb ..... 40

## DEL 3

**Grunddata** ..... 44
Grunddata for de 6 fokusgruppeinterviews ..... 44
Grunddata for de 2 faktagruppe I ..... 44
Grunddata historiegruppe ..... 44
Grunddata for faktagruppe II ..... 45
Grunddata for "fremtidsgruppen" ..... 45
Samlet opgørelse ..... 45

## DEL 4

**Gennemgang af interviewresultater** ..... 48
Gennemgang af interview resultater fra de 6 fokusgruppe interviews ..... 48
Gennemgang af interviewresultater fra de to Faktagruppe I interviews ..... 77
Gennemgang af interviewresultater fra "historiegruppen" ..... 89
Gennemgang af interviewresultater fra faktagruppe II ..... 98
Gennemgang af interviewresultater fra "Fremtidsgruppen" ..... 105

## DEL 5

**Evaluering af metoden** ..... 114
Styringsproblemer ..... 114
Designsvaghed og metodisk kompensation ..... 116
Interviewrækkefølge ..... 117

## DEL 6

**Samlet analyse og afsluttende diskussion** ..... 122
Det strukturelle element ..... 125
Vilkårligheds- og forskellighedselementet ..... 127
Det/de formelle og uformelle elementer ..... 130
Marginaliserings- og vilkårlighedselement ..... 132
Kompetenceudviklingselementet ..... 133
Belastningselementet ..... 135
Integrationselementet ..... 136
Understøttende udsagn ..... 136
Det historiske perspektiv og nyt lys på undersøgelsen ..... 139
Den formelle systemiske vinkel ..... 145
Forestillinger om fremtiden ..... 148

## DEL 7

**Konkluderende bemærkninger** ..... 154

## LITTERATUR OG BILAG

**Litteratur** ..... 158
**Bilag I**
Projekt: Sosu-ansattes vilkår og fremtid
Interviewguide til Fokusgruppeinterview ..... 160
**Bilag II**
Projekt: Sosu-ansattes vilkår og fremtid
Interviewguide til fakta gruppe interviews I og II ..... 163
**Bilag III**
Projekt: Sosu-ansattes vilkår og fremtid
Interviewguide til "Historieinterviewet" ..... 165

**Bilag IV**
Projekt Sosu-ansattes vilkår og fremtid
Interviewguide til interview i Faktagruppe II ..... 168
**Bilag V**
Projekt: Sosu-ansattes vilkår og fremtid
Interviewguide til Fremtidsgruppe. ..... 170

# Forord

I februar 2015 afholdt Social- og sundhedshjælpernes faggruppeklub generalforsamling med et særligt tema på dagsordenen. Det drejede sig om social- og sundhedshjælpernes fremtid og muligheder inden for et stadigt mere komplekst sundhedssystem, sådan som det er beskrevet i mange officielle udspil og nu drøftes mellem regering, regioner og kommuner[1].

Forud for generalforsamlingen var gået en del drøftelser i klubbens bestyrelse og blandt tillidsrepræsentanter (TR) fortrinsvis foranlediget af den offentlige debat om *det moderne og nære sundhedsvæsen,* hvor ældre- og sundhedsområdet i kommunerne forventes at løse stadig flere sundhedsopgaver, herunder tidligere hjemtagning af borgere fra hospitalerne med mere kompleks sygepleje og pleje-omsorg til følge.

I den løbende offentlige debat og i flere fagorienterede notater og oplæg fra de store og toneangivende aktører inden for sundhedsområdet bl.a. KL og flere af sundhedsforvaltningerne i de danske kommuner er faggruppesammensætningen i fremtiden blevet et fremtrædende tema. At det selvfølgelig slår ind i social- og sundhedshjælpergruppen som et meget varmt emne kan ikke undre, al den stund diskussionen først og fremmest er gået på, om faggruppen har de nødvendige kompetencer til forsat at udgøre en betydningsfuld del af det kommunale sundhedsfaglige personer, eller om gruppen skal fases helt ud og med tiden erstattes af social- og sundhedsassistenter. Argumentet for sidstnævnte udvikling har først og fremmest støttet sig på, at social- og sundhedsassistenternes uddannelse berettiger dem til både at arbejde inden for sundhedslovens- og servicelovens rammer.

Det giver sig selv, at bare drøftelsen af sådanne mulige horisonter må kaste store og meget voldsomme debatter af sig inden for en faggruppe, der er truet af udfasning. Debatten på den omtalte generalforsamling udgjorde ingen und-

[1] Sundhedsministeriet: Kommissorium for udvalg om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen 5. januar 2016

tagelse. Positionerne spændte lige fra opgivelse og resignation til stærk modstand mod de fremlagte scenarier med påstande om, at faggruppens kompetencer "som sædvanligt undervurderes", og at den såkaldte "komplekse pleje" på den anden side er stærkt overvurderet. De forskellige fjendebilleder blev tegnet skarpt op, uden at debatten ændrede ved den udbredte opfattelse, at der med de kommende sundhedspolitiske udspil fra regeringen, Danske Regioner og KL er store ændringer på vej, der nødvendigvis også må rokke ved det kendte faggruppemønster.

Allerede forud for generalforsamlingen havde Magistraten for Sundhed og Omsorg i Århus kommune (MSO) med et notat fra 2014[2] om fremtidens medarbejdersammensætning gjort det ganske klart, at man på sigt ønsker at ændre medarbejdersammensætningen, så der ansættes flere assistenter og langsomt udfases flere hjælperstillinger. Det samme forhold gælder hvad angår elevdimensioneringen. Begrundelserne for dette perspektiv adskiller sig ikke fra de begrundelser, som kendes fra de fleste andre kommuner. Man henviser til et paradigmeskift[3] med større vægt på mobilisering og aktiv deltagelse i egne forløb og øget fokus på forebyggelse og tidlig opsporing af sygdomme, hvilket underforstået står i modsætning til tidligere paradigmer, som angiveligt har bygget på basal pleje og omsorg og vedligehold af borgernes funktionsniveau frem for udvikling og mobilisering. Dertil kommer forvaltningens forventning om at skulle kunne mestre mere kompleks sygepleje og pleje i forbindelse med tidligere hjemtagning af borgere fra hospitalerne og en mere indgribende og stærkt udbygget tværfaglig og tværsektoriel indsats for at forebygge borgernes og især de ældres borgeres indlæggelse og genindlæggelser på hospitalerne. Det gælder både borgere med medicinske sygdomme, kroniske lidelser, i kræftbehandling og i palliativ behandling[4].

Dertil kommer at man ønsker en central placering af forvaltningen i kommunens samlede sundhedspolitiske indsats på tværs af forvaltningerne og ma-

[2] Fremtidens medarbejdersammensætning i Sundhed og Omsorg. 12. oktober 2014

[3] Her forstået som: et sammenhængende sæt af faglige indsigter, standarder og normer og heraf afledte strategier, politikker og praksisteknikker.

[4] Smertelindrende behandling

gistratsafdelingerne og i tæt samarbejde med Sundhedsstyrelsens enhed for sundhedsudvikling i kommunerne.

Kort sagt bærer de forskellige notater og oplæg præg af et afgørende skifte for forvaltningerne fra at være udprægede social- og sundhedsforvaltninger eller social- og ældreforvaltninger til at være sundhedsforvaltninger, der mere entydigt orienterer sig mod en fremskudt plads i den overordnede sundhedspolitik og i mindre grad fastholder de klassiske interventionsområder som hjemmepleje, personlig pleje og omsorg og decideret praktisk bistand, hvor der til kategorien hjemmepleje traditionelt også har hørt hjælp til gennemførelse af sociale aktiviteter og vedligeholdelse af i forvejen eksisterende netværk for den ældre.

Eller som sundhedsøkonom Kjeld Møller Petersens advarede om det forud for gennemførelsen af strukturreformen, at kommunerne med den nye opdeling og hele betalingsordningen angiveligt ville udvikle *sygehussubstituerende foranstaltninger.* Dvs. døgnbemandede akutstuer/afdelinger, sygehuslignende behandlinger og pleje mv. Det ser med den sidste undersøgelse[5], som KL har gennemført over for landets kommuner, ud til, at det er ved at blive en realitet i stor skala, uden at det dog foregår som en ensartet udvikling eller efter en samlet plan.

Med dette bagtæppe og ændringerne af kommunernes faktisk registrerede ansættelsespolitik, hvor man flere steder har vedtaget ikke fremover at ansætte social- og sundhedshjælpere, forekommer det ganske forståeligt og indlysende, at utrygheden breder sig og sætter sig som en slags grundstemning i faggruppen. Men der skubbes også til indre og mindre synlige brudflader inden for faggruppen, som blandt andet er kendetegnet ved fornyet karriereambition hos nogen og resignation og distance hos andre. Der udvikles med andre ord forskellige overlevelsesstrategier, der i øvrigt går i spand med og næres af mange mytedannelser, vandrehistorier og af konspirationstænkning.

Det har betydet (hvilket også kom frem på generalforsamlingen) at en ansættelsespraksis ét sted i forvaltningen i løbet af ingen tid generaliseres gennem

[5] KL: Kommuner overtager behandling fra sygehuse 11. januar 2016

"rygtebørsen" til at gælde hele forvaltningen. Dertil kommer, at der i faggruppen som helhed ganske naturligt udvikles fremtrædende defensive attituder og indstillinger, fordi uvisheden dels er følgesvend og dels næres af, at man officielt, dvs. fra de politiske aktører i almindelighed og fra forvaltningsledelsen i særdeleshed, ikke er særligt præcise og konkrete i de mange rapporter og notater hvad angår fremtidens kompetencebehov og faggruppesammensætning.

Faktisk har det indtil i dag været relativt vanskeligt at danne sig et klart billede af, hvad det er for opgaver og operationer, herunder tværfaglige og tværsektorielle, som faggruppen i modsætning til de andre faggrupper ikke kan kompetenceudvikles til at løse. Det samme gælder et billede af, hvor stor en del af de mere klassiske opgaver, der ikke længere skal løses indenfor kommunernes sundheds- og ældrepleje. Mange af de ændringer, som angiveligt vil komme relativt hurtigt, befinder sig ikke desto mindre stadigt på overskriftsplanet[6], hvilket selvfølgelig ikke gør det nemmere for social- og sundhedshjælperne at forstå, hvorfor der bliver mindre behov for deres kompetencer i fremtiden, og hvorfor selve faggruppen skal udfases.

De svar, som social- og sundhedshjælperne efterspørger, fremgår heller ikke umiddelbart tydeligt af hovedbudskaberne i KL's meget omtalte og ambitiøse udspil fra oktober 2015 – "Sammen om sundhed".[7]

Dermed ikke sagt, at det gennemgående billede er, at hjælperne modsætter sig forestillingerne om paradigmeskifte, ændrede opgavesammensætninger og heraf afledte kvalifikationskrav, som social- og sundhedshjælperfunktionen og uddannelsen ikke kan indfri. *Billedet viser snarere et ønske om håndfast klarhed og indsigt i en ligeså klar strategi for, hvorledes ændringerne skal gennemføres og deres rolle heri.*

[6] Det er først den 5. januar 2015, at regeringen (Sundheds- og Ældreministeriet) har udarbejdet et kommissorium "Kommissorium for udvalg om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen" for det udvalg, der skal udarbejde forslag til, hvordan den nære og sammenhængende sundhedsvæsen skal udvikles.

[7] KL: Sammen om sundhed oktober 2015 – udfordringer og anbefalinger.

Skal hjælperne eksempelvis opskoles på samme måde som hjemmehjælperne i sin tid blev opskolet til social- og sundhedshjælpere (og de forskellige tidligere faggruppebetegnelser blev lukket), eller skal gruppen udfases ved naturlig afgang samtidig med, at nogen hjælpere videreuddannes til social- og sundhedsassistenter parallelt med, at alle ansatte systematisk kompetenceudvikles i forhold til det nye paradigme og de deri indlejrede opgaver?

Det var i brede træk de spørgsmål, som fyldte det meste af debatten på generalforsamlingen. På et tidspunkt, hvor bølgerne i debatten gik højest, greb afdelingsformanden ind og stillede det spørgsmål, som flere godt nok havde kredset om, men som konstant gled i baggrunden:

> Ved vi noget om de realkompetencer, der både findes i organisationen (dvs. fagkollektivet) og bæres af den enkelte social- og sundhedshjælper?

For uanset om udviklingen peger mod generel opskoling af de nuværende social- og sundhedshjælpere eller en mere generel kompetenceudvikling, må det være ikke bare en fordel men en absolut forudsætning for en hensigtsmæssig planlægning, at der findes et mere dybtgående kendskab til, hvilke *realkompetencer*[8] der udfoldes i hjælpernes daglige arbejde og i den organisation, der udgør hjælpernes rammebetingelser [9].

Så vidt vides er en sådan undersøgelse ikke gennemført. Den tilgængelige viden er i udpræget grad anekdotisk og tilfældig, og i bedste fald er den snævert kontekstbestemt og måske slet ikke generaliserbar. Hvad der kunne være ligeså sandsynligt er, at mange realkompetencer ikke er erkendte og bevidste, men i

[8] Realkompetencer anvendes i rapporten om de organisatoriske, sociale og fagspecifikke kompetencer, der overskrider de i uddannelsen beskrevne kompetence- og vidensmål, og som både bæres og udøves individuelt og ligger indbygget i fagkollektivet som viden, regulativer, normer og værdier mv., og som også yngre social- og sundhedshjælpere indsocialiseres i.

[9] Uddannelsesordning for social- og sundhedsuddannelsen 1. august 2015.

det daglige lever et liv som *tavs viden*[10]. Altså noget man realiserer i det daglige arbejde på grundlag af erfaringer og brudstykkevis tilegnet ny viden, men som man bare ikke tænker over.

Konklusionen på formandens spørgsmål og den videre debat blev, at fagforeningen i samarbejde med faggruppeklubben ville gennemføre en undersøgelse af faggruppens realkompetencer og de rammebetingelser, som de selvfølgelig fremkommer indenfor.

Konklusionen skal imidlertid ikke læses som en bagatellisering af betydningen af det kompetenceudviklingsprojekt, der er sat i gang i MSO[11]. Tværtimod er det indtrykket, at projektet besidder høj faglig kvalitet og – hvis det gennemføres som planlagt – kan få afgørende betydning som model for områdets systematiske kompetenceudvikling. Men som projektet fremstår, er det begrænset til hovedsageligt at indfange og udvikle de formelle kompetencer og i øvrigt kun i beskedent omfang inddrager afdækning af rammebetingelserne – altså de grundstrukturer og kulturfællesskaber, hvor kompetencerne også ligger indlejret.

**Beslutning om undersøgelse**
Efterfølgende indgik FOA Århus og Social- og sundhedshjælpernes faggruppeklub en aftale om at gennemføre en undersøgelse inden for ovennævnte temaområde.

Hvad angår undersøgelsesmetode var der enighed om, at det nok ikke ville være muligt at indkredse og afdække hjælpernes realkompetencer gennem en traditionel spørgeskemaundersøgelse alene af den årsag, at man måtte antage, at et bredt spekter af realkompetencerne enten optrådte som tavs viden eller

[10] Tavs viden defineres her som viden, der enten ikke er artikuleret eller bevidst sat på begreb, bl.a. fordi den er udpræget praksisbestemt eller tages for selvfølgelig p.g.a. overleverede kulturspor og kropslig indlejring. Se eks. Steen Larsen: Den ultimative formel for effektive læreprocesser.

[11] MSO: Uddannelses- og kompetenceplan 2014-2016 (28. september 2014) og Obligatorisk sundhedsfaglig kompetenceudvikling for social- og sundhedshjælpere i Sundhed og Omsorg i Århus kommune 16. april 2015 samt bilag. MSO står for Magistraten for Sundhed og Omsorg.

som informel[12] privat viden, der vanskeligt lod sig indfange gennem formelle spørgeskemaer og standardiserede spørgsmål. Der blev bl.a. henvist til FOA's medlemsundersøgelse fra 2004[13] om opskoling til social- og sundhedshjælper og social- og sundhedsassistent, som efterlod en række ubesvarede spørgsmål, fordi undersøgelsen ikke var designet til at uddybe eller omgå de almindelige "automatsvar".

Metodevalget faldt på anvendelse af semistrukturerede[14] interviews af en sådan bredde, at de også levede op til kravet om repræsentativitet. FOA Århus har tidligere anvendt metoden i andre mindre undersøgelser, og har i de tilfælde haft succes med at "grave forhold frem", som enten var helt ny viden eller også informel og ofte anekdotisk "privat" viden, der gennem interviewene kunne gøres officiel og tilgængelig for en efterfølgende målrettet intervention.

Det blev tillige besluttet, at interviewundersøgelsen eksplicit skulle udgå fra hjælpernes eget oplevelsesperspektiv, hvilket samtidig gjorde det helt klart, at det var hjælpernes oplevelser der skulle undersøges og udsiges noget om, hvilket selvklart ikke er ensbetydende med, at forholdene faktisk er, som de opleves og beskrives. Undersøgelsesdesignet skulle dog være så bredt i sin opbygning, at interviewene også kunne indfange rammebetingelser, og at udsagnene og oplevelserne i forhold til sidstnævnte kunne kvalificeres gennem interviews med andre grupper af hjælpere. Disse interviews skulle være målrettet beskrivelse af de faktiske daglige ramme- og arbejdsbetingelser.

Med det udgangspunkt blev det besluttet at igangsætte undersøgelsen. Opgaven med at udarbejde undersøgelsesdesignet og planlægge interviewforløbet

[12] "Informel" anvendes her i stedet for "uformel", idet informel præcist betyder "ikke formel", hvorimod uformel har en række andre medbetydninger af normativ karakter som f.eks. uformel lig afslappet.

[13] FOA undersøgelse: Medlemsundersøgelse om opskoling til social- og sundhedsassistent og social- og sundhedshjælper. November 2004.

[14] Med semistruktureret interview menes et interview, der godt nok er bygget op over en række spørgsmål, men som samtidig åbner op for mere fri dialog og diskussion mellem interviewdeltagerne.

blev overdraget til en konsulent i afdelingen. Hvad angår den praktiske del af undersøgelsen bl.a. tilrettelæggelse af rammevilkår, kontakt til hjælperne, rekruttering af deltagere til interviewene mv., skulle den opgave varetages af faggruppeklubbens formand og næstformand og køre helt uafhængigt af konsulenten, der alene skulle have ansvar for at gennemføre interviewene og udarbejde den endelige rapport.

Sent på efteråret 2015 var samtlige interviewrunder gennemført som første fase. Herefter er forløbet en fase, hvor de gennemførte interviews er blevet transskriberet til sammenhængende og dækkende betydningsbærende beskrivelser. Sidste fase, der afsluttes med nærværende rapport har bestået i fortolkning og analyse af det samlede transskriberede interviewmateriale og udarbejdelse af rapporten.

Rapportens opbygning vil i korte træk blive gennemgået på de næste sider.

# Rapportens opbygning

Rapporten består – bortset fra forordet – af 7 dele, som kort gennemgås nedenfor:

**Del 1**

- Undersøgelsens formål og hovedtemaer, herunder begrundelser og kort beskrivelse af fem hovedantagelser, der er lagt til grund for udformningen af interviewdesignet.
- Beskrivelse i kort optrukket form af de historiske forskydninger indenfor ældreplejen med et afgørende nedslagspunkt ved indførelsen af Frit valgs loven i 2003 som baggrund for undersøgelsens dobbeltdimension: Realkompetencer og rammebetingelser.

**Del 2**

- En nærmere metodebegrundelse og gennemgang af interviewdesignets metodeopbygning, herunder valg af perspektiver indlagt i de underliggende interviewdesign samt en redegørelse for intervieworganisering og rammer.

**Del 3**

- Samlet opgørelse af grunddata og begrundelser for valg af datakriterier. De anvendte grunddata på fem parametre går igen i samtlige interviewgrupper og udgør bl.a. dokumentation for repræsentativiteten.

**Del 4**

- Transskriberet og kondenseret[15] gennemgang af de gennemførte 6 fokusgruppeinterviews. Disse interviews udgør undersøgelsens fundament og omdrejningspunkt. Afsnittet indledes med en kort introduktion til interviewdesignets opbygning og begrundelse herfor, og afsluttes med en kort delkonklusion.

[15] Her defineret som flere udsagn med en stor grad af ensartet indhold fra flere deltagere, der er trukket sammen til et enkelt udsagn

- Transskriberet og kondenseret gennemgang af de gennemførte interviews i de 2 faktagrupper, som benævnes Faktagruppe I. Deltagerne i de to faktagrupper er blevet interviewet om et hverdagsforløb. Afsluttes med en kort delkonklusion.
- Gennemgang af beskrivelserne fra interviewet i Historiegruppen. Interviewet her har været målrettet deltagernes beskrivelse af deres oplevelser af og erindringer om fagets og ældreplejens udvikling gennem de sidste 30 år. Formålet med dette interview har alene været på det deskriptive[16] niveau at opnå en historisk perspektivering. Afsluttes med en delkonklusion.
- Transskriberet og kondenseret gennemgang af et gennemført interview i Faktagruppe II. Deltagerne – disponenterne – er i denne gruppe blevet interviewet om, hvordan den daglige planlægning af opgaverne foregår. Afsluttes med delkonklusion og tentativ perspektivering.
- Transskriberet og perspektiverende gennemgang af det sidste interview gennemført i fremtidsgruppen. Formålet med at interviewe en gruppe hjælpere om deres fremtidsvisioner har været at opspore eventuelle sammenhænge mellem hovedresultaterne fra de foregående interviews og mulige visioner om fremtidens ældrepleje og faggruppens rolle.

**Del 5**
- Overordnet evaluering af metoden og organiseringen i forhold til undersøgelsens formål og opgave.

**Del 6**
- Samlet analyse og diskussion i to dimensioner baseret på de foregående afsnits delanalyser.

**Del 7**
- Afsluttende bemærkninger mv.

**Dertil kommer:**
Litteraturliste og bilagsliste med de anvendte interviewdesign.

[16] Fagprofessionelt begreb for: beskrivende niveau i modsætning til f.eks. analyseniveau.

# DEL 1

## Undersøgelsens formål, begrundelser og grundudgangspunkt

## Kort rids af social- og sundhedshjælper funktionens udvikling

# Undersøgelsens formål, begrundelser og grundudgangspunkt

Undersøgelsen af social- og sundhedshjælpernes realkompetencer og daglige rammebetingelser, som kort blev skitseret i forordet, har som primær opgave for det første at indkredse omfanget og typer af realkompetencer og for det andet samtidig undersøge, hvordan de praktisk udfolder sig og inden for hvilke konkrete rammebetingelser, herunder forvaltnings- og ledelsesstruktur og arbejdsorganisering.

Dvs. undersøgelsens genstand er ikke hjælpernes formelle kompetencer, men først og fremmest de kompetencer, der ligger ud over dem, man kan forvente at finde i relation til deres uddannelse og funktionsbeskrivelser, men som ikke desto mindre indgår som en væsentlig faktor i det daglige arbejde.

Undersøgelsen har med udgangspunkt i ovennævnte to formål:

- At indkredse og beskrive social- og sundhedshjælpernes realkompetencer
- At beskrive de gældende rammebetingelser og deres konsekvenser på arbejdsstederne for social- og sundhedshjælpernes daglige arbejde set fra de interviewedes perspektiv.

Begrundelsen for overhovedet at undersøge disse forhold er dels hele den overordnede kompetencedebat i forbindelse med de dybtgående forandringer inden for det samlede sundhedsvæsen, men nok så meget hjælpergruppens anekdotiske henvisninger til, hvor meget mere hjælperne kan i forhold til de kompetencer, der formelt tillægges gruppen. Kort sagt har det i sig selv været en igangsættende begrundelse, at social- og sundhedshjælperne selv mener, at de har mere at byde ind med i fremtiden, end det er forventningen i den almindelige offentlige debat og design af kompetenceudviklingssystemer, der er under udvikling inden for hele sundhedsområdet i almindelighed og ældreområdet i særdeleshed.

En yderligere begrundelse for at gennemføre undersøgelsen, der netop skal *indkredse* hjælpernes formodede realkompetencer, er en almindeligt accepte-

ret erkendelse af, at en meget stor del af den viden, der er opbygget og akkumuleret i mange praksisfag, kan henføres til begrebet "tavs viden". Altså viden, der kun løseligt og ofte ufuldstændigt er sat på begreb og indplaceret i et fagligt koncept. Ofte eksisterer tavs viden som systematiserede praksishandlinger og ikke mindst internaliserede erfaringer og kontekstbestemte rutiner, der gør det muligt at løse opgaver driftssikkert og på et relativt højt kvalitetsniveau. Den tavse viden kan siges at *understryge* den formelle og artikulerede viden, hvor det hovedsageligt er sidstnævnte, der ses og høres, men hvor det ved nærmere undersøgelse viser sig, at det er førstnævnte, som skaber og strukturerer de egentlige formidlinger, så der skabes en helhed.

I sagens natur kan man således ikke spørge direkte ind til viden, der er tavs eller ikke fuldt bevidst endsige oftest kun erkendes i "småbidder". Det implicerer, at spørgedesigns, som hovedsageligt retter sig mod kortlægning af en faggruppes formelle kompetencer, sjældent vil opfange de andre kompetencer, der ikke desto mindre virker som en socialt- og *fagligt enzym* for de formelle kompetencers udfoldelse.

Nærværende undersøgelse går ud fra som accepteret antagelse, at der i alle faggrupper, som for det meste fungerer i et givent system, eksisterer en vis sum af informel viden både hos den enkelte, hos grupper og i hele faget. Måden denne viden artikuleres på og sættes ind i realsituationerne udgør en vigtig indikator for en ganske bestemt professionel kultur men også som en "føler" på kulturen i det system eller den konkrete organisation, faggruppen fungerer indenfor.

Dvs. en organisation kan for det første fremme eller hæmme udfoldelsen og indsættelsen af de uformelle kompetencer. For det andet kan den fremme eller hæmme ophøjelsen/omformningen af de uformelle til formelle kompetencer. Altså et organisationsklima, hvor bestræbelsen på at dyrke og synliggøre det ellers usynlige er formuleret som selvstændigt styrende mål.

Som det fremgår, og som det vil fremgå længere fremme, bygger hele undersøgelsen på et samlet sæt af antagelser samt en forestilling om, at social- og sundhedshjælperne faktisk besidder en række uformelle kompetencer, der virker i

dagligdagen uden for den synlige horisont, og at disse kompetencer sættes i spil inden for nogle ganske bestemte organisatoriske og styringsteknologiske grundbetingelser. Dermed også sagt, at der ikke hersker en forudgående opfattelse af, at MSO er en organisation, hvor man bevidst har arbejdet med at synliggøre og udvikle faggruppernes og i hvert fald ikke social- og sundhedshjælpergruppens realkompetencer eller uformelle viden og handlekompetencer.

**Grundudgangspunkt: 5 grundantagelser**
Herunder vil vi kort gennemgå de *fem grundantagelser,* der har styret udformningen og rammesætningen af selve undersøgelsesdesignet. Da der hersker en forholdsvis stor konsensus på området, vil der til gennemgangen af antagelserne ikke blive knyttet en mere udfoldet argumentation for den enkelte antagelse. Se bl.a.[17].

- Viden og kompetencer, *formelle som uformelle,* artikuleret såvel som *tavs* viden, er relationelle, hvilket betyder, at de altid tilegnes, udfoldes og ændres i et socialt- og systemisk samspil.
- Bærere af faglig viden og kompetencer indgår altid i et bestemt videns-system, hvor disse sættes i spil inden for en bestemt formålsrationalitet og bestemte udfoldelsesbetingelser.
- Kompetencesystemer er, som de kendes i dag, hierarkisk opbyggede og indgår som undersystemer i større funktionssystemer, der er formålsbestemte og fungerer inden for en ramme af mere eller mindre veldefinerede mål.

[17] Mogens Hansen: Intelligens og tænkning – kognitiv psykologi 1998, Jørgen Frode Bakka et al: Organisationsteori, struktur og kulturprocesser 4. udg. 2004, Richard Sennett & Jonathan Cobb: The hidden injuries of class, 1993.

- Viden og kompetencer er paradigmatiske[18], der aldrig er i hvile, men under konstant men ikke altid umiddelbart synlig udvikling, hvorfor paradigmeskift ofte opleves som større skift i sprog, diskurs[19], formåls- og målændringer.
- Forudsætninger for at sætte sine kompetencer i spil på en hensigtsmæssig måde afhænger ikke kun af bæreren, men i lige høj grad af bærerens strukturelle og hierarkiske placering, herunder adgangen til strukturel anerkendelse[20] og involvering i hele systemets opbygning og samlede funktionsmåde. Når begrebet "strukturel anerkendelse" anvendes, er det for at sondre mellem det enkelte gruppeindivids mulighed for anerkendelse og gruppens generelle anerkendelsesbetingelser, hvor strukturel anerkendelse henviser til sidstnævnte.

Formålsbestemmelsen og dens tematisering i de to beskrevne undersøgelsespunkter samt de 5 grundantagelser udgør således det samlede grundlag for udarbejdelsen af undersøgelsesdesignet og har virket som ledetråd for de metodetilpasninger, der er foregået hen ad vejen.

I næste afsnit vil der kort blive gjort rede for de forudsætninger, der udgør den overordnede ramme for fagets udvikling og de ændrede betingelser for udøvelsen af faget i dagligdagen.

[18] Begrebet paradigme anvendes her efterfølgende korte definition: Et sammenhængende mønster af accepterede måder at tænke på, herunder begrundelsesgyldighed, gyldighed i omverdenstolkninger og hertil hørende diskurs og dagligsprog, der virker bestemmende ind på, hvad der meningsfuldt kan siges.

[19] Diskurs anvendes her i betydningen: en sammenhængende kæde af sproglige udsagn, vendinger og betydninger, og argumentationsformer, der på et givet tidspunkt udgør de rammer, der kan samtales meningsfuldt indenfor i et samfund eller indenfor større sociale grupper.

[20] Her tænkes på de anerkendelsesmåder (an-erkendelse, dvs. forstået som erkendelse af den andens gyldighed og betydning, hvilket ikke er det samme som accept eller respekt) og traditioner, der ligger indbygget i en given organisation eller et givet system.

# Kort rids af social- og sundhedshjælper funktionens udvikling

Som alle andre fag inden for sundhedsområdet har social- og sundhedshjælperfaget ændret sig betydeligt gennem de sidste tyve år både hvad angår opgaver, opgaveorganisering uddannelsesprofil, rekrutteringsgrundlag og ikke mindst fagkultur.

Groft taget kan man med en vis rimelighed inddele de sidste tyve års udvikling i to perioder, hvor vi angiveligt står på tærsklen til en ny periode.

Frem til vedtagelsen og implementeringen af Frit valgs loven i 2003 tegner der sig et billede af Social-og sundhedshjælperfagets udvikling, som vel bedst kan karakteriseres som voksende professionalisering i takt med, at kommunerne i bl.a. samarbejde med socialministeriet indgik i adskillige forsøg for at harmonisere ældreplejen i almindelighed og hjemmeplejen i særdeleshed.[2122]

Ældreplejen og hjemmeplejen blev systematiseret og underlagt strammere og mere professionel styring op gennem 90'erne. Især hjemmeplejen blev i højere grad end tidligere tænkt og set som et større sammenhængende og tværfagligt indsatsområde, der matchede hele filosofien om borgerne længst muligt i eget hjem. Med den demografiske udvikling og de voksende krav til, at borgerne også trivedes og bibeholdt deres funktioner og rimelige livsvilkår i eget hjem, blev der formuleret øgede krav til social- og sundhedshjælpernes grunduddannelse og forudsætninger for at kunne indgå i det tværfaglige samarbejde.[23]

Man kan sige, at professionaliseringen forløb forholdsvis kontinuerligt og fremadskridende uden de helt store og afgørende brud frem til indførelsen af

[21] Kurt Alling Nielsen: Hjemmehjælp – en håndbog.

[22] KL: Servicetjek på ældreområdet, 1999

[23] AKF Rapport: Hjemmehjælp og ældres velbefindende ved: Eigil Boll Hansen, Leena Eskelinen og Jan Kargaard Madsen 1999 og AKF: Fleksibel hjemmehjælp er guld værd, 1999 og Amtsrådsforeningen: Fem danske plejeprofiler, 2001, og Fremtidens plejeprofil 2001.

Frit valgs loven i 2003. For selv om flere af de elementer, der kom til at indgå i loven om frit valg, allerede var foregrebet op gennem 90'erne, er det først med loven, at de bliver gjort obligatoriske for alle kommuner og kommer til at danne udgangspunkt for hele områdets organisering.

Det drejer sig bl.a. om indførelse af "objektiv visitation", hvor visitationen blev flyttet fra den enkelte social- og sundhedshjælper samt umiddelbart foresatte til en særskilt enhed, der ikke var impliceret i selve plejen og den daglige drift. Hertil kommer forskellige forsøg med tidsmålinger og tidsstyring som grundlag for udgiftskalkulationer og effektivisering af hele området. I kølvandet på disse forsøg blev der også indledt en række forsøg med systematiseret pleje, udvikling af kvalitetsstandarder og dokumentationsmetoder mv.[24] [25] [26]

Objektiv visitation, overordnede kvalitetsstandarder, tidsstyring og allokering af ressourcer kommer til at udgøre grundelementerne i Frit valg som udgangspunkt for en ligestilling af de kommunale og private udbydere af hjemmepleje. Men selv om en del af lovens bærende elementer allerede var implementeret i hjemmeplejen før 2003, gennemgår de en væsentlig ændring med loven, i og med at de skal indgå i et sammenhængende system af omkostningsberegninger som grundlag for afregningspriserne over for henholdsvis de kommunale og private udbydere[27]. Man kan således godt sige, at social- og sundhedshjælperfaget gennemløber en voldsom og afgørende ændring på ganske kort tid, der vender op og ned på ikke alene fagvinklen men vel først og fremmest på de daglige betingelser for social- og sundhedshjælpernes udøvelse af faget[28].

[24] Afsluttende rapport: Den gode pleje, Socialministeriet 2000.

[25] Regeringen: Tid til status – erfaringer med frit valg, 2005

[26] Katrin Hjort: Modernisering af den offentlige sektor, 2001

[27] BUM modellen, som er en forkortelse af Bestiller – Udfører – Modtager, hvor bestilleren er en adskilt enhed fra udførerenheden, og hvor udførerenheden kan væren enten en kommunal enhed eller en privat virksomhed, og hvor modtageren (borgeren) kan vælge mellem en kommunal- eller en privat serviceydelse. Prisen for ydelsen er i princippet den samme. Det er kvalitetsforskellen, der er afgørende for borgerens valg.

[28] Sine Lehn-Christiansen, RUC phd. afhandling: Sosu-hjælperne umyndiggøres af regeltyranni, 2011

Hvor social- og sundhedshjælperne tidligere havde haft en relativt stor indflydelse på tilrettelæggelse og udførelse af deres daglige arbejdsopgaver og funktioner, hvilket selvfølgelig også har udviklet en ganske bestemt kultur (behandles særskilt senere), blev de med frit valgs loven i løbet af en ganske sammenpresset periode underlagt en hidtil ukendt grad af fremmedstyring – officielt objektiv og standardiseret styring. De skulle udføre pleje, omsorg og praktisk bistand ud fra et bestemt servicekoncept defineret ved en række kvalitetsstandarder, som de ikke havde nogen indflydelse på, hvor de tidligere i samarbejde med nærmeste ledere helt modsat havde defineret plejen, omsorgen og niveauet for praktisk bistand på ad hoc basis – dvs. ud fra egne/fælles behovsvurderinger af borgernes udtrykte behov.[29]

Skiftet er paradigmatisk i den forstand, at hele sproget og den formelle identitetsbeskrivelse og efterfølgende opfattelse ændrer sig i og med lovens indførelse. I lighed med ændringerne i hele det offentlige system tales der nu konsekvent om hjemmehjælps-*service*. *Service*begrebet i forhold til et objektivt defineret behov bliver nu den gennemgående tanke- og forståelsesfigur.

Det får yderligere den konsekvens, at social- og sundhedshjælperens identitet ændres fra at være en *offentlig social- og sundheds hjælperidentitet* til at blive en *udøver af social- og sundhedsområdets serviceydelser* ikke meget forskellig fra servicebegrebet på det private område.

Den efterfølgende udvikling inden for området op gennem 00'erne og frem til nu, hvor der sandsynligvis – hvis man ellers skal tage de mange spændinger og nyformuleringer for pålydende – er et nyt paradigmeskift på vej, har gennemløbet forskellige faser fra en meget ufleksibel tids- og omkostningsstyring til forskellige blødere udgaver, hvori også er indgået modificerede mål-ramme elementer. Udviklingen har dog ikke ændret meget i fremmedstyringen og social- og sundhedshjælpernes reducerede indflydelse på opgavedefinition og tilrettelæggelse.

[29] KL: Økonomistyring i bevægelse – udfordringer og værktøjer, 2006

*Før Frit valgs loven definerede social- og sundhedshjælperne i høj grad selv plejen, omsorgen og niveauet for praktisk bistand ud fra egne/fælles behovsvurderinger af borgernes udtrykte behov.* *Foto: Colourbox*

Det paradigmeskifte, der angiveligt er på vej, kan forbindes med udviklingen inden for hospitalssektoren med krav om løbende produktivitetsforbedringer, forebyggelse af indlæggelser og tidligt opsporende indsatser i kommunerne og i det primære sundhedssystem. Dertil kommer ønsket om at "holde borgerne ude af systemet" og målrette en større del af det formelle fokus på borgernes funktions- og habilitetsbevarelse bl.a. gennem tidlig opsporing af potentielle problemer og systematisk rehabiliteringsindsats som et formuleret indsatsområde. Trenden går derfor mod en større integration af ældreplejen i det samlede *sundhedsvæsen,* hvor flere behandlings- og plejeopgaver placeres uden for hospitalerne, og hvor borgere, der tidligere næsten pr. automatik modtog offentlig hjælp, hjælpes/rehabiliteres til at klare sig selv og leve på en måde, så tab af funktioner udskydes eller reduceres[30].

[30] KORA, Eskild Klausen Fredslund og Susanne Reindahl Rasmussen: Ældres forbrug af sundheds- og hjemmeplejeydelser – betydende økonomiske faktorer, 2015, og KORA, Eigil Boll Hansen: Ældres deltagelse i hverdagsrehabilitering – muligheder og udfordringer, 2015.

Disse omorienteringer, der foregår løbende og absolut ikke efter en klar linje inden for det overordnede paradigmeskifte, indebærer også, hvad der er interessant for denne undersøgelse, et fokusskifte væk fra *fortællingen* om de mere "traditionelle hjemmehjælpsopgaver" og den traditionelle social- og sundhedshjælper-identitet – en identitetsopbygning, der har været baseret på pleje og omsorg inden for det, man kan kalde "normalområdet" og med vægt på det sociale perspektiv, og som i dag står i et spændingsforhold til et mere diagnoseorienteret og sundhedsinstrumentelt perspektiv (bl.a. telemedicin og "velfærdsteknologiske" løsninger) defineret ved større formelle sundhedsfaglige krav til plejen og med øget vægt på at løse komplekse plejeopgaver, der tidligere blev løst på hospitalet, samt og ikke uden betydning øget formalisering af borgerkontakten.[31]

Hvor plejen og omsorgen – herunder den praktiske bistand – først og fremmest blev styret af det sociale perspektiv, og hvor social- og sundhedshjælpernes daglige praktiske arbejde i en vis forstand var indfældet i borgernes hverdag og sociale netværk, har faget og funktionskravene udviklet sig til at indgå i et højt professionaliseret og centralt styret system af social- og sundhedsrelaterede serviceydelser med en anden afstand mellem borger og social- og sundhedshjælper end tidligere for i fremtiden yderligere at blive rettet mod *levering af sundhedsydelser* med mindre vægt på det snævre lokale sociale element.

Der er således tale om, at faget og de systemiske betingelser har ændret sig ganske voldsomt inden for de sidste tyve år og især inden for de sidste ti år. Og med de ændringer i forbindelse med udrulningen af det sammenhængende- og nære sundhedsvæsen, der først er i færd med at blive foldet ud og virkeliggjort, og hvor en større del af de kommunale sundhedsressourcer allokeres til kompleks pleje – eller hvad man kunne kalde sygehussubstituerende indsatser – er det ganske forståeligt, at der officielt er igangsat en debat om fremtidens kompetenceprofiler inden for ældreplejen og det nære sundhedsvæsen.

[31] Niels Åkerstrøm Andersen: Borgerens kontraktliggørelse 2003. Socialministeriet: Hvad er kvalitet? Ældreplejen til debat, 2005. KL: Sammen i sundhed, afsnittet Kvalitet i de kommunale indsatser, 2015.

Sådanne drøftelser må nødvendigvis også indebære en vurdering af, om der på sigt er brug for social- og sundhedshjælper faggruppen, subsidiært[32] om der skal gennemføres en systematisk kompetenceudvikling eller direkte opskoling af social- og sundhedshjælperne i lighed med det omfattende opskolingsprogram (fra social- og sundhedshjælpere til social- og sundhedsassistenter), der blev gennemført tidligere, hvor hjemmehjælperne blev opskolet til social- og sundhedshjælperne.

Men uanset hvilket fokus og hvilke løsningsmodeller, de enkelte kommuner vælger – og der kan registreres meget forskellige tilgange fra kommune til kommune[33] – er det ganske forudsigeligt, at selve overgangssituationen aflejrer en vis frygt for fremtiden hos hjælpergruppen og skaber en overgribende oplevelse af utryghed overfor, hvad fremtiden bringer.

Angiveligt kan det ikke være meget anderledes, men de stadig ufuldstændige udviklingskonturer indvirker desuagtet på social- og sundhedshjælpernes daglige arbejdsvilkår og virker også ind på de hidtil kendte rammebetingelser, der i dag må siges at være i opbrud. Det sidste forhold danner, som nævnt i forordet, udgangspunkt for undersøgelsen og begrunder tillige inddragelse af social- og sundhedshjælpernes oplevelse af vilkårene og de givne rammebetingelser.

Undersøgelsen udgår således fra det faktum, at der er et paradigmeskifte under udfoldning uden at beskæftige sig med, hvor meget der på indeværende tidspunkt er ideale fordringer og plankrav, og hvor meget der er realiteter. Undersøgelsen begrænser sig til alene at indkredse og afdække faggruppens reale kompetencer, sådan som de har udviklet sig og indgår i daglige praksis og den måde, disse sættes i spil inden for de af faggruppen oplevede vilkårsændringer.

[32] Subsidiær, her defineret som noget, der træder i stedet for noget andet, som dermed bortfalder. Bl.a. hvis der sker en systematisk og obligatorisk opskoling af hjælpergruppen til assistenter, bliver spørgsmålet om gruppens videre bestående, herunder rekrutteringsovervejelser gjort overflødigt.

[33] Referat fra faggruppelandsmøde i FOA 19-20. maj 2015: tilbagemeldinger fra repræsentanter fra en række kommuner af forskellig størrelse og beliggenhed.

# DEL 2

Kort redegørelse
for undersøgelsesmetode

# Kort redegørelse for undersøgelsesmetode

Som der blev redegjort for i forordet, lagde selve undersøgelsens genstand og karakter op til, at metoden skulle bygges op over det semistrukturerede interview som gennemgående redskab til at indkredse deltagernes realkompetencer, informelle viden og vidensudveksling sat i forhold til de eksisterende rammebetingelser.

Ved metodevalg gik overvejelserne på, om vi kunne anvende et traditionelt spørgeskema med den sædvanlige svarvariabel. Muligheden blev hurtigt afvist ud fra det synspunkt, at når vi antog, at en del af realkompetencerne foldede sig ud som tavs/kulturindlejret viden, ville det ikke give mening at opstille meget formelle spørgsmål, der kun ville kunne besvares formelt på grundlag af en bevidst besvarelsesproces[34].

Valget faldt derfor på gennemførelse af semistrukturerede interviews, der både skulle være tematisk opbygget og organiseret på en måde, der gav mulighed for en dynamisk og afdækkende betydningsudvikling i løbet af interviewet. Der var også enighed om, at interviewene måtte designes, så de stod i et logisk forhold til formålet og tog højde for de opstillede antagelser.

## Teknisk gennemgang af metoden

Interviewdesignet måtte med andre ord konstrueres på en sådan måde, at det kun indirekte nærmede sig de egentlige undersøgelsestemaer, hvilket tillige skulle aftegne det senere *fortolkningsrum,* når der efterfølgende skulle transskriberes. Designets mange indirekte spørgsmål sat i forhold til undersøgelsestemaerne skulle også give rum for deltagernes indbyrdes debat og således fremme en dynamisk betydningsproduktion forstået som en fremadskridende indsigt hos deltagerne i, hvad de faktisk kan og gør. Tillige skulle spørgsmålenes struktur formes på en måde, der også afdækkede deltagernes egen op-

[34] Peter Dahler-Larsen og Hanne Kathrine Krogstrup (red): Tendenser i evaluering, 2001 og Peter Dahler-Larsen: Den rituelle refleksion, om evalueringer i organisationer, 2005

levelse af de givne rammebetingelser for ad den vej også at indfange nogle typiske træk i gruppens positionsplacering i organisationen og oplevelse heraf.

Yderligere skulle fremgangsmåden sikre en relativ høj grad af reliabilitet[35] og konsekvent medtænke den grundlæggende systemiske tilgang til hele problematikken. Af hensyn til validiteten[36] blev det besluttet, at der skulle gennemføres en serie af *efterinterviews,* hvor de enkelte interviewmoduler i rækken skulle indtage forskellige funktioner og tjene forskellige formål. Således måtte der skelnes mellem hovedinterviewet – eller fokusgruppeinterviewet – og efterfølgende interviews, der enten var strengt sagorienteret (eks. redegørelse for forløbet af en arbejdsdag) eller historisk perspektiverende af fokusgruppeinterviewet. Hensigten var gennem en indirekte tilgang at vurdere og kvalificere/modificere værdien af interviewresultaterne fra fokusgruppeinterviewet.

Det samlede undersøgelsesdesign er inspireret af Steinar Kvales forskellige afhandlinger om kvalitative forskningsinterveiws dog tilpasset den konkrete undersøgelsesopgave og de konkrete undersøgelsesforhold.[37] Dertil kommer inspiration fra Richard Sennetts og Jonathan Cobbs store forskningsprojekt fra 1969[38]. Det gælder især deres forskningsmetoder og ikke mindst diskussion af samme i relation til undersøgelse af større socialgruppers værdi- og selvforståelse.

Navnlig er det imidlertid vigtigt med en enkelt reference til Hans Gullestrups strukturelle kulturmodel (Figur 1, side 32), hvor kulturbestemmelser inddeles i tre lag inden for en hierarkisk ordnet struktur.

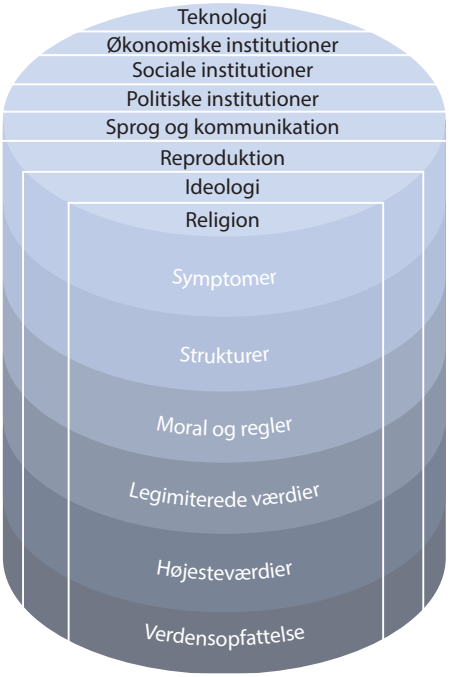
[35] Reliabilitet her forstået i sin simpleste definition som pålidelighed.

[36] Validitet her forstået som vurderet værdi i forhold til undersøgelsestemaet.

[37] Bl.a. Steinar Kvale: Interview, en introduktion til det kvalitative forskningsinterview, 1997 og I Andersen: Valg af organisations-sociologiske metoder, 1990.

[38] Richard Sennett & Jonathan Cobb: The hidden injuries of class 1993.

**Figur 1: Kulturens områder og niveauer**




Kilde: "Kultur, kulturanalyse og kulturetik – eller hvad adskiller og hvad forener os?", Hans Gullestrup, Akademisk Forlag, København, 1992

Det nederste lag, der består af

a. Alment accepterede højeste værdier og partielt legitimerede værdier, der sjældent optræder i ren form.
b. Styrende moral- og regellag, som dog ikke altid er fuldt observerbare.
c. Det øverste umiddelbart oplevelsesbare symbollag, der for meste optræder som forskellige emblemer i en organisation (kan f.eks. være symbolerne/ikonerne for de "fem ledetråde" i MSO).

Denne model har bl.a. indgået som orienteringskompas i samtlige interviews.[39]

[39] Hans Gullestrup: Kultur, kulturanalyse og kulturetik – eller hvad der adskiller og forener os, 1992.

I nærværende undersøgelses designopbygning indgår Steinar Kvales 7 stadieprocedurer, som er blevet forenklet og modificeret, idet det efter flere overvejelser blev besluttet at erstatte båndoptagelser med interviewnoter ud fra tidligere erfaringer, hvor transskriberingen af interviewnoter har vist sig afdækningsmæssigt produktiv samtidig med, at fremgangsmåden gjorde interviewsituationen mere dynamisk. Selv om den valgte fremgangsmåde er omstændelig og behæftet med en mulig risiko for fortolkningsmæssige fejl, blev den altså foretrukket, fordi den kan virke produktivt ind på den efterfølgende fortolkning. Begrundelsen herfor er, at der i metode er indbygget flere "frem og tilbageløb", som kan vise sig at afdække nye vinkler, der måske ville gå tabt ved en mere mekanisk transskribering fra bånd til tekst.

Men bortset herfra følger designets procedure Steinar Kvales 7 stadier:

- Tematisering og formålsindkredsning
- Udarbejdelse af design, herunder relevant inddragelse af erfaringer fra det forudgående feltarbejde
- Interviewforløbet
- Transskribering, herunder dynamisk betydningsproduktion og konfrontation af forforståelser
- Analyse, herunder analyse af resultaternes validitet
- Verificering eller i hvert fald en angivelse af undersøgelsesresultaternes generaliserbarhed, herunder deres pålidelighed
- Sammenskrivning af undersøgelsens resultater.

Med valg af metode afstod vi dermed, som det fremgår, også fra ambitionen om at levere det, man kan kalde objektivt valide resultater. Men her skal der huskes på, at det heller ikke var udgangspunktet for undersøgelsen, der alene har til formål at indkredse hjælpernes realkompetencer og de rammer inden for hvilke, de bliver udfoldet og sat i spil.

Hertil knytter der sig et underliggende formål i valget af undersøgelsesmetode, og det var ønsket om, at deltagerne gennem interviewene kollektivt frembragte en større bevidsthed om deres kompetencer og daglige realpraksis. Der skulle med andre ord også indgå et dannelsesaspekt i undersøgelsesmetoden med det formål, at deltagerne selv kunne tilegne sig en større indsigt i deres egne vilkår

og de systembetingede processer, der dagligt er indfældet i opgaveløsningerne med henblik på ændret praksis og bredere svarrelevans i de mere formelle kompetenceafklaringsprocesser, som gennemføres i MSO.

## Interviewdesign

**Det samlede interviewdesign består af fem interviewmoduler, der både er adskilt i funktion, tema og udformning:**

1. Fokusgruppeinterview, som er struktureret i 6 underkategorier og primært tematiseret i forhold til undersøgelsens formål. Det foreliggende fokusgruppeinterview skulle gennemføres i 6 deltagergrupper med ca. 10 deltagere i hver gruppe.
2. Forløbsinterview, hvor deltagerne skulle redegøre for forløbet af en almindelig arbejdsdag/arbejdsuge i fortrinsvis dag- og aftenvagt i både plejeboligerne og hjemmeplejen. Forløbsinterviewet skulle gennemføres i 2 deltagergrupper med ca. 10 deltagere i hver. Formålet med interviewet var hovedsageligt at kvalificere/indikere pålideligheden af resultaterne fra fokusgruppeinterviewet set ud fra et rammeperspektiv.
3. Et historieinterview som et overgribende historisk forløbsinterview med ca. 10 deltagere i gruppen med henblik på at indfange eventuelle kultur- og kompetenceoverleveringer fra tidligere tiders opgaveformulering og organisering af især hjemmeplejen og tillige historisk perspektivering af resultaterne fra fokusgruppeinterviewet.
4. Et faktagruppe-interview med ca. 10 deltagere, hvor en gruppe centralt placerede social- og sundhedshjælpere uden ledelseskompetence interviewes om den reelt fungerende organisering af deres kollegers daglige arbejde med henblik på en beskrivelse af et eventuelt gab mellem det oplevede og det faktisk forekommende.
5. Et fremtidsinterview (ca. 10 deltagere) med det formål at indkredse faggruppens eventuelle forestillinger om fagområdets udvikling og i tilknytning hertil forestillinger om forvandling af deres realkompetencer til formalkompetencer sat i relation til de forudgående interviewresultater.

## Fokusgruppeinterviewet

Interviewdesignet indeholder 36 spørgsmål fordelt i 6 underkategorier. Som det fremgår, bevæger spørgsmålene sig fra at omhandle formelle rammer og

grundlag over spørgsmål til formelle og reale kompetencer til spørgsmål om, hvordan de reelt arbejder i dagligdagen og deltagernes betingelser for at løse opgaverne.

**Kategorierne og deres kronologiske orden er opbygget således:**

1. At besvarelserne fortæller noget om deltagernes kendskab til den samlede organisation og de formelle rammer. Betydningen af dette kendskab eller mangel på samme fortæller noget om deltagernes kontekstbevidsthed og viden om, hvorledes ens kompetencer og potentialer kan sættes i spil på en relevant og hensigtsmæssig måde ud fra antagelsen af, at jo mere, man ved om de formelle spilleregler, desto nemmere er det at begrebsliggøre ens position og rolle og afstemme forventninger eller få øje på egne potentialer i forhold til givne situationer.
2. At besvarelserne fortæller noget om, deltagernes kendskab til de formelle beskrivelser af funktioner og indsatsområder. Det giver et billede af hvilke betingelser, deltagerne har for at sætte egne kompetencer hensigtsmæssigt i spil samt et billede af begrebssproglige færdigheder i fagkulturen – færdigheder, der har betydning for videre tilegnelse af nye færdigheder.
3. At besvarelserne fortæller noget om forholdet mellem formelle kompetencer, det formelle syn på gruppen og deltagernes daglige ageren, hvor deres reelle kompetencer sættes i spil og udvikles samt omfanget af "tavs viden" og ikke formelt anerkendt kompetence.
4. At besvarelserne fortæller noget om, hvad de egentlig kan og gerne vil i forhold til forventninger og efterspørgsel efter deres kompetencer, herunder deres placering i det samlede kompetencehierarki og deres bevidsthed om dette.
5. At besvarelserne fortæller noget om den løbende og faktiske og systematiske kompetenceudvikling for at afdække, om der i selve organisationen findes potentialer, der ikke udnyttes eller dyrkes konsekvent – også kaldet strukturelle udviklingsfremmere – og barrierer.
6. At besvarelserne fortæller noget om hverdagen som mulig medvirkende årsag til manglende kompetenceudvikling eller decideret kompetencehenfald.

**I selve interviewet skulle der observeres på:**

1. Sproglig fremstillingsform, besvarelsernes karakter og anvendelse af begreber.
2. Deltagernes indbyrdes kommunikation – lukkethed, åbenhed mv.
3. Selvvurdering/selvopfattelse og forhold til fag.
4. Selvvurdering i forhold til andre faggrupper.
5. Selvvurdering i forhold til formelle rammer og strukturel placering.

**Begrundelsen for fremgangsmåde har, som beskrevet, været antagelsen af:**
*At læring og udvikling af potentialer altid foregår i en bestemt kontekst og inden for eksisterende statushierarkier, der enten kan fremme eller hæmme læring.*

**Undersøgelsen skulle endvidere udgå fra den antagelse:**
At grundlaget for udvikling af en bestemt gruppes kompetencer i et hvilket som helst system ikke skal findes i at studere fremmende eller hæmmende læringsfaktorer i/hos den enkelte, men ved at studere hele systemet. Groft sagt skal man ikke spørge til, hvad x eller y kan, men hvad der i konteksten skal til, for at x og y kan udvikle de fornødne kompetencer.

**Det vil sige, at hele logikken i opbygningen af interviewguiden er:**
*Gennem spørgsmål til x antal deltagere at nå frem til at kunne beskrive de bagved liggende kompetencestrukturer, herunder fremmende og hæmmende faktorer, hvor den enkelte først og fremmest anskues som "strukturbestemt bærer" af et systems indre "fremmere" og "hæmmere".*

## Øvrige interviews

De øvrige 4 interviewmoduler er bygget op omkring ganske få spørgsmål og en række hjælpespørgsmål, hvis hovedformål skulle være at styre interviewet og deltagernes indbyrdes dialog og diskussion. Altså en art hjælpespørgsmål/procesfremmere og ikke mere.

## Organisering af interviews i det samlede design

Det blev besluttet at opdele og strukturere hele interviewforløbet på følgende måde:

- **Fokusgruppeinterview:** Der skulle gennemføres interviews i 6 grupper med et deltagerantal på ca. 10 social- og sundhedshjælpere. Interviewtid 2.5 time pr. gruppe.
- **Faktainterview I:** Gennemførelse af interviews i 2 grupper med et deltagertal på ca. 10 social- og sundhedshjælpere. Interviewtid 2.5 time pr. gruppe.
- **Historieinterview:** Gennemførelse af interview i 1 gruppe med et deltagertal på ca. 10 social- og sundhedshjælpere. Interviewtid 2.5 time.
- **Faktagruppeinterview II:** Gennemførelse af interview i 1 gruppe med et deltagertal på 10 social- og sundhedshjælpere og interviewtid på 2.5 time.
- **Fremtidsinterview:** Gennemførelse af interview i 1 gruppe med deltagertal på ca. 10 social- og sundhedshjælpere og interviewtid på 2.5 time.

Begrundelsen for at gennemføre interviews med så relativt store grupper var/er ønsket om dels at skabe det gruppepsykologiske grundlag for den ønskede dynamiske betydningsproduktion og dels at sikre en vis bredde i hver gruppe m.h.p. indkredsning af eventuelle lokalt bestemte forskelle i den samlede organisation.

## Udvælgelse og rekruttering af deltagere

■ **Fokusgruppeinterview**

6 grupper med 10 deltagere i hver på grundlag af en overordnet fordeling på ca. fem fra hjemmeplejen og fem fra plejeboligerne.

Bruttorekrutteringen blev sat til ca. 70 – 80 deltagere for at sikre en gennemsnitsdeltagelse på 10 deltagere i hver gruppe.

**Sammensætningskriterier:**

- Hver gruppe skulle bestå af deltagere fra de forskellige distrikter. Ingen interviewgruppe måtte have en overrepræsentation fra ét distrikt.
- Mindst 1 deltager fra henholdsvis hjemmeplejen og plejeboligerne skulle være fra henholdsvis aften – og nattevagt. Det giver sammenlagt 4 deltagere fra aften/nat og 6 deltagere fra dagvagt fra henholdsvis hjemmeplejen og plejeboligerne.
- Der skulle være tre deltagere med anciennitet på mindst 10 år, fire deltagere med anciennitet på mindst 3 år og tre deltagere med en anciennitet under 3 år.

- Ingen af deltagerne måtte besidde tillidsposter eller indgå i ledelses- og/eller administrative funktioner.

■ **Faktagruppe I**
2 grupper med 10 deltagere i hver.

**Sammensætningskriterier:**
Grupperne skulle sammensættes efter de samme principper som ved fokusgrupperne hvad angår "inde" og "ude", fordeling på vagtlag, anciennitetsspredning og tillids/ledelseshverv. (dog blev der gjort en undtagelse hvad angår kravet om deltagere fra nattevagten, da forholdene her meget ligner tilsvarende i aftenvagten).

■ **Historieinterview**
Sammensætning af "historie" gruppe:1 gruppe med 10 deltagere.

**Sammensætningskriterier:**
- Samtlige deltagere skulle have en anciennitet over 11 – 12 år.
- Hjemmehjælpere og social- og sundhedshjælpere (opskolede).
- Besidde et bredt kendskab til organisering, formelle ledelses- og organisationsforhold, arbejdsvilkår, opgavesammensætning og typiske borgerprofiler før 2003.
- Besidde kendskab til arbejdsorganisering og kompetencefordeling før 2003,
- Kunne redegøre for forvaltningens organisation, struktur og ledelsesdelegation før 2003.

■ **Faktagruppe II**
1 gruppe med 10 deltagere

**Sammensætningskriterier:**
- 2-3 TR/FTR med indgående kendskab til kommunens vedtagne Kvalitetstandarder, forvaltningens ydelseskatalog, herunder plejepakker, det reelle antal af tunge- plejekrævende borgere, MSO's formelle kompetenceudvik-

lingsprojekt[40] og opkvalificering (kursusdeltagelse eller sidemandsoplæring) mv.
- 6-7 disponenter fra forskellige distrikter med stor erfaring og kendskab til tildeling af opgaver, gennemsnitsvurdering af plejekrav i forhold til tildeling, tildelt tid og forbrugt tid, procedurer for visitation, revisitation og betingelser for/ved udskrivning og hjemtagning af borgere fra hospitalsindlæggelse.

■ **Fremtidsgruppe - "visions"gruppe**
1 gruppe med 10-15 deltagere

**Sammensætningskriterier:**
- 2-3 TR/FTR med stort allround kendskab til social- og sundhedshjælper området, dets udvikling og muligheder i fremtiden.
- 7-10 social- og sundhedshjælpere med forskellige anciennitets baggrund og fra forskellige distrikter med stort kendskab til faget, opgaveudviklingen, opkvalificeringsbehov og muligheder. Kan bl.a. være praktikvejledere.

Som det fremgår, skønnedes det samlede antal deltagere til at blive på mellem 100 og 105 social- og sundhedshjælpere fordelt på forskellige distrikter, anciennitetsgrupper, hjemmehjælpsområdet og plejeboligerne. Det relativt høje antal deltagere blev valgt dels ud fra ønsket om repræsentativitet og dels ud fra et krav om, at der ikke måtte være gengangere i de ovennævnte grupper. Som det også fremgår måtte der kun i to af grupperne indgå deltagere med tillidshverv.

Social- og sundhedshjælperklubben ved formand og næstformand skulle alene gennemføre rekrutteringen til de respektive interviewgrupper ud fra ovennævnte kriterier og tillige stå for hele den praktiske rammesætning.

Intervieweren skulle alene foretage interviewene ud fra en tildelt deltagerliste fra interview til interview. Dvs. at deltagernes placering inden for ovennævnte

[40] Århus kommune, MSO: Obligatorisk sundhedsfaglig kompetenceudvikling for social- og sundhedshjælpere i Sundhed og Omsorg i Aarhus kommune, april 2015.

rekrutteringskriterier først skulle blive interviewer bekendt i selve interviewet. Begrundelsen herfor var, at interviewer skulle møde hver gruppe med så få forudfattede meninger som overhovedet muligt. Hensigten med ordningen var først og fremmest at reducere interviewers muligheder/risiko for ud fra et vist for-kendskab til flere af deltagerne at gribe styrende/manipulerende ind i interviewprocessen eller forfordele i forhold til deltagernes udsagn og deltagelse i interviewet.

## Undersøgelsesramme og interviewforløb

Undersøgelsen har strakt sig fra ca. 1. april 2015, hvor designet blev udarbejdet til udgangen af februar 2016, hvor transskribering, fortolkninger og analyser blev afsluttet. Projektet har således overskredet det oprindelige tidsestimat på 8 måneder.

Fokusgruppeinterviewene og det første faktagruppe-interview blev gennemført i perioden maj-juni, og de resterende 3 interviews i perioden august-september 2015. Forinden var der gennemført et prøveinterview med en udvalgt gruppe social- og sundhedshjælpere, hvilket dog ikke fik den store betydning for den endelige udarbejdelse af designet, om end det skærpede interviewers opmærksomhed på flere mulige processuelle faldgrupper, der kunne forventes at optræde i de egentlige interviews. Eksempelvis en overvægt af anekdotiske ræsonnementer og digressioner[41], der kunne gøre interviewsituationen uoverskuelig.

Gennem transskriberingsprocessen er der foretaget en kondensering, således at udsagnene i de enkelte grupper inden for hvert interviewmodul er blevet skrevet sammen i kondenserede betydningsenheder inden for hver af spørgsmålskategorierne i spørgerammen.

Gennemgangen af de enkelte interviews afsluttes med en kortere delkonklusion.

[41] Bevægelse i tanke, tale eller skrift bort fra fremstillingens hovedlinje.

Alle anvendte citater er ”betydningscitater”. Dvs. det er citater som dækker det centrale indhold i et eller flere udsagn fra flere deltagere. Det er med andre ord ikke citater, der henviser til ganske bestemte gruppedeltagere.

# DEL 3

Grunddata

# Grunddata

De underliggende grunddata er opdelt i 5 for undersøgelsen relevante kategorier:

- Antal deltagere i hvert interview
- Gennemsnitlig anciennitet
- Hjemmehørende i plejeboliger eller hjemmepleje
- Antal plejecentre repræsenteret
- Fordeling på vagtlag

## Grunddata for de 6 fokusgruppeinterviews

- Antal deltagere i de 6 fokusgruppeinterviews: I alt 53 deltagere, hvilket er 7 færre end den opstillede norm. Det giver et gennemsnit på 8.83 deltager pr. interview.
- Gennemsnitsancienniteten for de 6 grupper er 19 år med højeste gennemsnitsanciennitet på 32 år og laveste på 7 år. Af de 53 har 31 været ansat under 19 år og 22 mellem 20 og 39 år.
- Ansættelsesplacering. 26 af deltagerne var ansat i plejeboligerne og 27 i hjemmeplejen.
- Antallet af lokalcentre repræsenteret i de 6 grupper var som gennemsnit 6.
- Fordeling på vagtlag. 36 af deltagerne var i dagvagt, 10 i aftenvagt og 7 i nattevagt.

## Grunddata for de 2 faktagruppe I

- Antal deltagere i de 2 grupper var 19. Altså 1 færre end normeret.
- Gennemsnitsanciennitet i de 2 grupper 22 år. Af de 19 deltagere havde 9 en anciennitet under 20 år og 10 en anciennitet over de 20 år.
- Ansættelsesplacering. 8 af deltagerne i plejeboligerne og 11 i hjemmeplejen.
- Antallet af lokalcentre repræsenteret i de 2 grupper var som gennemsnit 7.
- Fordeling på vagtlag. 14 i dagvagt, 3 i aftenvagt og 2 i nattevagt.

## Grunddata historiegruppe

- Antal deltagere 11
- Gennemsnitsanciennitet på 23 år. 5 under 20 år og 6 over 20 år

- Ansættelsesplacering: 7 i plejeboligerne og 4 i hjemmeplejen
- Antal repræsenterede lokalcentre 10
- Fordeling på vagtlag. Ingen fordeling, da vagtplacering ikke var relevant for interviewet.

## Grunddata for faktagruppe II

- Antal deltagere 7, dvs. 3 under det normerede antal
- Gennemsnitsanciennitet på 18 år
- Ansættelsesplacering. 3 i plejeboligerne og 4 i hjemmeplejen
- Antal repræsenterede lokalcentre 4
- Fordeling på vagtlag ikke opgjort, da det er uden betydning for interviewet.

## Grunddata for "fremtidsgruppen"

- Antal deltagere 12, dvs. 2 over det normerede udgangspunkt
- Gennemsnitsanciennitet på 16 år. 4 over 20 år og 8 under 20 år
- Ansættelsesplacering. Ikke opgjort, uden betydning for interviewet
- Antal repræsenterede lokalcentre 10
- Fordeling på vagtlag. 10 i dagvagt, 1 i aftenvagt og 1 i nattevagt. (ingen reel betydning for interviewet).

## Samlet opgørelse

- Der har deltaget 102 social- og sundhedshjælpere i undersøgelsen, hvilket i forhold til det officielle ansættelsestal fra august 2015 på 1652 social- og sundhedshjælpere udgør ca. 6.1%.
- Den samlede gennemsnitlige anciennitet for deltagerne har været 19.6 år.
- 7.4 lokalcenter har gennemsnitligt været repræsenteret i de gennemførte 11 interviews.
- 60 deltagere var i dagvagt, 14 deltagere i aftenvagt og 10 i nattevagt udgør det samlede tal for de interviewgrupper, hvor opgørelsen blev skønnet relevant.
- 44 af deltagerne var ansat i plejeboligerne og 46 i hjemmeplejen.

Alt i alt indfrier den faktiske deltagelse i samtlige interviews tilnærmelsesvis de opstillede kravkriterier og således også det formulerede krav til repræsentativitet.

# DEL 4

## Gennemgang af interviewresultater

# Gennemgang af interviewresultater

## Gennemgang af interview resultater fra de 6 fokusgruppe interviews

Fokusgruppeinterviewet er opdelt i 6 hovedkategorier/sektioner. Der er i alt 36 spørgsmål, der varierer mellem fakta-orienterede, rammeorienterede og problematiserende spørgsmål.

Ingen af spørgsmålene retter sig direkte mod undersøgelsens hovedtemaer. De berøres indirekte gennem en struktureret afvejning af svarene først i den enkelte kategori og efterfølgende af kategorisvarene indbyrdes.

Besvarelserne af spørgsmålene og deltagernes diskussioner fremstilles i det efterfølgende i kondenseret form. Det gælder både for den enkelte gruppe og for grupperne sammenlagt. Der er således tale om gennemsnitsbilleder, der ikke står i modsætning til beskrivelserne af de mange forskellige oplevede variationer.

Deltagerantal er ca. 10 i hver fokusgruppe.

Deltagerne i fokusgruppeinterviewene *har ikke haft kendskab* til spørgsmålene før interviewet og har heller ikke haft lejlighed til at se spørgsmålene. De kendes kun af interviewer og formand og næstformand for klubben.

Hvert interview indledes med en hurtig præsentation af de 10 deltagere:
- Navn
- Arbejdssted
- Vagtlag
- Anciennitet

Herefter introduceres deltagerne til selve interviewet – indhold og form:
- Formål
- Procedure
- Regler

Deltagerne kan både svare enkeltvis på de stillede spørgsmål, eller de kan drøfte svarene i gruppen under styring af intervieweren, der også åbent kan konkludere med konsensus.

Der er afsat 2 timer og 30 min. til hvert fokusgruppeinterview.

Gennemgangen af svarene i fokusgruppeinterviewet afsluttes med nogle kortfattede delkonklusioner.

**Kategori 1: Individuelle forhold**
Spørgsmålene i denne kategori har til formål at afdække deltagernes motiv for at være i faget og evt., hvor og med hvad de har været beskæftiget tidligere.

24 af deltagerne havde inden ansættelse i MSO eller påbegyndelse af social- og sundhedshjælperuddannelsen haft forskellige ufaglærte jobs inden for meget forskellige jobområder som restauration, rengøring, transport mv.

21 af deltagerne var faglærte inden for et andet fagområde hovedsageligt inden for HK området eller køkkenområdet.

8 af deltagerne havde gennemført en mellemlang videregående uddannelse eller lang videregående uddannelse.

For 35 af de 53 deltagere gjaldt det, at de var startet inden for social- og sundhedsfaget ved et tilfælde. Enten som resultat af henvisning fra jobformidlingen, eller fordi faget repræsenterede en jobtryghed, der er vanskeligt at finde andre steder.

Kun 18 af de 53 har direkte ønsket at arbejde inden for faget og set det som deres karrierevej. For begge grupper gælder, at ca. halvdelen forinden påbegyndelse af social- og sundhedshjælperuddannelsen har haft forskellige jobs som ufaglærte hjælpere enten i Århus kommune eller i en anden kommune.

Som et gennemsnit har deltagerne haft mellem 2-3 ansættelsesforhold indenfor MSO.

**Kategori 2: Kendskab til den formelle organisatoriske ramme i MSO**
(Kategorien har til formål at indkredse deltagernes systemforståelse, placeringsbetingelser, målkendskab mv.).

På spørgsmål om deltagernes kendskab til MSO's organisatoriske opbygning og ledelsesstruktur, herunder niveauer kan ingen i de respektive grupper og i grupperne som helhed svare korrekt. Det er et gennemgående træk, at deltagerne i alt væsentligt kun kender deres teamleder og direktøren i forvaltningen. Kun i to tilfælde gives der udtryk for et kendskab til områdechefen. Nogle ganske få deltagere kan rent fragmentarisk og med lav præciseringsgrad henvise til nogle navne på mellemlederniveauet. Men det generelle billede er, at man kender direktøren og de nærmeste ledere.

På spørgsmål om, hvorfor det forholder sig sådan, falder der flere forklaringer, der kan ordnes indenfor tre hovedudsagnsgrupper:

- Der sker så mange ændringer i organisationen hele tiden, at man er ligeglade og uinteresserede. Det hele ændrer sig jo i morgen. Så man har opgivet at følge med.
- Oplever ikke nogen reel interesse for deres arbejde fra de forskellige lederlag, så hvad skal de egentlig bruge de ledere til? Man passer sit arbejde og bruger ikke tid på de mange omorganiseringer, hvor nye hoveder kommer til og andre forsvinder.
- Der er heller ikke mange, der forventer, at man kender organisationen, og man oplever organisationen og det, som sker i den som uforudsigelig, derfor passer man sig selv i sit team. Det er også her, man får et "klap på skulderen" og kan "forstå, hvad der foregår". Her kender man spillets regler.

Forespurgt om deres kendskab til MSO faglige strategier/sundhedsstrategier gælder det for hovedparten af deltagerne i alle 6 grupper, at de med vanskelighed og kun med lidt hjælp kan redegøre de indre rationaler i MSO's fagpolitik. (for eksempel "De fem ledetråde", "Grib hverdagen" og "Kærlig kommune"). Kendskabet begrænser sig til paroleniveauet eller genkendelse ved eksakte og meget målrettede spørgsmål. Så som: Hvad det vil sige, når der i *de fem ledetråde* står: "Vi holder borgerne væk". Her kan deltagerne i gruppen godt svare

på spørgsmålet, men ikke sætte svaret ind i en større og modsigelsesfri sammenhæng, dvs. kombinere svaret med de andre ledetråde.

På spørgsmålet om det ikke er vigtigt for dem at kende de faglige strategier, svares der generelt:

- At man ikke tage de forskellige strategier så nøje. Der kommer nye politikker hver anden dag. Der sættes mange programmer og projekter i gang. Halvdelen bliver glemt, så det er vanskeligt at blive ved med at tage det alvorligt.
- Borgerne er jo kun i centrum, når der er tid. Det meste handler om økonomi og budgetter. Oplever også, at meget af det nye med de mange flotte ord er prøvet før, men ingen af dem, der udvikler det nye, lytter til social- og sundhedshjælpernes erfaringer, selv om mange af deltagerne har prøvet det før. Specifikt henvises der bl.a. til rehabilitering. Der var udbredt enighed om, at det jo var det, man havde som ledetråd i arbejdet tidligere. Det er der ikke noget nyt i, men de erfaringer tages ikke alvorligt.
- Så – som et flertal formulerede det – det er bedst at passe sig selv med noget håndgribeligt, "der kan bruges til noget".

For alle grupper gælder, at man ikke kan svare entydigt på, om man har kendskab til begrundelserne for magistratsafdelingens prioriterede indsatsområder, og hvordan man er blevet præsenteret for dem.[42]

Der er dog ret stor spredning i svarene:

- Flere steder modtager man en eller anden form for mundtlig information på møder, personalemøder, "kl.11 møder", Workstop møder og temadage. Andre steder er informationen noget mere tilfældig, hvor social- og sundhedshjælperne selv skal opsøge den.
- Hvad angår kendskab til og forståelse af begrundelserne for de prioriterede indsatsområder er der tilsvarende stor spredning inden for de 6 grupper, hvorimod billedet er relativt ensartet for de 6 grupper betragtet som et hele.

[42] Til en vis grad stemmer kernen i disse svar overens med nogle af konklusionerne fra Antropologisk studie af Ledetrådenes liv i praksis, MSO 2014.

Det gennemgående træk er, at det afhænger af den enkelte teamleders interesse og prioriteringer.

- Deltagerne angiver, at de sjældent modtager skriftlig information, herunder skriftlige faglige begrundelser for ændringerne. Når man modtager skriftlig information sker det oftest på mail eller i form af meget kortfattede "reklamebrochurer".
- Det generelle billede er, at det er sjældent, at man samlet modtager information og får lejlighed til at komme med uddybende spørgsmål. Helt spontant refererer alle 6 grupper til en større uddannelsesdag i Turbinehallerne vedr. "kærlig kommune", som de fandt både pinlig, nedgørende og ydmygende.
- Deltagerne pointerer, at det er det nære samarbejde i teamet eller i mindre grupper, der er det bærende, og det er uanset, hvad der aktuelt "er på tapetet". Det drejer sig, "jo om borgerne, og at de får det, de skal have".

Som gennemgående træk oplever man i de 6 grupper (om end med variationer) at man tit bestyrkes i den opfattelse, "at dem højere oppe ikke regner social- og sundhedshjælperne for noget". Et tilsvarende gennemgående træk er, at der er store forskelle på de enkelte deltageres vilkår. Nogen steder får man meget information, andre steder får man så godt som ingen information. Deltagerne selv var meget forundrede over den store forskellighed i de daglige arbejdsvilkår både fra område til område og fra team til team.

**Kategori 3: Kendskab til formelle funktionskrav**
(Angiver interesse og forståelse for betydningen af formelle rammer, den nødvendige rolle- og arbejdsdeling, respekt for egne og andres kompetencegrænser, funktionel kapacitet[43] mv.).

Hovedparten af deltagerne i alle 6 grupper var bekendt med, at der til deres job findes en funktionsbeskrivelse. Men kun en begrænset minoritet kunne gøre rede for, hvad der står i funktionsbeskrivelsen. Man kunne for det meste kun referere til nogle få overordnede formuleringer. Samtlige deltagere gav dog ud-

[43] Her defineres funktionel kapacitet, som en persons evne til at ordne og aktivere sine faglige kompetencer inden for en given funktion og opretholde grænserne i et tværfagligt samarbejde.

tryk for kendskab til, at funktionsbeskrivelsen kan findes på kontoret. "Men vi bruger den jo ikke til noget alligevel". Funktionsbeskrivelsen skifter også hele tiden navn. "Så hedder den funktionsbeskrivelse, så stillingsbeskrivelse og så jobbeskrivelse".

Med en vis variation gælder det dog, at flertallet af de interviewedes daglige funktionsvaretagelse stemmer meget godt overens med den formelle funktionsbeskrivelse. Som i de foregående spørgsmål fremgår det dog af svarene og deltagernes indbyrdes drøftelser, at der er ret store forskelle fra team til team.[44]

Dette fremgår f.eks. af forholdet til rehabilitering. Her er der ganske stor spredning. I nogle teams indgår man kun i rehabiliteringen, hvis man er uddannet "hjemmetræner". I andre teams indgår rehabilitering som en naturlig del af det daglige arbejde for alle. Hvis der vel at bemærke er tid. Der er også en vis forskel på "inde" og "Ude". Men alle deltagerne finder, at rehabilitering er det eneste rigtige, og at de som faggruppe har stor erfaring i, hvordan rehabilitering kan integreres i det daglige arbejde på alle mulige måder. Det ved alle godt og tager det som noget selvfølgeligt, derfor har man sjældent talt om det tidligere.

Der er også stor forskel på, om man arbejder "inde" eller "ude". I hjemmeplejen er det vanskeligere at udføre rehabiliterende arbejde. Det skyldes, at der ikke er så meget tid. Men før man blev målt på tid, gjorde man det som en del af hele tilgangen til arbejdet. Gennemgående mener deltagerne fra hjemmeplejen, at rehabilitering foregår for usystematisk og er for afhængigt af tid. Man oplever tit at komme i konflikt med rammebetingelserne. Eks. hvis man skal "sidde på hænderne", når borgerne skal rehabiliteres og selv arbejde med at løse opgaverne. Mange af deltagerne udtrykker en frustration over det forhold, for man "sidder jo ikke sidde på hænderne", hvis man får skæld ud over ikke at kunne overholde tidsrammen. "Så er det, at man gør det for borgeren, som vedkommende skulle trænes i selv at gøre".

[44] Det skal her bemærkes, at funktionsbeskrivelser og deres udformning i MSO er interviewer bekendt.

På spørgsmålet om hvorvidt man har kendskab til den standende debat om det nære sundhedsvæsen, forøgede krav til behandlings- og plejekapaciteten og kompleks pleje, var det gennemgående træk, at man både havde kendskab til begreberne og også anvendte dem, men f.eks. havde vanskeligt ved at definere "kompleks pleje/sygepleje". Begrebet blev anvendt på mange forskellige opgaveforhold lige fra pleje af potentielt voldelige til pleje af borgere med en psykiatrisk overbygning, terminal pleje, misbrugere m.fl. Men det overvejende flertal af deltagere henviste også til de stadigt hurtigere udskrivninger af borgerne fra hospitalerne og de mange konkrete udfordringer, det giver i dagligdagen. På trods heraf kunne man ikke i nogen af grupperne mere præcist redegøre for, hvad udrulningen af det sammenhængende- og nære sundhedsvæsen egentlig betyder for de respektive sektorer.

For de fleste af svarene i de 6 grupper gælder det, at man forholder sig til begrebet kompleks pleje, som den pleje, der forekommer inden for eget fagområde, og som er kompleks i forhold til tidligere. Deltagerne kommer af sig selv ikke ind på den aktuelle diskussion om kompleks sygepleje, dvs. den objektivt definerede komplekse sygepleje medfølgende ganske bestemte procedurer og kompetencer. I deltagernes redegørelser spiller de selv hovedrollen i, hvad de forstår som kompleksitet. Man refererer i ingen af grupperne spontant til, at der findes en fælles autoriseret definition, som der officielt refereres til.

Forespurgt om de ikke kender til fagdiskussionerne om kompleks pleje og sygepleje og til definitionerne, angiver et flertal i samtlige 6 grupper, at de oplever mange forskellige fortolkninger, og at de selv har mange komplekse opgaver, fordi der er kommet flere borgere med komplekse problemstillinger.

Hvorvidt de har nogen rolle og opgaver i kompleks pleje/sygepleje svarer et flertal i 2 grupper, at de ikke har nogen rolle. Man henviser til, at det er assistentopgaver. I de øvrige 4 grupper er det overordnede billede, at deltagerne igen refererer til de opgaver, som de oplever som komplekse, inden for deres eget fagområde. Her er deltagerne meget eksplicitte. Det drejer sig om pleje af: Borderline psykotiske borgere, pleje af halvsidigt lammede, give sondemad, lægge kateter osv. Her er det gennemgående igen, at der er meget stor forskel

på, hvad den enkelte hjælper må og ikke må og på, hvad der er delegeret af kompetencer og ikke mindst på hvilket grundlag.

På spørgsmålet om de kan beskrive, hvad delegering består i, kan de fleste deltagere relativt præcist redegøre for principper og procedurer, samt hvordan det foregår. Der er dog store forskelle i grupperne på, hvad deltagerne har oplevet, når det kommer til, hvilke opgaver der delegeres. Der er tilsvarende stor uenighed om, hvem der har kompetence til at delegere, og hvornår delegeringen skal være borgerspecifik, og hvornår den kan være generel.[45]

Et markant flertal af deltagerne fra forskellige lokalcentre angiver relativt stor vilkårlighed vedr. delegering. I en periode må de udføre ganske bestemte opgaver for så i en anden periode at få besked om, at det må de ikke længere, og det på trods af deres store erfaring, som de oplever bliver tilsidesat. Flere af deltagerne i de 6 grupper gav udtryk for, at det nok handlede om faggruppeinteresser mere end om objektive vurderinger. Et mindretal af deltagerne gav dog klart udtryk for, at der i deres område eller team gjaldt ganske bestemte regler for delegering, og at de blev overholdt. Billedet var på ingen måde entydigt, og spørgsmålet vakte meget stor debat blandt deltagerne i samtlige 6 grupper.

Alle deltagerne havde prøvet at få delegeret opgaver, som ligger uden for deres umiddelbare fagområde. Men det samlede billede er, at der ikke kan identificeres en entydig og ensartet procedure for delegering. Fremgangsmåden veksler fra team til team. Det forhold gælder også, hvad angår opgaver, der delegeres og graden af specifitet. I 4 ud af 6 grupper var den gennemgående oplevelse, at der også var forskel på graden og karakteren af delegation i vagtlagene. Den gennemgående fortælling var, at delegering i aften- og nattevagt nok var mere lemfældig og informel end i dagvagten, og også var afhængig af tidspresset. Alle kunne fortælle om delegering pr. telefon.

I alle grupperne udtrykte man samstemmende tilfredshed med, at der nu er ved at blive strammet op på delegeringsprocedurerne. Det er ikke tilfredsstil-

[45] Der foreligger instrukser for personalets kompetence, ansvars- og opgavefordeling i MSO.

lende med de store forskelle og vilkårligheden, hvor "man den ene dag må noget, man er god til for så dagen efter at få at vide, at nu må man det ikke længere". Kompetencen forsvinder jo ikke, fordi opgaven ikke delegeres. Flere deltagere havde oplevet at få frataget delegering af indsatser, som de havde udført i årevis.

Samtlige deltagere så gerne mere delegering, fordi der, som det blev udtrykt igen og igen, ligger stor anerkendelse i at få delegeret nye opgaver og plejehandlinger. Det giver også en højere status, som flere deltagere udtrykte det. Men flere af deltagerne udtrykte på den anden side, at man nu strikt overholder reglerne for ikke at "komme i klemme" eller som protest mod vilkårligheden. Væksten i utilsigtede hændelser (UTH) har også været medvirkende til, at flere oplever, at man kun skal gøre noget, som man udtrykkeligt og formelt har kompetence til. Der var på disse spørgsmål langt fra enighed blandt deltagerne i de respektive 6 grupper. Den strikse overholdelse af alle delegeringsregler blev formuleret af enkeltdeltagere i de 6 grupper.

På spørgsmål om de som faggruppe dokumenterer, og hvordan de gør det, svarede alle deltagere og grupper bekræftende. Der herskede dog meget stor uenighed om, hvad man opfatter som dokumentation og om, hvad social- og sundhedshjælperne har tilladelse til.

Samtlige deltagere angav, at de skriver advis/mails med brødtekst, i plejeplaner, ernæringsskemaer og i samarbejdsbøger, hverdagsplaner mv. Men langt fra alle må oprette "fokusområder" eller skrive i dem. Her er det især de store forskelle, der springer i øjnene. I nogen teams må social- og sundhedshjælperne gerne skrive og rette i "fokusområderne"[46]. I andre teams har de ingen adkomst til at skrive. Her er det kun social- og sundhedsassistenterne, der har adgang til at skrive, så hjælperen skal formulere sine observationer til assistenten, der så skriver i "fokusområdet".

Punktet blev drøftet meget indgående i alle 6 grupper, og for alle gruppers vedkommende gjaldt det, at deltagerne var overordentligt overraskede over

[46] En journal

de store forskelle fra lokalcenter til lokalcenter og sågar mellem de forskellige teams inden for et og samme lokalcenter.

I besvarelsen af spørgsmålet kom det frem, at langt fra alle social- og sundhedshjælpere har selvstændige mailadresser (det er planen, at alle skal have én), hvilket vakte stor forundring i de 6 grupper. Adspurgt om deres opfattelse af årsagen var det gennemgående svar, "at hjælpere ikke modtager mange skriftlige informationer og heller ikke har tid til at læse mails". Men bortset fra disse lidt polemiske udtryk kunne deltagerne ikke forklare, hvorfor gruppen som helhed først nu er ved at få egne mailadresser.

**Kategori 4: Formelle- og reale kompetencer**
(Angiver den formelle interesse for systematisk udvikling af social- og sundhedshjælpernes faglige/intellektuelle ressourcer og deres eget blik for kompetencer og kompetenceudvikling, herunder faglige ambitioner og evne til at vurdere sig selv).

På spørgsmålet om, hvor mange efteruddannelses- og opkvalificeringskurser de har deltaget i, afgiver deltagerne bredt set ikke noget klart svar. Faktisk hersker der en del uklarhed om, hvad et kursus er. Temadage og introdage mv. blandes sammen med kurser. Flere fortalte, at lederne ofte kalder temadagene for kurser, og nogen kunne referere til, at der efterfølgende uddeles en slags kursusbeviser.

> Først da det præciseredes, at der tænkes på helt formelle og officielt anerkendte kurser inden for faget, blev deltagernes svar præcise.

Som et gennemsnit har de interviewede i alle 6 grupper deltaget i 2-3 kurser. Kun ganske få har enten deltaget i færre eller flere. På alle hold oplyser et flertal af deltagerne, at antallet af kurser og muligheden for at komme på disse kurser er blevet reduceret gennem de sidste fem år. I nogle teams er det stadigt muligt at komme på kurser. I andre teams sker kompetenceudviklingen for det meste på teammøder, men der er ikke et samlet eller ensartet billede.

Forespurgt om, hvordan kursusbehovet opgøres i forhold til kompetencebehov og kompetenceafdækning, er det gennemgående svar fra et flertal, at man

ikke er bekendt med, at der foreligger systematiske optegnelser over hjælpernes opkvalificeringer og formelle kompetencer. Man er dog vidende om, at der er sat et større kompetenceafklaringsprojekt i gang i MSO, men ingen kan redegøre helt præcist for, hvor meget det er rullet ud.

Hovedsageligt foregår kompetenceudviklingen gennem sidemandsoplæring. Alle interviewede har været igennem et eller flere sidemandsoplæringsforløb i forbindelse med nye opgaver, introduktion af nye fagstrategier eller nye procedurer. Men i de 6 grupper fremgår det også, at der er store forskelle på kravene til oplæring – både hvad angår før – under – og efter situationen. Ingen kunne redegøre for, om der forelå autoriserede procedurer for den sidemandsoplæring, de har deltaget i. På hvert hold kunne over halvdelen af deltagerne berette om tilfældigheder i sidemandsoplæringen og store forskelle fra den ene underviser/instruktør til den anden. Ingen af deltagerne kendte til effektmålinger på oplæringen.

Som i tilfældet delegeringer viste diskussionerne mellem deltagerne indbyrdes, at der hersker nogen uklarhed om retningslinjerne og store forskelle hvad angår praksis, udførelse og konsekvens. Udtrykt på følgende måde: "Oplæringen kan være god, når der er tid. Ofte er der kun minimal oplæring, når der er travlt. Så dispenseres der, og det undergraver seriøsiteten".

Vejledning, administrative eller faglige instrukser gives hovedsageligt kollektivt og mundtligt på møder. Relativt få af deltagerne – angiveligt 20% – er vant til at læse de skriftlige vejledninger og instrukser. Ofte gives informationerne ad hoc, og kun i tre tilfælde kunne deltagerne oplyse, at de nu er pligtige til at holde sig orienteret om, hvad der foreligger af skriftlige vejledninger, retningslinjer og instrukser på tablets eller pc.

Formaliseringsgraden forekommer at være lav.[47] Det understreges af, at man ikke i grupperne umiddelbart kunne skelne mellem en vejledning, et sæt af

[47] Her indskydes et forbehold. Det er intervieweren bekendt, at der findes mange forskellige instrukser, procedurer mv. Formaliseringsgraden kan således godt være høj i de øverste funktionslag i organisationen og lav i de underste funktionsgrupper og de her herskende rammebetingelser.

retningslinjer og en instruks. Det hele kaldes beskeder, og deltagerne beder om eksempler på det ene og det andet for at forstå spørgsmålet, som går på, hvorvidt deltagerne er bekendt med vejledninger, retningslinjer og instrukser og vant til at omsætte dem til egen praksis.

Et stort flertal angav, at de ikke læser mails systematisk. Enten på grund af tidspres eller på grund af manglende tradition. Mange meddelelser spredes stadig mundtligt fra "mund til mund". Det opleves heller ikke som en almindelig forventning, at den enkelte sætter sig ind i de skriftlige vejledninger og instrukser. Kommunikation af nye beslutninger mv. foregår ofte via teamleders mundtlige oplæg på møder eller via kolleger, "der har hørt noget".

På spørgsmålet om deltagerne udfører opgaver, som skulle være delegeret, men som ikke er blevet det, svarer det store flertal overvejende bekræftende. En ubetydelig minoritet på 5-6 deltagere svarer, at de aldrig gør det, eller hvis de gør det i en akut situation sørger for at dokumentere det. Når det sker, sker det ofte på grund af travlhed, fordi tidsrammen er for snæver. Men alle understreger, at man kan udføre handlinger, man har kendskab til og tidligere udført.

Der viser sig store forskelle fra lokalcenter til lokalcenter og fra team til team, hvad angår normer, traditioner og krav. Flere angiver, at det meget afhænger af, hvordan de enkelte teams er sammensat, hvilken anciennitetssammensætning, og om der er uformelle ledere, som der ofte er. Hvis man er presset eller lige er i en situation, hvor det er nemmere, bliver det gjort. Men det afhænger helt af normerne og kulturen. Det sker f.eks. ved, at en specifik delegering gøres generel, uden at det egentlig er skrevet ned nogen steder eller ved, at den, der delegerer og den, der delegeres til, kender hinanden godt, og så delegeres der ikke hver gang efter bogen. Som flere deltagere udtrykte det, kan det godt blive til et mønster. Det kan også gå ud over dokumentationen.

Men det gennemgående billede er, at deltagerne er fuldt bevidste om, hvornår de overskrider deres kompetencer. "Kompetencerne er der jo", som en enkelt deltager formulerer det. I egen selvforståelse giver deltagerne i alle 6 grupper

udtryk for, at skulle man overholde reglerne fuldt ud, ville systemet gå i stå. Kun få har gjort sig bevidste overvejelser over omfanget af ansvarspådragelse, men har mere tænkt over, at de på den måde bidrager til at løse akutte problemer og nå opgaverne på faglig forsvarlig vis på trods af tidspres.

På spørgsmålet om kompetencer, de ikke anvender længere og årsagen hertil, kan hovedparten af deltagerne med en anciennitet på fem år og derover redegøre for kompetencer, de ikke praktiserer længere. Det gælder klinisk/medicinske plejekompetencer såvel som omsorgskompetencer.

På opfordring opregner deltagerne følgende udpluk af kompetencer, som de før har praktiseret: medicindispensering, organisering af helhedspleje, haft nøgle til medicinskab, selv vurderet relevans af ydelse hos den enkelte borger samt forskellige nødvendige delegeringer samt en række klinisk specifikke kompetencer.

Når deltagerne anmodes om at begrunde, hvorfor de ikke længere anvender de tidligere indlærte og opbyggede kompetencer, henviser de samstemmende i de 6 grupper til regimeopstramninger, snævert lederafhængige beslutninger, en vis utryghed ved vilkårligheden, ændret indstilling hos flere sygeplejersker eller som konsekvens af ydelseskataloget og finansieringen af de forskellige ydelser. "Der skal jo følge penge med", som det udtrykkes.

I 2 af de 6 grupper blev det dog fremhævet, at der tidligere også blev begået for mange fejl, så der er god fornuft i de opstramninger, der enten er foretaget eller foretages, men i lighed med de 4 andre grupper gav man udtryk for, at opstramningerne nok også hang sammen med den underliggende fag- og positioneringskamp.

På spørgsmålet om, hvorvidt de har deltaget i udviklingsprojekter som ressourcepersoner, er det samlede svar fra alle grupper, at ingen har deltaget i udviklingsprojekter som ressource- og udviklingspersoner. Ved den lejlighed giver det store flertal af deltagere udtryk for en vis distant[48] holdning til de

[48] Her i betydningen reserveret/tilbageholdende holdning.

*"Der er jo ikke andre end os selv og vores tætte samarbejdspartnere, der rigtig ved, hvad vi kan", siges det af en deltager, der meget godt udtrykker den almindelige opfattelse.* *Foto: Colourbox*

mange projekter. "Der er for mange skibe i søen, som der ikke følges op på", synes at være den gennemgående holdning. Man giver udtryk for, at man har opgivet at følge med. Flere har godt nok deltaget i projekter, men det er i forbindelse med implementeringen ikke som ressourcepersoner i udviklingen. Ingen af deltagerne havde i øvrigt tænkt den tanke, at de skulle deltage i udviklingsprojekter som ressourcepersoner. "Det er forbeholdt de sundhedsfaglige", som flere udtrykte det.

Det er ikke en gennemgående og fremherskende opfattelse, at social- og sundhedshjælpere skal deltage i udviklingsprojekter. Man har jo ikke noget formelt at byde ind med, og man kan ikke se sig selv som drivkraft i en udviklingsgruppe. "Der er jo ikke andre end os selv og vores tætte samarbejdspartnere, der rigtig ved, hvad vi kan", siges det af en deltager, der meget godt udtrykker den almindelige opfattelse.

De sidste to spørgsmål inden for kategorien gik på, om deltagerne på et tidspunkt havde overvejet at blive opskolet til social- og sundhedsassistenter. Her

viste der sig relativt store udsving fra gruppe til gruppe, der gik lige fra, at kun 1 ud af 8 havde tænkt på det til 6 ud af 8. Som et gennemsnit havde ca. 50% overvejet en mulig opskoling.

Begrundelserne for ikke at være gået i gang var hovedsagelig af økonomisk karakter. Man mente ikke at have råd til at gå ned i løn, eller var usikker på, om man kunne bevare anciennitetsindplaceringen efter endt uddannelse. Kun 3 ud af 53 angav manglende tro på, at man rent bogligt kunne klare en opskoling bl.a. på grund af dårlige regnekundskaber eller af frygt for ikke at kunne forstå fysikken og biologien. Ca. 1/3 tilføjede til den økonomiske begrundelse, at de også følte sig for gamle. Det drejede sig hovedsageligt om gruppen af deltagere med en alder på over 55 år.

Hovedparten af deltagerne var dog positivt indstillet over for opskoling, hvis det blev et krav for at forblive i beskæftigelse inden for området. Kun 5 angav direkte, at man hellere ville stoppe med arbejdet end påbegynde en evt. obligatorisk opskoling.

**Kategori 5: Faglig støtte**
(Vedrører ledelsens faglige støttende rolle og ledelses-medarbejder relationen i forhold til opgavens udførelse i det daglige).

På spørgsmålet om, hvorvidt deltagerne oplever at få instruktion ved nye eller ændrede opgavekrav, svarer et flertal i de 6 grupper bekræftende, at man modtager instruktion ved nye- eller ændrede opgavekrav. Omvendt er der dog stor forskel på, hvorledes instruktionen gives i de enkelte teams. Nogen steder foregår det gennem systematisk undervisning og instruktion bl.a. som angivet tidligere på personalemøder, andre steder foregår det ret tilfældigt, hvor instruktionen ikke nødvendigvis gives af lederen. Deltagerne er selv forundrede over at erfare, hvor store forskellene er.[49]

[49] Det er interviewer bekendt, at der foreligger forskellige introduktionsprogrammer for nyansatte, såvel organisatoriske som faglige.

Det gælder også i forhold til, hvem der underviser og giver instruktion. Nogle steder er det sygeplejersker eller terapeuter, der underviser og giver instruktion, andre steder er det lederen eller en disponent. Men det sidste er ikke en gennemgående opfattelse. Det er derimod en almindelig opfattelse blandt alle deltagerne, at der også er relativt stor forskel på, om man arbejder "inde" eller "ude" hvad angår graden af undervisning og instruktion og fra hvem, den modtages, herunder hvor systematisk undervisningen er. Her forstået på den måde, at "dem inde" får mere opkvalificering end "dem ude".

Et flertal i de 6 grupper angiver, at det ofte hænder, at man ikke modtager instruktion bl.a. i forbindelse med afholdelse af ferier eller arbejde i aften- og nattevagt. Man skal, som det samstemmende siges, selv være opsøgende. Hvis man ikke har haft lejlighed til at deltage i undervisning eller instruktionsgivning, må man ofte selv sørge for at blive orienteret af kolleger.

Det overvejende billede er, at relativt få deltagere (ca. 20%) oplever at få direkte faglig ledelsesstøtte i den daglige opgaveløsning. Den meste almindelige måde at hente støtte på er ved at tale med sygeplejerskerne, disponenterne eller fagligt erfarne kolleger også blandt social- og sundhedsassistenterne. Den generelle oplevelse af ledelsen er, at den først og fremmest er administrativ. Kun et mindretal (ca. 20%) henviser eksplicit til, at de jævnligt modtager ledelsesstøtte, når det drejer sig om opgaver eller problemer i dagligdagen. Samtlige deltagere gentager, at den faglige støtte fortrinsvis hentes fra kolleger fra samme faggruppe eller fra sygeplejerskerne, og for det meste gives støtten ad hoc i relation til specifikke opgaver eller problemstillinger.

I alle 6 grupper oplever man oftere i dag at stå i situationer, hvor der kræves mere viden og flere kompetencer for at løse opgaven, end man selv synes at besidde. Der er flere af den slags situationer end for 5 år siden. Det drejer sig ofte om opgaver hos borgere med en psykiatrisk diagnose, misbrugere eller borgere lige udskrevet fra hospitalet med komplekse plejebehov. Disse borgergrupper er der kommet flere af, og det store flertal af deltagerne oplever, at deres viden ikke altid matcher opgavernes sværhedsgrad. Men det skyldes også, at de ikke altid oplever sig godt nok forberedt, og udskrivningen og over-

dragelsen er heller ikke altid lige godt koordineret. Man oplever også, at de specifikke problemer og opgaver hos nogle få borgere fortrænger de mere almindelige pleje- og omsorgsopgaver. Flere af deltagerne henviser til det, de kalder "fredagsudskrivninger", hvor weekendvagten og aften- og nattevagt ikke altid informeres tilstrækkeligt. Det bidrager til – mener de fleste af deltagerne – at man ikke fuldt ud kan bruge det, man har lært eller har erfaring med.

På spørgsmålet om fejl og karakteren af fejl, der begås, kunne der konstateres stor spredning i svarene både inden for grupperne og mellem grupperne. I en af grupperne var den almindelige opfattelse, at man ikke begår nævneværdigt flere fejl end tidligere. I flere af de resterende grupper angav man, at der nok sker flere fejl ved bl.a. medicingivning. Årsagen hertil mente man skulle findes i det store tidspres. Ofte på grund af sygemeldinger og manglende vikarer. Der sker også relativt mange fejl ved forflytninger, men her var der enighed om, at det ofte var deres egen skyld, selv om flere angav tidspres som forklaring. Der var udbredt enighed om, at der blev taget for let på instruktioner desangående, og man for ofte "sprang over, hvor gærdet var lavest".

Med til problemet hører i henhold til de gennemgående udsagn, at der er mange forskellige registreringsprocedurer hvad angår UTH[50]. Selv om der hersker stor variation, fremkom der i de 6 grupper en almindelig opfattelse af, at UTH ikke blev registreret og dokumenteret systematisk. I den diskussion, der udspandt sig om temaet i alle 6 grupper, fremkom der et klart ønske om ensartede, ufravigelige registreringsprocedurer og instrukser.

**Kategori 6: Opgavernes karakter og aktuelle rammebetingelser**
(Angiver graden af eventuel spænding mellem de givne rammebetingelser, opgavebeskrivelser og oplevede opgavekrav).

På spørgsmålet om hvorvidt de oplevede forskelle på de aktuelle borgerprofiler og dem, de mødte for 5 år siden, tegner deltagerne det gennemgående billede, at plejetyngden er øget. Der er flere demente eller i hvert fald diagnosticerede

[50] UTH – Utilsigtede Hændelser.

demente, borgere med en svær psykiatrisk overbygning, misbrugere, socialt belastede, og så oplever man flere borgere, der reelt ikke er færdigbehandlede.

Den øgede plejetyngde beskrives eksplicit i én gruppe, som at der er mindre tid til omsorg og egentlige "husmoropgaver". Der er flere deciderede sygeplejeopgaver. Det gælder også de mere enkle, som hjælperne kan udføre. Efter deres opfattelse er det ikke nok at fokusere på den komplekse sygepleje, for også den daglige pleje/omsorg er blevet mere kompleks. Det gælder også i hjemmeplejen.

Hvorvidt der er overensstemmelse mellem opgavernes faktisk tyngde og sværhedsgrad og den tildelte tid i de visiterede plejepakker, afvises det af samtlige 6 grupper og det ret entydigt. Det gælder især for de meget plejekrævende borgere. Plejepakkerne vurderes til at være ude af trit med de ændrede forhold og de ændrede borgerprofiler. De problemstillinger, der opstår i den forbindelse, tackles vidt forskelligt i de forskellige lokalcentre og teams. Nogen steder foretager man "selvdisponering". Dvs. man forsøger at skaffe mere tid til de komplekse opgaver, som man ikke kan få gennem de enkelte plejepakker. Andre steder er der opbygget en slags parallelt visitationssystem, hvor der informelt disponeres efter skønnet behov. Atter andre gange løser man overbelastningsproblemerne ved at forsøge at få borgerne over under rehabiliteringsydelsen, da det giver mere tid.

Men i ingen af grupperne finder deltagerne de forskellige kompensationsløsninger tilfredsstillende. Faktisk er man beklemte ved fænomenet og bryder sig ikke om at tale om temaet. Deltagerne finder det heller ikke tilfredsstillende, at de på en eller anden måde er presset til at "snyde", og at der er så store forskelle fra team til team og fra lokalcenter til lokalcenter. "Man føler ofte, at man må snyde lidt på vægten for at få enderne til at mødes. Det er sådan en slags skjult *selvforvaltning*, som vi ikke er stolte af", blev det udtrykt i en gruppe. I en anden gruppe formuleredes samme problemstilling sådan: "Der er jo stor forskel på, om en ydelse skal gives til en borger med store psykiatriske problemer eller til en *almindelig* borger med almindelig og naturlig funktionsnedsættelse. Derfor må vi skønne og fordele minutterne efter en konkret bedømmelse fra dag til dag. Men det er ikke noget, vi kan drøfte åbent som en fælles problematik.

”Men prøv lige at se. Først foretager borgerkonsulenterne en visitation. Den er god nok, men rækker ikke i virkeligheden. Så ændrer vi visitationen i praksis, for ellers hænger det ikke sammen. Det er ikke i orden”.

Deltagerne spørges yderligere om, hvordan de praktisk løser opgaverne, hvis der ikke er overensstemmelse mellem opgaverne og den tildelte tid/ressourcer. Der svares samstemmende i de 6 grupper, at opgaveløsningen skaleres efter faktisk fremmøde – dvs. faktisk daglig normering. Man kan sige, at der er et slags parallelsystem med en plan for, hvad man gør, når der er for få på arbejde. Selvfølgelig er der nogen borgere, der så får mindre tid, end de skulle have, men alle borgere får den bedst mulige pleje og omsorg. Det går dog ud over den kollegiale sparring og den daglige kompetenceudvikling / spredning, når man i perioder – ofte for lange – kun lige når det allermest nødvendige. Der bruges også en del tid til omorganiseringer.

Skønt der fremkom variationer i beskrivelsen af ovenstående med referencer til forskellig teampraksis, repræsenterer beskrivelsen en gennemgående tendens. Det gælder også, hvad angår deltagernes oplevelse af de parallelsystemer, de beskriver. De er hverken særligt stolte af det eller trygge ved det. Ifølge deres beskrivelser opstår der ofte en skjult informel ledelse, hvor der er nogle få, der bestemmer, hvordan opgaverne skal løses. Nogle steder har disse ”ledere” eller bestemmende personer næsten ligeså stor indflydelse som teamlederen.

Deltagerne var generelt også enige om, at når der er sådan en kultur, kan det også være vanskeligt at tale åbent om observationer og hjælpernes forskellige oplevelser, som de fleste efter deltagernes opfattelse har brug for at dele med andre. Det kan f.eks. være, hvis der er problemer med pårørende hos forskellige borgere. I et flertal af grupperne antyder man tillige en tendens til dannelse af lukkede grupper, som man oplever som ubehagelige og uhensigtsmæssige nødløsninger. I alle grupperne oplever man, at disse forhold, som alle mere eller mindre kender til, også bremser den åbne dialog om kompetencer og især behovet for kompetenceudvikling. Som en af deltagerne udtrykker det: ”Nogen holder deres kompetencer for sig selv, og andre skjuler, at de måske har svært at løse bestemte opgaver/problemer”.

*Social- og sundhedshjælperne føler sig først og fremmest presset på realtid. Man mangler klar ledelse, faglig støtte, ensartede regler og instrukser samt en slags kombination af ligeværdigt tværfagligt samarbejde og alligevel tydelige faggrænser.*
*Foto: Colourbox*

På det afsluttende spørgsmål om, hvad der opleves som de største udfordringer, fremkommer der på den ene side store variationer i grupperne og fra gruppe til gruppe i bedømmelsen af udfordringernes betydning, hvorimod der på den anden side er udtalt enighed om, hvad der kan betragtes som udfordringer.

> Man føler sig først og fremmest presset på realtid. Man mangler klar ledelse, faglig støtte, ensartede regler og instrukser samt en slags kombination af ligeværdigt tværfagligt samarbejde og alligevel tydelige faggrænser.

Stort set alle deltagerne giver udtryk for, at der er for stor afstand mellem ideaonce og den praktiske hverdag. Bag de mange rigtige planer og fine ord oplever et flertal af deltagerne en både reel og sproglig devaluering af arbejdet og de

faglige krav. "Man føler nok inderst inde, at budgetterne fylder mere end mine observationer. Jeg ved ikke, om det er sådan. Men sådan føler jeg nogen gange".

Ifølge et markant flertal af deltagerne er det sådan, at der kombineret med det høje tidspres tit opleves mange modstridende beslutninger, som man kompenserer for ved at lave sine egne løsninger. "Når man hører om et nyt projekt, har man allerede lukket af, selv om det måske kan være godt nok". Gennemgående oplever deltagerne en vis snigende ligegyldighed overfor de store udfordringer og udviklingsopgaver. Man forfalder tit til en slags fejlfinding, og når der opstår et eller andet problem, forfalder man til "abeflytning". Som flere gav udtryk for, har de en fornemmelse af, at ansvaret for problemer eller manglende overholdelse af tiden for det meste placeres hos dem. Derfor er de blevet ret gode til at placere "aben et andet sted" end hos dem selv.

De fleste deltagere oplever, at det er vanskeligt at finde daglig anerkendelse i en sådan kultur, og de fleste oplever også at skulle bruge meget energi på at fastholde den faglige stolthed. Som flere sagde: "Det er nok derfor, vi altid taler om faglighed". Men realiteten er nok snarere, som man i alle 6 grupper afsluttede med at beskrive, at man går omkring med en eller anden kronisk dårlig samvittighed og utilstrækkelighedsfølelse, selv om man som social- og sundhedshjælpere faktisk bidrager til at få det til at løbe rundt hver dag.

**Kort delanalyse af hovedlinjerne i interviewrunden**
Det helt overordnede billede, der tegner sig efter endt interviewrunde og efterfølgende transskribering, viser afstanden mellem MSO's formelle organisation, ledelsessystem og formelle faglige strategier og den faktiske virkelighed, som de interviewede social- og sundhedshjælpere oplever. I den udstrækning deltagernes oplevelser repræsenterer en dækkende beskrivelse af forholdene og relationerne mellem ledere og medarbejdere, får man indtryk af, at der ikke er og ikke kan være et mere overordnet og systematisk billede af, hvad det er for reale kompetencer social- og sundhedshjælpergruppen bærer rundt på og faktisk investerer i større eller mindre omfang i den enkelte hjælpers dagligdag. Begrundelsen herfor er selvfølgelig, at realkompetencerne udfolder og udvik-

ler sig i et system, der angiveligt er sat sammen af en række subsystemer,[51] hvor der ikke er umiddelbar korrespondance mellem de formelle systembetingelser, og hvad der foregår lokalt. Faktisk giver samtlige interviews indtryk af ret store variationer mellem de forskellige lokalcentre og teams på næsten alle væsentlige undersøgelsespunkter.

Men som det også fremgår, indebærer tilstedeværelsen af en række informelle eller ikke formulerede realkompetencer ikke nødvendigvis, at MSO som organisation har et "kraftoverskud", der formelt kan aktiveres.

For det første kan det være et større problem, at deltagerne i det store og hele udviste en vis distant/indifferent holdning overfor MSO organisationen som helhed. Der kan være både historiske og kulturelle grunde hertil. Men faktum er, at ingen af de interviewede kunne redegøre for organisationens opbygning og ledelsesstruktur. Mere problematisk er det måske, at deltagerne ikke på tilfredsstillende måde kunne redegøre for MSO's fagstrategier og kun gav udtryk for at en behersket interesse for dem.

For så vidt det forholder sig, som de interviewede oplever, forekommer det sandsynligt, at hele gruppen agerer meget konservativt og lukket overfor de formelle beslutninger og udviklingsstrategier, der udgår fra de ledende niveauer i MSO. Det forekommer indlysende, at det forhold spiller ind i implementeringsprocesserne og har indflydelse på værdien af de indbyggede feedback mekanismer.

For det andet forekommer det ikke usandsynligt, at det manglende kendskab til organisationen og dens virkemåde, afføder en vis oplevelse af udsathed, fordi man ikke har indsigt i, hvad der sker og hvorfor det sker, hvad der kan gøre alt nyt til en potentiel trussel. Sammenholdes det med, ▶

[51] Her anvendes begrebet subsystemer som fælles betegnelser for ikke formaliserede organisations- og styringssystemer, der fungerer som en slags organisation i organisationen eller institution i institutionen.

▶ at hjælpergruppen oplever sig selv nederst i hierarkiet, som det indirekte blev nævnt flere gange, kan det være med til at forklare nogle af de defensive og konservative attituder, som deltagerne som et gennemgående træk gav udtryk for. Forholdet kan også være med til at perspektivere den udtalte *positionsinteresse* over for de måske mere udtalte *procesinteresser*[52] hos andre faggrupper, som man i et vist forhold afgrænser sig negativt overfor, selv om deltagerne ikke var meget for at formulere det rent ud.

For det tredje ser det ud til, at den oplevede vilkårlighed og store forskellighed, hvad angår kompetenceudøvelse og medinddragelse, slår negativt tilbage på formuleringen af og systematiseringen og evalueringen af hjælpernes realkompetencer. Hos flere af de interviewede virkede det næsten som om, deres "skjulte kompetencer" havde karakter af en slags "selvforsikring", der kan aktiveres i de personlige alliancer, der opbygges. F.eks. mellem en eller flere hjælpere og en sygeplejerske. Et forhold, der netop kan udvikle sig i et system, hvor et ensartet ledelseskoncept i praksis ikke er eksisterende, og hvor formelle retningslinjer mv. ifølge de interviewede fortolkes og administreres vidt forskelligt og til tider vilkårligt. Især under tidspres.

Som det fremgår af interviewene, danner der sig et indtryk af, at hjælperne enten hver især eller i mindre ofte lukkede grupper udøver deres forskellige erhvervede kompetencer helt ud til grænsen af det formelt tilladelige, hvilket i en vis forstand også afstedkommer, at disse kompetencer ikke gøres til genstand for analyse og systematisk udvikling. Lidt forenklet kan man sige, at som hovedregel besidder hjælperne en lang række erhvervede realkompetencer, der

[52] Refererer her til Basil Bernsteins anvendte begreber, hvor personer uden stor indflydelse i et system og oftest placeret længst nede i et hierarki indtager låste positioner til hvilke, de også udvikler restringerede koder/begrænsende og ofte lukkede koder, der står i modsætning til andre grupper i systemets hierarki med større indflydelse, der naturligt indgår/inddrages i processer, hvorved de udviser procesinteresser forbundet med elaborerede/udfoldede og formaliserede koder. Basil Bernsteins kodeteori i udvalg, 1976

langt overskrider det formelle kompetence- og vidensgrundlag, som de har qua deres uddannelse, men de bringes ikke i spil på en måde, der øger MSO organisationens samlede kompetencekapacitet i opgaveløsningen.

Det er også nogenlunde klart, at den vilkårlighed hvad angår delegering af kompetencer, som deltagerne nævner flere gange, forstærkes af deres egen informelle disponering/omdisponering og ad hoc aftaler, som ikke nødvendigvis formaliseres endsige dokumenteres. Deltagerne var ikke selv særligt bevidste om, at den informelle subkultur og substruktur, som de beskrev, i flere tilfælde medvirker til at forstærke lukketheden og reducere deres mulighed for at opnå formel anerkendelse og respekt for deres faglige kunnen. Der var heller ikke en forståelse for, at deres gennemgående distance til de formelle principper/retningslinjer mv. og dannelse af parallelsystemer både hvad angår kompetencer, anerkendelse og disponering på den ene side bidrager til at løse mange opgaver i hverdagen, men på den anden side også indeholder den bagside, at de selv medvirker til at skabe nogen af de hierarkisk bestemte billeder, som de selv opfatter som desavouerende af deres faglighed og kapacitet.

> Flere gange i interviewene kom denne mekanisme frem som en slags *invertiv defensiv attitude*[53], som når flere talte ind i et kollektivt kodesprog, hvor man mere eller mindre bevidst ikke anvendte de formelt korrekte udtryk, men gjorde lidt grin med dem og på samme tid lod forstå, at man godt vidste, hvad man havde med at gøre og var sin opgave voksen.

En form for negativ afgrænsning, der i flere situationer mindede om en form for negativt formuleret "korpsånd" og især negativ afgrænsning overfor social- og sundhedsassistenterne, som flere gav udtryk for "dyrkede" den korrekte fagjargon og tilpassede sig op ad i forhold til sygeplejersker og terapeuter.

[53] Her forstået således: At en gruppe, der besidder et formelt sprog eller formelle kompetencer, kaster vrag på det selvsamme sprog eller kompetencer ved eksempelvis ikke at anvende de formelle sprogkoder, men i stedet anvender andre tillærte koder for ad den vej at nedgøre det sprog eller de kompetencer, som gruppen oplever, at andre grupper anvender for "at tryne dem". På den led frisætter gruppen sig selv fra det formelle pres, men fremstår desværre også inden for organisationen som mindre kompetent, end den faktisk er.

For det fjerde skinner det igennem i interviewene, at tendensen til privatisering af erfaringerne og opgaveløsning står i modsætning til deres udtrykte ønske om at arbejde med faste procedurer og regelmæssighed i opgaveløsningen – dvs. ønske om at arbejde i et rum af forudsigelighed.

Det interessante her er nok sammenstødet mellem behovet for faste procedurer og forudsigelighed og et ligeså stærkt uopfyldt ønske om at være medbestemmende og behov for at opnå retten til at udvikle og anvende deres erhvervede kompetencer fuldt ud, fordi det giver større jobindhold og højere status. Hertil føjer sig ønsket om inden for det formelle system at få deres observationer og indsigter anerkendt som ligeværdige med de andre faggruppers.

Måske er det dette sammenstød af modsat rettede interesser og behov, som udgør den egentlige dynamo i udviklingen af de beskrevne tendenser – som en slags konfliktnøgle.

For det femte kan det være vanskeligt at afgøre efter interviewene, om deltagerne faktisk kun i begrænset omfang kender indholdet af de forskellige instrukser og retningslinjer, eller om den lidt distante og nonchalante holdning til de formelle rammer og vilkår udgår fra en bestemt kultur, der præger hele området med lav grad af skriftlighed, lav grad af formaliseret kommunikation og måske også rudimentær[54] organisering og ledelse. Det var i hvert fald det billede, som deltagerne beskrev. Under disse beskrivelser lå også en oplevelse af, at man ikke forventer så megen indsigt og intellektuel kapacitet fra hjælperne, hvilket så modsvares af deltagernes manglende interesse for de formelle krav.

Svagheden i et sådant subkulturelt system kunne åbenlyst observeres flere gange i løbet af de 6 interviews. Det var meget få gange, at deltagerne i deres diskussioner refererede direkte til noget faktuelt og konstaterbart, hvad f.eks. angår skriftlige instrukser eller møder, hvor nye initiativer var blevet introduceret. For det meste blev der refereret til, skulle det vise sig, enkeltstående

[54] Her forstået i dobbeltbetydningen: uudviklet – mangelfuld. Altså uudviklet i forhold til mulighederne og mangelfuld i forhold til kravene.

eksempler, der enten blev gjort til sandheder eller generaliseret. I det hele taget var anekdotisk sprog og tænkning fremherskende i alle 6 grupper, hvilket også til tider gjorde diskussionerne næsten uigennemtrængelige. Adspurgt, om man også diskuterede sådan på møderne, var det gennemgående svar, at der nok ikke var den store forskel.

Man kan uden at overdrive tale om et relativt lavt formaliseringsniveau både i kommunikationen og i deltagernes daglige praksis. Hvorvidt det lave formaliseringsniveau så på dækkende måde afspejler de faktiske forhold i de respektive teams, som deltagerne kommer fra, kan ikke siges med bestemthed, men de relativt entydige beskrivelser kan tyde på, at der forekommer en vis korrespondens.[55]

> Og da der ikke er grund til at antage, at de forholdsvis konsistente udsagn om de store forskelle mellem de enkelte teams ikke er dækkende, rejser det spørgsmålet, om den beskrevne informalitet også kan finde sin forklaring i selve MSO's meget decentrale opbygning, beslutnings- og ansvarsstruktur. Hertil kommer en på mange måder udtalt informel måde[56] at kommunikere formelt og officielt på. Her tænkes der hovedsageligt på de noget slagordsagtige formuleringer i flere af MSO's fagstrategier såsom "De fem ledetråde", "Grib hverdagen" og "Kærlig kommune", der fremtræder meget overordnet formuleret, og som, hvis de ikke er ombrudt til klare instrukser, lader sig fortolke relativt frit.

Det skal understreges, at det sidste kun er en antagelse baseret på deltagernes egne udsagn – som skal det påpeges – ikke er sammenholdt med, hvad der rent faktisk foreligger af instrukser. Det har dog også mindre betydning, al

[55] Dækkende sammenfald.

[56] Her tænkes på den officielle kommunikationsform i MSO, der både i notater, rapporter, oplæg og eksterne informationer er kendetegnet ved at højere grad af genreblanding end i de andre magistratsafdelinger. Ofte blandes saglitterær skrivestil med skønlitterær skrivestil som f.eks. "Grib hverdagen", "Kærlig kommune", "De fem ledetråde", "Vi holder borgerne væk", "Al magt til borgerne" osv.

den stund deltagerne ikke kunne henvise til sådanne eller redegøre for deres indhold.

For det sjette fremgår det som generel tendens i samtlige interviews, at deltagerne kun i beskedent omfang *oplevede sig selv som integreret i den samlede organisation* og ikke selv mente at have så meget at bidrage med ud over den daglige indsats i teamet og i forhold til den enkelte borger. En tendens der peger mod en kontekstbundethed, der for deltagernes vedkommende bevirkede, at de slet ikke reflekterede over endsige gjorde sig forestillinger om, hvorvidt de skulle deltage i MSO's samlede udviklingsarbejde som særligt udvalget ressourcepersoner. Der blev henvist til, at det var en opgave for konsulenter eller sygeplejersker/terapeuter, hvor især førstnævnte i øvrigt ikke var genstand for den store respekt. En ikke ukendt "vi-de" holdning, hvor egne indsatser "i eget selskab" idylliseres og det "fremmede" devalueres. En slags omvending af statusforholdet som beskyttelse mod den lave forventningsgrad i forhold til deres kapaciteter, som deltagerne oplever i det daglige og gav udtryk for igennem hele interviewet.

For det syvende er det ikke uinteressant, at deltagerne på den ene side gav udtryk for, at de på mange måder informelt satte flere af deres tidligere erhvervede kompetencer i spil samtidig med, de på den anden side udtrykte fuld forståelse for, at kompetencedelegeringen skal sættes i system bl.a. for at modvirke fejl og UTH, som de i øvrigt gav udtryk for ikke blev dokumenteret tilstrækkeligt retvisende. Der kan med andre ord spores en vis konflikt mellem det, man faktisk gør og indsigten i nødvendigheden af at gøre tingene på en anden måde, hvor det er klare regler, ensartethed og instrukser, der styrer det daglige arbejde. Til den sammenhæng kan føjes deltagernes beskrivelse af de mange informelle omdisponeringer i forhold til den formelle visitation, som i perioder foregår næsten dagligt. Et forhold ingen havde det godt med. Både fordi det er på kant med reglerne, men også fordi, som flere deltagere påpegede; det "lukker dem inde" i en slags subkultur, hvor beslutningskompetencen er flydende og *konstant til forhandling*. Samtlige deltagere gav i større eller mindre udstrækning udtryk for et ønske om at blive fri af det beskrevne næsten permanente konfliktfelt og krydspres. Nogle få deltagere gjorde klart

gældende, at de personligt ikke længere ønskede at gå på kompromis med gældende regler og procedurer og henviste til, at i deres team kunne der spores et vist opgør med de gamle informelle traditioner, rutiner og kulturer. Der var generel enighed om, at når MSO var så decentralt opbygget, og "dem i toppen havde så lidt indsigt i, hvad der foregår i det daglige", var det afgørende for kulturen, hvordan den lokale ledelse handlede.

Det hører her med, at deltagerne gennem hele interviewet i de 6 grupper gang på gang blev overrasket over de store forskelle på rammebetingelserne, hvilket på den ene side bestyrkede deres fordomme om, at der ikke er styr på organisationen og på den anden side satte gang i kollektive overvejelser om det nødvendige i at få ensartede regler for at overvinde den lokalt oplevede vilkårlighed og udsathed over for den lokale leders forskellige dispositioner.

For det ottende fremgår det af interviewene, at deltagerne har en meget diffus opfattelse af kompetenceudvikling, hvor de sammenblander korte instruktioner og oplæg på personalemøder med formaliserede efteruddannelseskurser. Det var først, da intervieweren kort redgjorde for sondringerne og spurgte konkret ind til, om de f.eks. deltog i specifikke fagkurser i AMU systemet, at deltagerne kunne besvare spørgsmålet. Det gennemgående svar var, at hjælpere ikke længere har den samme mulighed for formelt at efteruddanne sig som tidligere. Forklaringen var, at der i det enkelte team enten ikke var budget til, at man kan komme på kursus, eller også at der ikke var tid. Så det meste efteruddannelse eller indlæring af nye kompetencer foregår via sidemandsoplæring, som de fleste i øvrigt fandt, var alt for uensartet i kvalitet.

Det skal dog tilføjes, at det gennem interviewene var ganske vanskeligt at få et klart billede af, hvor meget systematisk efteruddannelse af personalet, der faktisk gennemføres i MSO regi og kvaliteten af denne. Dertil var svarene ofte enten for ukonkrete eller fragmentariske, hvilket måske kan tilskrives en relativ begrænset viden om, hvad der findes af muligheder, og at det måske ikke er et tema, der fylder meget i den pressede hverdag, som blev beskrevet. Under

alle omstændigheder gav deltagerne i svarene ikke indtryk af, at efteruddannelse er et fremtrædende tema i deres daglige arbejde og i samspillet mellem den lokale teamledelse og social- og sundhedshjælperne.

Det gælder for så vidt også deltagernes reaktion på spørgsmålet om opskoling til social- og sundhedsassistent, hvilket kan undre, al den stund de ikke kan være uvidende om den igangværende offentlige diskussion om fremtidens kompetenceprofiler i det nære sundhedsvæsen og forbeholdet overfor social- og sundhedshjælper funktionen/profilen. Intervieweren havde en oplevelse af en vis distant eller defensiv ligegyldighed over for spørgsmålet, hvilket står i direkte kontrast til deres andre udmeldinger om en vis nervøsitet for fremtiden og deres placering i plejen. Det var først på spørgsmålet om, hvorvidt de ville opskoles, hvis det blev obligatorisk, at deltagerne for alvor reflekterede over spørgsmålet. Hvad indstillingen kan være udtryk for, kan være vanskeligt at afgøre, men det kunne tyde på, at den i øvrigt gennemgående defensive indstilling til, hvad der foregår i den "store organisation", også sætter sit præg på de konkrete forestillinger om gruppens fremtid og de mulige krav til enten efteruddannelse eller decideret opskoling.

For det niende og sidste punkt fremgår det meget klart af interviewene, at deltagerne oplever en markant øget belastningsgrad. Samlet set henviste det store flertal af deltagere til en øget og mere kompleks plejetyngde samt en øget diskrepans mellem tildelte ressourcer og de ændrede borgerprofiler. Deltagerne henviste ikke spontant disse forhold til en ændret visitationspraksis eller til hele visitationsgrundlaget, der indgår i servicelovens bestemmelser. Man havde mere den holdning, at sådan var det, og at det først og fremmest var plejepakkernes tidsudmåling, der var noget galt med, og når man nu ikke kunne få det ændret, blev man nødt til i det daglige selv at forvalte disponeringerne for at få dagligdagen til at hænge sammen.

Det skal i den forbindelse fremhæves, at der i svarene var forskel på, om deltagerne var i hjemmeplejen eller i plejeboligerne. Det var den gennemgående opfattelse, at man havde større mulighed for at kompensere for manglende overensstemmelse mellem ressourcer og opgaver i plejeboligerne end i hjem-

meplejen, hvor den enkelte er bundet op på en køreliste, der ofte (ca. 2 gange om ugen) er overbooket, og hvor den enkelte hjælper ikke på samme måde som i plejeboligerne kan tilrettelægge opgaverne, så de basale ydelser nås. Men det ændrer ikke ved det samlede billede af, at deltagerne ikke fandt det holdbart og tilfredsstillende, at man for mange gange skulle gå på kompromis med de faglige standarder for at nå opgaverne, og at man følte sig klemt mellem "hensynet til økonomien og hensynet til den enkelte borger".

Det er i den forbindelse ikke uvæsenligt, at deltagerne i de 6 grupper næsten samstemmende gav udtryk for et ønske om et opgør med uensartetheden, vilkårligheden, de uformelle strukturer og de heraf afledte subkulturer. En problematik man først rigtigt fik øje på i løbet af interviewene. Deltagerne i alle 6 grupper gjorde det meget klart, at man ønsker stærk faglig ledelse, klare retningslinjer og større inddragelse i de vedtagne fagstrategier samt deltagelse i det tværfaglige arbejde og ensartetheden i delegering af kompetencer, så man på denne ene side løbende uddannes til at kunne noget mere samtidig med, at man på den anden side kunne arbejde sammen med respekt for hinandens fagkompetencer.

Meldingerne i de enkelte grupper var her så entydige, at der ikke er nogen grund til at antage, at det er noget deltagerne har sagt blot for at tilfredsstille de gængse opfattelser på bjerget.

Tværtimod er der grund til at tro, at deltagerne har givet udtryk for et underliggende ønske om at komme fri af den både hierarkisk og systembetingede påtvungne og ikke mindre selvvalgte klemme, som man føler sig fanget i i det daglige arbejde inden for de respektive subkulturer, som deltagerne gennem alle interviewene har beskrevet.

## Gennemgang af interviewresultater fra de to Faktagruppe I interviews

Interviewet er opdelt i et hovedspørgsmål og en række under- eller hjælpespørgsmål. Samtlige spørgsmål er fakta- og rammeorienterede. Formålet med

interviewet i de 2 grupper er, at svarene og diskussionerne her kan modstilles til de seks forudgående fokusgruppeinterviews som en art kontrolspørgsmål/ kvalificeringssvar

Deltagere i hver fakta gruppe interviews: 10 personer. Interviewlængde 2.5 time.

Deltagerne i de to grupper *har ikke kendskab* til de spørgsmål, der blev stillet i Fokusgrupperne og har kun haft mulighed for eventuelt at få et meget overfladisk kendskab til svarene.

Deltagerne, som er rekrutteret fra både plejeboligerne og hjemmeplejen samt fra dag- og aftenvagt anmodes om så udførligt og sammenhængende som muligt at fortælle om forløbet af en arbejdsdag/arbejdsuge. Forskellene i grupperne noteres og indgår som nuanceringer af hovedtrækkene. Der vil med andre ord være tale om interviewerens fortolkninger og hierarkiseringer.

Grupperne blev stillet et enkelt spørgsmål: Fortæl om jeres arbejdsuge så nøgternt og slavisk som muligt. Hver dag fra vagtens begyndelse til afslutning.

Der var knyttet en række under/hjælpespørgsmål til hovedspørgsmålet, men de skulle alene fungere som styringsredskab for intervieweren. Spørgsmålene blev i det store og hele ikke anvendt, da deltagerne af egen drift og relativt sammenhængende var i stand til at redegøre for en arbejdsdags forløb.

Hvert interview indledes med en kort præsentation af de 10 deltagere:

- Navn
- Arbejdssted
- Inde
- Ude
- Vagtlag
- Dag
- Aften
- Nat
- Anciennitet

Gennemgangen af svarene i de 2 faktagrupper afsluttes med nogle kortfattede delkonklusioner. Svarene er som i de foregående fokusgruppeinterviews kondenserede[57] og vægtede.

**Dagvagt i plejeboligerne (begge grupper).**
Der er forskellige mødetider, som fortrinsvis ligger i tidsrummet kl. 6 – 8. Det gælder for dem alle, at man starter med at få læst advis op eller selv gøre det. Der bruges ca. 15-20 min. på morgenmøde. Medicindispenseringen gennemgås kort. Der fordeles opgaver ved evt. sygdom eller andet fravær. Ved fravær skal opgaver prioriteres, da der er færre på arbejde.

Herefter arbejdes der med borgerne til kl. ca. 11-11.30. Der vaskes, ryddes op mv. i sliptiden gennem hele vagten. Efter middag og borgernes hvile forberedes der til eftermiddagskaffe og aftenvagten.

I begge grupper oplever man det som belastende, at der må skæres i tid til opgaverne eller i opgaveløsningen, hver gang der er en sygemelding. Det kan man gøre mere fleksibelt i plejeboligerne end i hjemmeplejen, fordi man har lettere ved at hjælpe hinanden og også komme i kontakt med sygeplejersker og terapeuter, der er "i huset". Ikke desto mindre oplever man, at der er opgaver, som ikke bliver løst eller udsat, uden at de bliver genoptaget på et senere tidspunkt. Deltagerne giver udtryk for, at man godt kunne ønske, at det så i sådanne situationer blev gjort klart, hvilke opgaver der skulle løses og hvilke, der ikke skulle. Men man oplever, at det for ofte er op til den enkelte eller gruppen/grupperne selv at finde løsninger.

Man oplever også, at dagsprogrammet er så stramt, at der er få muligheder for at improvisere og reelt være orienteret mod og imødekommende over for borgernes behov. Deltagerne gav udtryk for, at de i deres daglige tilrettelæggelse af arbejdet forsøgte at leve op til MSO's plejestrategier og parole om "Borgeren i centrum", men at man alt for ofte faldt tilbage på de rutiner, som man ved virker.

[57] Begrebet kondenseret anvendes her i betydningen: Fortættet udgave eller sammenpresning af flere, men nogenlunde ensartede/sammenfaldende ytringer/svar.

Et andet gennemgående problem er de mange ufaglærte og afløsere. Afløserne kender ofte ikke borgerne eller de vedtagne instrukser mv., og det indebærer, at de faste får pålagt flere opgaver og indirekte ansvar, hvilket går ud over de planer, man egentlig havde besluttet sig for dagen i forvejen. I begge grupper fandt man, at det virkede demotiverende i forhold til indfrielsen af de mange gode hensigter og nye fagstrategier, at man forholdsvis ofte kunne opleve kun at være ganske få fastansatte social- og sundhedshjælpere i vagt med flere afløsere eller ufaglærte. Selv om det selvfølgelig er godt "at der er de hænder, der skal til", virker det alligevel devaluerende og demotiverende, at løst ansatte eller ufaglærte næsten må udføre de samme handlinger som en faglært.

Adspurgt om det fyldte meget i dagligdagen og ikke kun her i interviewet, svarede et flertal i begge grupper, at det fyldte meget. Sygdom og fravær var virkelig belastende, fordi man ofte skulle klare opgaverne med det personale, der var mødt op. Og selv om der kom afløsere, skulle disse sættes ind i opga-

*"Den ene dag må man udføre bestemte handlinger, som man har fået delegeret kompetence til. Den næste dag må man ikke. Nogen gange bliver man "forvirret på et højere plan".* *Foto: Colourbox*

verne, og som et generelt billede oplevede deltagerne, at kontinuiteten blev slået i stykker.

Ved gennemgangen af dagvagtens forskellige opgaver kom det frem i begge grupper, at der fra plejecenter til plejecenter og fra team til team er relativ stor forskel på plejetyngde og den måde, der delegeres på, og hvilke kompetencer, der delegeres. Forskellene gik også på, hvordan en given oplæring/instruktion foregår. Nogen steder følges oplæringsprocedurerne slavisk og stort set uden afvigelser. Andre steder håndteres procedurerne mindre stramt, og et flertal af deltagerne havde oplevet og nogen ofte, at oplæringen/instruksen gives pr. telefon på grund af tidspres. Flere deltagere i begge grupper gav også udtryk for, at fremgangsmåden var personafhængig både hvad angår afgiver og modtager af instruks/oplæring, og at kriterierne for delegering og oplæring ændrede sig. "Den ene dag må man udføre bestemte handlinger, som man har fået delegeret kompetence til. Den næste dag må man ikke. Nogen gange bliver man "forvirret på et højere plan". Det afhænger meget af, hvem af assistenterne, der er i vagt". Udsagnet kom fra en enkelt deltager, men dækker meget præcist det billede, som flertallet i de to grupper tegnede.

**Aftenvagt i plejeboligerne**

Det første, man gør, er at læse advis. For begge gruppers vedkommende oplevede deltagerne, at der ikke altid var tid til at gennemgå advis grundigt, men det kom frem, at der var forskel på betingelserne fra sted til sted.

Der blev givet et billede af, at aftenvagten ofte på relativt kort tid skal vurdere situationen og opdele opgaver i "skal-opgaver" og "kan-opgaver". Dvs. at aftenvagten fra dag til dag skal vurdere, hvilke opgaver der skal løses ud over de mest obligatoriske i ydelsespakkerne, der opfattes som "skal-opgaver". Det er hovedsagligt social- og sundhedshjælperen selv eller i samarbejde med kolleger og en social- og sundhedsassistent, der vurderer, hvilke opgaver der skal løses. Hvis der er sygdom, kan nogen "skal-opgaver" godt ændres til "kan-opgaver".

Når advis er læst og opgaverne fordelt mv. er man sammen med borgerne eller udfører praktiske opgaver. Efterfølgende forberedes der til aftensmad kl. ca. 17.30.

Resten af vagten går med at hjælpe borgere i seng, løse individuelle opgaver/problemer og ordne de mange forskellige ad hoc opgaver. Der er også kaldopgaver og ind imellem en del akutopgaver og samtaler med pårørende. Der blev givet udtryk for, at der fra team til team er forskelle på, hvordan opgaverne prioriteres i forhold til plejeplaner, borgernes mulighed for oplevelser og i forhold til rehabiliteringsindsatsen. I weekenden fungerer rehabilitering slet ikke. Der disponeres heller ikke på samme måde. Vagtdækningen er for det meste så sparsom, at man kun kan ordne det mest nødvendige.

Aftenvagternes afsluttende vurdering er, at der i hvert fald om aftenen er kommet flere UTH, og at de også er blevet mere synlige. Deres samstemmende oplevelse er, at årsagen nok skal findes i tidspres, og at der er for mange ufaglærte og afløsere i vagt.

**Dagvagt i hjemmeplejen**
Man møder ind på lidt forskellige tidspunkter. Men det gennemgående er, at man tænder sin tablet og gennemgår kørelister, obs. for medicin og andre forhold vedr. den enkelte borger. Henter nøgler. Læser advis og evt. instrukser mv.

Herefter drøfter man kort borgerne i gruppen og evt. ændringer i kørelisterne. Hvis der er sygdom eller andet fravær fordeles "de overskydende borgere" på kørelisterne. Herefter disponerer man selv de enkelte besøg. Ved sygdom eller ved akut opståede problemer fordeler man ofte selv borgerne mellem sig uden om disponenterne. Andre gange omdisponeres der formelt. Her giver deltagerne udtryk for, at der er procedureforskelle fra team til team. Der er afsat 15 min. (officielt budgetmæssigt 7.5 min.) til at nå ovenstående, hvilket ifølge de fleste deltagere ikke er tilstrækkeligt.

Det hænder ganske ofte, at den enkelte social- og sundhedshjælper vurderer, at disponeringen og kørelisten vil give for meget vej-tid, hvilket betyder, at man fordeler borgerne mellem sig for tredje gang, så den faktiske køreliste passer bedre med kravet om at reducere i vej-tid.

Deltagerne fortæller nogenlunde samstemmende, at der er store forskelle på pausetiden og pausebestemmelserne, men at det generelle billede er, at pauserne "ædes op af vej-tid". Enten fordi kørelisterne ikke er realistisk afstemt med geografien, eller fordi de ikke er i overensstemmelse med de faktiske trafikforhold.

Deltagerne giver et forholdsvis ensartet billede af, hvordan deres dag foregår ude ved borgerne, men det kommer frem, at der ikke er nogen ensartet praksis hvad angår dokumentation. Nogen har kompetence til selv at dokumentere, andre skal inddrage en social- og sundhedsassistent for at dokumentere og notere i fokusområdet. Andre har ikke lært at bruge en tablet, hvorfor de skriver i samarbejdsbogen. Det kan også skyldes, at der ikke er tilstrækkelig stabil teledækning i det område, hvor man arbejder.

Det kommer frem i deltagernes indbyrdes diskussioner, at der store forskelle på, hvordan der gives information, og hvordan møderne om formiddagen afvikles. Det fremgår ikke ganske tydeligt, hvor systematisk borgerne drøftes. Flere deltagere fortæller, at de spiser samtidig med, at de dokumenterer og drøfter borgerne. Andre oplyser, at møderne er meget strukturerede. Der er også forskelle hvad angår modtagelse af information. Om man får den om morgenen eller på teammøderne.

Overlevering af observationer og andre vigtige meddelelser om borgerne foregår ifølge et flertal af deltagerne efter reglerne, *for så vidt der er tid.* Men det er sjældent, at man når det hele på en tilfredsstillende måde inden for den afsatte tid. Et flertal oplever således, at der både er for lidt tid om morgenen og ved afslutning af vagten til at gennemgå borgere, dokumentere og videregive observationer og informationer. Et flertal gav også udtryk for, at man følte sig meget alene med de forskellige borgere, fordi der sjældent var tilstrækkelig tid til en mere grundig sparring og drøftelse af faglige problemstillinger. Til gengæld oplever man, at der er flere mindre uformelle netværk, hvor de faglige problemstillinger drøftes, og inden for hvilke man hjælper hinanden. Men det kan let give klikedannelser, som deltagerne fortæller om.

I deltagernes drøftelse af, hvad de foretager sig ude hos borgerne, kom det frem, at der er store forskelle på, hvor meget kompetence de har fået delegeret, og hvordan delegationen sker. Men hvis man kender hinanden, som flere angav, kan sygeplejersken godt delegere pr. telefon. Det sker især, når der er travlt enten på grund af sygdom og overbookede kørelister, eller hvis der er flere tunge opgaver ved flere borgere. Enkelte deltagere gav udtryk for, at der i deres team ikke blev afveget fra de formelle procedurer. Det var et mindretal. Ifølge et flertal af deltagere foregår en del af kollegastøtten, kompetenceudvikling, videregivelse af erfaringer og oplæring de enkelte kolleger imellem eller indenfor informelle netværk, hvor man kender hinanden "og ligesom danner en gruppe".

**Aftenvagt i hjemmeplejen**
Det generelle billede er, at man møder ind kl. 15.00. Advis og evt. instrukser (gennemgang af instrukser udskydes engang imellem, hvis der er pres på) læses igennem. Herefter gennemgås kørelister. Nogen steder har man en "aftenvagtbog", hvor de vigtigste informationer kan læses. Der følges op på kørelisterne, og hvis man opdager fejl og mangler, ændres de. Det er noget aftenvagterne gør indbyrdes. Nogen gange noteres ændringerne, andre gange sker det ikke. Der er ofte kontakt til aftensygeplejersken og i mindre grad til dagvagterne, hvis der er noget, der skal afklares.

Der skal hentes nøgler og låses overalt. Bilen skal tjekkes, og samtidig vurderes der på, hvor og hvordan merforbruget af tid skal indhentes. Kan man ændre i kørelistens rækkefølge, eller er der ydelser, der kan udføres hurtigere mv. Relativt samstemmende fortæller deltagerne, at de næsten uden at tænke over det foretager disse kalkulationer, fordi de som hovedregel ikke kan nå at udføre de nødvendige opgaver "inde" inden for den afsatte tid. Nogle få deltagere gav modsat udtryk for, at man hos dem havde planlagt hele forløbet på en måde, så processen godt kunne gennemføres på den normerede tid.

Hele processen tager mellem 20-30 min. Der er afsat 15 min.

Selve udekørslen om aftenen foregår ifølge alle deltagerne i et meget højt tempo. Ofte må der foretages omdisponeringer, hvis der er kald eller andre ufor-

udsete forsinkelser. I de situationer, og dem er der for mange af ifølge deltagerne, disponeres der på en måde, hvor der tages mindre hensyn til borgeren end til geografi og tid. Eksempelvis kan et kald eller en anden forsinkelse medføre, at en borger lægges i seng flere timer før vedkommendes normale sengetid. Et stort flertal af deltagerne skønner, at tidsrammen og dermed kørelistens kronologi overskrides mindst en gang om ugen. Nogen gange noteres det, andre gange gøres det ikke.

Et flertal af deltagerne oplyser, at man ind imellem (kan ske flere gange på en uge) ikke kan vente på at få en delegering til at fortage en bestemt plejehandling over for en borger. Det tager også for lang tid at vente på en sygeplejerske eller en social- og sundhedsassistent. Så foretages der delegering telefonisk. Hvorvidt det foregår på den måde, beror for det meste på et godt kendskab til hinanden på tværs af faggrænser og fagkompetencer. Ofte beror den form for delegering også på eksistensen af informelle "arbejdsalliancer og netværk". I den sammenhæng udtrykker flere deltagere i begge grupper stor frustration over, at "man efterhånden ikke ved, hvad man har og ikke har af kompetencer. Det ændrer sig hele tid og spænder ben for planlægningen og kontinuiteten".

Ved arbejdstids ophør skriver man advis og afleverer nøgler. Flere deltagere giver udtryk for, at de skriver advis i deres pauser, eller hvis der lige er "et hul". Ellers kan de have svært ved at nå det. Det store flertal af deltagere oplever tidsrammen for at skrive advis og dokumentere som et stort problem, som for dem føjer sig til problemet med, at informationen bredt set er for tilfældig, og at man som aftenvagt skal være meget opsøgende for at få den tilstrækkelige information.

Der er bred enighed om, at arbejdet er udpræget alene-arbejde, men også at en arbejdsuges forløb afhænger af, hvordan de informelle netværk fungerer, og hvor meget fravær der er, herunder hvor mange afløsere, der er i vagt.

**Kort delanalyse af de gennemførte interviews**

De gennemførte interviews beskriver meget summarisk dagligdagen i en almindelig arbejdsuge for social- og sundhedshjælperne i henholdsvis plejebo-

ligerne og i hjemmeplejen. Som det fremgår, er nattevagten ikke beskrevet, og beskrivelserne af aftenvagten må siges at bygge på et spinkelt grundlag hvad angår repræsentation, hvilket selvfølgelig også begrænser udsagnenes formelle vægt.

Hensigten med de to interviews var at fremstille hovedtræk i en almindelig arbejdsdag/arbejdsuge på grundlag af deltagernes egne beskrivelser og perspektiv. Der kan ud fra udsagnene ikke uddrages mere generelle og især akkurate konklusioner om, at det er sådan en arbejdsuge forløber for alle ansatte social- og sundhedshjælpere i MSO. Det har heller ikke været intentionen.

Formålet har snævert været gennem deltagernes udsagn om deres arbejdsuges forløb at få belyst afvigelser eller overensstemmelser i forhold til de rammer, som deltagerne beskrev i de 6 fokusgruppeinterviews.

I det store og hele, hvad angår tendenser, konvergerer[58] deltagernes redegørelser og beskrivelser med beskrivelserne og oplevelser, som deltagerne i de 6 fokusgrupper fortalte om.

Beskrivelsen af de relativt store forskelle i procedurer for delegering og forskellene mellem de formelle disponeringsprocedurer, og hvad der rent faktisk foregår, er samstemmende. Det samme gælder hvad angår information og "selvforvaltning" i den konkrete disponering i forhold til den enkelte borger, herunder skismaet mellem hensynet til den enkelte borger og opfyldelse af mål- og økonomikrav. Den relativt stramme tidsstyring går også igen.

Som noget nyt i forhold til de 6 fokusgruppeinterviews fremkommer problemstillingen med de ufaglærte og afløsere som et forhold der – sådan som det beskrives – virker belastende ind på de daglige arbejdsgange og opretholdelse af den formelle faglige standard.

[58] Konvergere her i betydningen: Udsagn, der hælder mod den samme betydning/mening, hvilket ikke er det samme som enslydende.

Man bemærker (hvilket undrede intervieweren) at ingen af deltagerne i deres gennemgang af et dagsforløb refererer til teamlederen som en *central figur.* Deltagerne fortalte om både det formelle og informelle samarbejde med andre kolleger og kolleger fra de andre faggrupper, men man fortalte ikke meget om kontakt til lederen hverken hvad angår organisatoriske, administrative eller faglige spørgsmål.

Hvorimod man som i de 6 fokusgruppeinterviews fortalte om samarbejde med kolleger og andre faggrupper (hovedsageligt sygeplejersker) hvad angår faglig sparring og problemløsning. Det siger ikke noget om, at der ikke er dette samarbejde med lederen, men alene noget om, at ingen deltager eksplicit nævnte den lokale leder i deres beretninger. Omvendt fortalte de deltagere, der var i dagvagt i hjemmeplejen om kontakten til disponenterne, og deres jævnlige drøftelser af disponeringens overensstemmelse med de faktiske forhold, som deltagerne oplevede dem.

Der kan ligeledes konstateres en konvergens i oplevelser hvad angår de informelle relationer og netværk og disses betydning for omdisponeringer, faglig sparring, justeringer mv., samt at disse netværk eller mindre grupper har en fremskudt betydning i den interne organisation, underliggende subkultur og hjælpernes bevidsthed, som flere af deltagerne fortalte om.

Deltagerne i begge grupper var i lighed med deres kolleger fra de 6 første grupper selv noget forundrede over at erfare, hvor store forskellene i procedurer, informationsgange, delegering mv. er mellem de forskellige teams og lokalcentre. Det kan tale for, at temaerne om vilkårlighed og meget uensartede ledelses- og organisationsforhold, som deltagerne i de 6 fokusgruppeinterviews kredsede om, udgør et centralt problem i MSO organisationen, og at disse forskelle uerkendt indvirker på social- og sundhedshjælpernes oplevelse af kontinuitet og ensartethed samt påvirker deres måde at sætte egne kompetencer i spil på. Ingen i de to grupper fandt det hverken rigtigt eller hensigtsmæssigt, at mange af deres dispositioner ude hos borgerne eller i forhold til arbejdsdagen i plejeboligerne ikke er formelle og ikke følger de formelle retningslinjer.

Men, som det blev gentaget under de to interviews, ”Hvis vi ikke gør det på den måde, hænger dagen ikke sammen”.

I begge grupper oplevede et flertal, at tiden og normeringen er så stram, at der ikke skal mange problemer hos en borger eller akut opståede konflikter til, før dagsplanen bryder sammen. I sådanne situationer, fortalte flertallet af deltagere, må man handle på egen hånd og ofte i samarbejde med en sygeplejerske eller andre kolleger. Her tegnede sig dog en vis forskel på forholdene i plejeboligerne og hjemmeplejen. Deltagerne, der kom fra hjemmeplejen, angav, at man ofte stod i situationer, hvor man (social- og sundhedshjælper, sygeplejerske eller Social-og sundhedsassistent geografisk adskilt) ikke kunne vente på hjælp fra enten en sygeplejerske eller en social- og sundhedsassistent. Så hjælpen eller delegeringen blev givet telefonisk afhængig af, hvor godt man kender hinanden.

Noget kan tyde på, at der hvad angår graden af informalitet, er et sammenfald mellem det, deltagerne fra de første 6 interviews beskriver og det, deltagerne fra de 2 faktagrupper beskriver. Til gengæld er det vanskeligt ud fra deltagernes udsagn at kvantificere graden af informalitet. Dvs. hvor mange gange i løbet af en uge, der omdisponeres, uden det dokumenteres. Hvor mange ændringer, der gennemføres på selve ruten set på ugebasis. Hvor mange delegeringer, der foregår telefonisk i løbet af en uge, og hvor ofte kørelisterne og planerne må ændres på grund af sygdom eller andet fravær. Skal man imidlertid bruge vægtningen af disse forhold i interviewene som en slags indikator, er det indtrykket, at de beskrevne forhold indtager en væsentlig plads i det daglige arbejde og fylder meget i bevidstheden, hvilket deltagerne i fokusgruppeinterviewene også gav udtryk for.

Sætter man de 2 interviews over for de 6 fokusgruppeinterviews er der intet, der tyder på, at deltagerne i fokusgrupperne har overdrevet i deres beskrivelser, eller at deres oplevelser alene refererer til en bestemt og udtalt ”brokkekultur” inden for faggruppen. Der er heller ikke noget, der tyder på, at deltagerne i de 6 fokusgrupper har beskrevet de bagved liggende subkulturelle mønstre

alene ud fra fornemmelser eller mytisk tænkning. Deres udsagn bekræftes på praktisk vis gennem beskrivelserne af dagspraksis i de 2 andre grupper. Vi kender blot ikke omfanget og dybden af og i de subkulturelle mønstre.

## Gennemgang af interviewresultater fra "historiegruppen"

Interviewet er opdelt i nogle få rammesættende spørgsmål. Hertil føjer sig en række interviewstyrende hjælpespørgsmål i tilfælde af, at deltagerne ikke tilstrækkeligt fyldigt kunne besvare de overordnede spørgsmål. Hensigten med interviewet har været at få en beskrivelse af opgaver, organisering, kompetencer, roller og borgerprofiler, som prægede social- og sundhedshjælpernes arbejde før 2003.

Den bagved liggende antagelse har været: At arbejdsbetingelser og måden at se på arbejdet/funktionen på har ændret sig afgørende siden indførelse af frit valgs loven i 2003. Det kan være rigtigt. Men ændringernes omfang kan også være overdrevet. Af den grund gennemføres interviewet med henblik på at frembringe et relativt autentisk materiale til en eventuel modstilling af forholdene før og efter frit valgs loven. Alle hidtidige interviews er foretaget inden for rammen af frit valgs loven.

Ingen af deltagerne i interviewet havde kendskab til spørgsmål og svar i de foregående 8 interviews.

Deltagere i historiegruppe interviews: 10 personer. Interviewlængde 2.5 time.

Interviewet indledes med en kort præsentation af deltagerne:

- Navn
- Arbejdssted
- Inde
- Ude
- Anciennitet

Gennemgangen af svarene i "historiegruppen" afsluttes med nogle kortfattede delkonklusioner. Svarene er som i de foregående gruppeinterviews kondenserede og vægtede.

**Gennemgang af interviewsvar**
Interviewgruppen blev stillet 4 spørgsmål, som de kunne besvare gennem "historiefortælling" og gennem intern drøftelse af, "hvordan var det nu, det var". Som en beskrivelse af, hvad man gjorde og måden at opleve tingene på.

På det første spørgsmål om deres opgaver i hjemmeplejen tidligere og den måde, de har udviklet sig på, fortalte deltagerne, at de ofte kunne have praktiske opgaver hos en borger, men ikke nogen plejeopgaver og hos andre borgere, var det plejen, der var det fremherskende. Mange af opgaverne bestod i madlavning, rengøring, meget simple plejeopgaver, indkøb ofte sammen med borgeren. De deltagere, der også havde arbejdet i hjemmeplejen i 80'erne, havde i vid udstrækning været vant til at dosere medicin, og de havde i det hele taget været meget medbestemmende om definition og løsning af opgaverne.

Så vidt de kunne huske var organisationen meget simpel. Der var direktøren/socialchefen, nogle områdeledere og hjemmehjælpsledere, aktivitetsledere og et beskedent administrativt personale. Hjemmehjælpslederne var fagledere og var ofte selv ude at visitere borgere sammen med en hjemmehjælper og senere social- og sundhedshjælper. Herudover var lederne på tilsynsbesøg.

Men i det store og hele stod hjemmehjælperne selv for at meste af organiseringen, dokumentationen, revisiteringen og indgåelse af aftaler med borgerne på ugebasis. Sådan som deltagerne selv fortæller, var det først og fremmest det sociale perspektiv, der var styrende for indsatsen både hvad angår pleje og praktisk bistand. "Hjælp til selvhjælp" gik som en rød tråd gennem arbejdet med den enkelte borger, hvor man gjorde meget ud af at "oplære borgeren til at kunne klare flere opgaver selv". Det skete ofte i forbindelse med, at hjemmehjælperen så tog sig af det hårdere rengøringsarbejde, og hvor borgeren hjalp til så godt, han/hun kunne. Men det skete hovedsageligt som en slags "samarbejde" mellem hjemmehjælperen og borgeren.

Et flertal af deltagerne fortæller, at de hver uge fik tilsendt ugesedler med posten, som de efterfølgende selv skulle administrere. Selvfølgelig kunne de altid kontakte hjemmehjælpslederen, men for det meste klarede de det selv eller i samarbejde med deres kolleger.

Den gamle hushjælpstankegang hang ved, også selv om området op gennem 80'erne og 90'erne blev mere og mere professionaliseret.

På spørgsmålet om arbejdets organisering fortæller deltagerne, at borgerne ofte blev henvist, som visitation hed den gang, af egen læge, af sygehuset eller efter ansøgning om hjælp hos hjemmehjælpslederen. Herefter blev den henviste borger vurderet, og der blev skønsmæssigt defineret opgaver og sat tid af til borgeren. Herefter blev hjælpen og tiden revideret op og ned på baggrund af en fælles vurdering fra hjemmehjælper og lederen.

Da de begyndte at møde ind i "kollektiverne" (professionel samling af en plejegruppe) blev borgerne eksempelvis fordelt efter noget, der hed T-kort, og man byttede borgere efter skøn og professionel vurdering af matchet mellem hjælper og borger. Deltagerne lægger her meget vægt på, at det hele foregik kollektivt og betegner det som et stort fremskridt, i og med de hver især kom en del fri af alene-arbejdet og også fik mulighed for kollegial sparring og i ligeså høj grad debriefing, når den enkelte hjælper havde været ude for noget dramatisk.

Deltagerne skønner (og det *er* et skøn), at ATA (ansigt-til-ansigttid) lå på 70%, men det er vanskeligt at blive meget mere præcis, for der var ingen opgørelser på den måde. Man fik tildelt tid og borgere pr. uge. Der var overlap i alle vagtlag, så man var godt orienteret.

Der var store forskelle fra område til område, hvad angår hvor mange opgaver, der blev delegeret og procedurerne herfor. Men deltagerne i gruppen er helt enige om, at man den gang "måtte meget mere", end tilfældet er i dag, hvilket de opfatter som en devaluerende udvikling. "Man har da vel lært en del, som kunne bruges i dag", siger næsten alle deltagerne.

Der har altid været en eller anden form for fordeling. De fordelte selv deres egen tid og stod i stor udstrækning for kontakten til borgerens læge, til hospitalerne osv. Det var ikke noget, de havde lært eller tænkt videre over, det var noget man lærte ved at gøre det. Det betød også, at arbejdstid og fri tid ind imellem kunne flyde ud i ét, for man gik ikke fra en borger, der havde hjælp

behov eller fra pårørende, hvis en borger eksempelvis var døende. *Det var et korpskodeks.*

Deltagerne skønner, at hver hjemmehjælper/social- og sundhedshjælper havde ca. 6 borgere. Det var ikke nær så mange som i dag, men til gengæld havde de tid til at tale med borgerne, sætte sig ind i deres historier og daglige fortrædeligheder eller glæder. Det betød, at hjælperen også udgjorde en slags social kontakt og *forbindelsesled* til lokalområdet. Men, som flertallet fortæller, var borgerne heller ikke så syge den gang. Det ændrede sig dog noget, da sloganet om "længst mulig i eget hjem" vandt indpas som nyt paradigme i ældreplejen.[59]

I det hele taget begynder der at ske en del inden for området i slutningen af 90'erne. Man begynder at se mere på økonomi- og tidsstyring, og klientellet ændrer sig også. Der kommer flere borgere med psykiatriske diagnoser, og der bliver flere plejeopgaver, som man ikke havde mange af tidligere. Men, som deltagerne understreger, "Vi så på borgerne som nogen, der var forskellige, og vi gjorde meget ud af ikke at sygeliggøre dem". Det gælder også for borgere med psykiatriske diagnoser eller med misbrug. To deltagere siger: "vi tænkte slet ikke sådan i diagnoser".

På spørgsmålet om arbejdet med borgerne og målsætninger, fortæller deltagerne, at de som regel mødte ind kl. 7.00. Der deltog 15-20 i morgenmøderne. Herefter kørte man ud til hjemmene. Man arbejdede i vid udstrækning alene og kørte direkte hjem efter endt arbejdsdag. To kolleger på et hold stod for overleveringerne og dokumentation i "lægens ark".

Man arbejdede ikke efter deciderede plejemål. Det var op til den enkelte hjælpers konkrete skøn, hvad der skulle gøres hos den enkelte borger, men man gennemgik de enkelte borgere grundigt på de ugentlige møder og i "overlap situationer". Så var der også det forholdsvis tætte samarbejde med aktivitetsterapeuter, fysioterapeuter, beskæftigelsesvejledere og sygeplejersker, der gjorde,

[59] Tine Fristrup, Lektor DPU/AU: En ny tids ældreliv. Fra 80'ernes ældrepolitik til 00'ernes gerontopædagogogik i det almene boligliv, 2010.

at den enkelte hjælper alligevel opfattede sig som et integreret led i det tværfaglige samarbejde, og man kunne altid hente hjælp og støtte i dette samarbejde. På den måde var der i virkeligheden også flere "øjne der så på den enkelte borger" og var med til at vurdere, om hjælpen til den enkelte skulle øges eller reduceres.

På spørgsmålet om, hvordan de helt overordnet ville beskrive forskellene fra nutidens pleje og omsorg til den gang for mellem 15 og 20 år siden, svarer alle uden undtagelse, at hjælperne har mistet indflydelse på eget arbejde.

Nu skal der hele tiden forhandles om tid og ydelser, og vi ved aldrig, hvad der sker af nyt. Tidligere skete der også en del nyt, især sidst i 90'erne. Men vi blev altid orienteret grundigt og havde lejlighed til at diskutere ændringerne. "I dag må vi noget, som vi ikke må i morgen. Det er bortset fra tempoet næsten det værste".

Tidligere skulle man ikke dokumentere så meget, men vi talte mere om, hvad vi gjorde, og på den måde var både kolleger og leder nogenlunde orienteret om, hvad der blev gjort. Dertil kommer, at det er meget vanskeligt at arbejde med ydelsespakker, fordi de næsten aldrig stemmer overens med, hvad social- og sundhedshjælperen observerer af problemer og behov og/eller muligheder. "Det er jo reelt ikke at tage udgangspunkt i den enkelte borger, som vi ellers taler meget om", siger flere deltagere. "Tidligere brugte vi ikke den slags ord. Vi tænkte måske ikke sådan. Det var bare naturligt, at man udførte det, som man mente, der var brug for hos den enkelte borger".

Man har i dag mistet disponeringsretten – i hvert fald formelt, som en deltager bemærker. Tidligere kunne man tilrettelægge nogle øvelser med den enkelte borger, i dag skal der bevilges tid til rehabilitering, som efter deltagernes oplevelse ikke adskiller sig meget fra det, man tidligere foretog sig uden dog at bruge ordet rehabilitering. Det gælder også hverdagsrehabilitering. Det lå som en naturlig del af en hjemmehjælpers arbejde.

I dag oplever deltagerne også, at man lidt underforstået overdokumenterer for at holde sin egen ryg fri over for klager. Klageadfærden har ændret sig me-

get, og man får ikke den samme opbakning fra sine ledere som tidligere. Som flere tilføjer, kan det måske hænge sammen med, at lederne i dag ikke har den samme viden om den enkelte borger, som de havde tidligere. Det kan måske også hænge samme med, påpeger nogen af deltagerne, at visitatorerne i dag "oversælger" nogen af ydelserne i konkurrencen med de private, så forventningerne skrues op på et niveau, hvor de ikke kan indfris.

Det store flertal af deltagere påpeger afslutningsvis, at selvfølgelig er tidspresset en betydningsfuld faktor for deres daglige arbejde i dag, men det betyder ligeså meget for arbejdsglæden og interessen i nedadgående retning, at man som faggruppe ikke længere har den indflydelse på det hele, som man havde tidligere og heller ikke føler, at man bliver hørt.

> "Det er som at være spærret inde", var afslutningen fra en deltager. "Man kan en hel masse, som man ikke må bruge, eller også regner man ikke med, at vi faktisk kan det".

**Kort delanalyse af det gennemførte interview**
Formålet med at interviewe en gruppe social- og sundhedshjælpere med høj anciennitet har været ønsket om at lægge et historisk perspektiv ind over de udsagn, der måtte fremkomme i de 6 fokusgruppeinterviews. Ud fra en antagelse om at der dels er foregået store ændringer inden for ældreplejen både i organisering, tilgang til borgerne og opgaver og i hjælpernes funktions- og arbejdsvilkår op til og især efter Frit valgs reformen i 2003. Men også ud fra en antagelse om, at hjælpernes selvforståelse og indstilling til vilkårene i dag ikke helt kan forstås uden inddragelse af den historiske dimension.

Som det fremgår af interviewet, kan man af deltagernes udsagn og især af deres indbyrdes samtaler gennem interviewet ane meget store kulturforskelle fra dengang til i dag, men nok så væsentligt giver deltagerne et indtryk af, at flere "af de gamle" kulturspor fortsat ligger dybt indlejret i gruppens måde at tænke på og forstå sig selv på, og lever deres eget liv uden hverken at blive forstået bevidst eller formuleret.

Når deltagerne fortæller, at de oplever at have mistet indflydelse, fremgår det tydeligt af interviewet, at man her tænker på tabet af kompetencer som eksempelvis - mulighed for:

- Selvstændig planlægning
- Ledelsestillid til deres evne til at kunne behovsvurdere
- Mere eller mindre målrettet tilrettelæggelse af daglig rehabilitering for at reducere borgernes funktionshenfald
- Udførelse af funktion med at hjælpe borgerne til at opbygge eller vedligeholde sociale netværk og sociale orienteringsevne
- For tværfagligt samarbejde, hvor man følte sig mere ligeværdig end i dag.

Disse og flere andre kompetencer spekulerede man ikke så meget over tidligere, fordi de lå indlejret i faget som en slags "tavs viden" – dvs. som "selvfølgeligheder".

Deltagerne oplever, at meget af det man gjorde tidligere, men aldrig satte ind i en systematisk begrundet forståelsesramme, ikke adskiller sig meget fra det, man i dag diskuterer næsten hele tiden, dog uden at hjælpernes stemme og erfaring inddrages formelt og systematisk.

I deltagernes indbyrdes drøftelser gik den opfattelse igen, at de oplevede sig selv i et krydsfelt mellem tidligere tiders selvfølgelig forebyggelsesperspektiv og *sociale orientering* og det i dag mere *diagnostisk orienterede sundhedsperspektiv*. Hermed sigtede de flere gange til, hvad de opfatter som en unødvendig sygeliggørelse af en række socialt afledte problemstillinger, som man tidligere havde en mere entydig socialt orienteret tilgang til. F.eks. misbrugsproblemer. Selvfølgelig forsøgte man dengang at hjælpe borgeren ud af misbruget, men i virkelighedens verden brugte man flere ressourcer på at hjælpe borgeren til en tålelig tilværelse. Interviewgruppen som helhed kunne ikke nå til enighed om, hvilken en af tilgangene, der er bedst, men man var enige om, at der er for lidt af tankegangen fra den gang i den daglige pleje- og omsorg inden for nutidens ældrepleje.

Deltagerne mente også i egen selvforståelse, at de tidligere havde et dybtgående kendskab til "deres borgere", hvilket ofte indebar, at de kunne gribe tidligt ind – *tidlig opsporing* – hvis der var problemer i anmarch. Det kunne være somatiske problemer, sociale problemer eller problemer i familien. Af samme grund kunne de dengang tidligt kontakte pårørende, sociale instanser, praktiserende læge eller hospitalet. Frekvensen og omfanget af sådanne handlinger fremgik dog ikke ganske klart i interviewet, så det kan ikke afvises, at en faktor som idylliserende tilbageskuen kan gøre sig gældende her.

> Det går også som en rød tråd gennem hele interviewet, at man havde vidtstrakt delegering, men også dengang oplevede stor vilkårlighed og store forskelle fra det ene område og kollektiv til det andet. Men, som flere deltagere bemærkede, er den store forskel, at dengang kunne man som regel "rede trådene ud på møderne" og det blev sjældent til en sag. Dertil kommer, at man i deltagernes optik havde fagledelse. Underforstået i modsætning til i dag.

Igennem interviewet fortalte deltagerne, at man helt klart oplevede en stor ændring i borgerprofilen. Der er flere borgere med komplekse problemer, og der er ikke så mange tilbage af "*de gamle borgere*", der først og fremmest skulle have praktisk- og social hjælp". Det skyldes måske også den stramme visitation, som flere deltagere udtrykte det.

Under deltagernes drøftelse af det sidste spørgsmål, vendte de konstant tilbage til det tema, at der i dag ikke systematisk samles op på deres erfaringer, og at meget af det, der i dag laves projekter om, i virkeligheden er kendt stof. Derfor oplever man i dag sin position som devalueret. Det samme gælder de mange kompetencer, deltagerne mener, at social- og sundhedshjælperne har opbygget. De inddrages aldrig i udviklingsarbejdet, og de oplever ikke, at den kompetenceafklaring, der gennemføres, fanger lige netop deres kompetencer (reale kompetencer).

Gruppens afsluttende kommentar var, at man tidligere som det mest selvfølgelige arbejdede med det, der i dag benævnes "tidlig opsporing". I dag oplever man, at hjemmeplejen først kommer ind i billedet, når borgerne er meget pleje-

krævende, og så har borgerne allerede – efter deltagernes oplevelser – mistet en del af det sociale netværk, der skal bygges på for at rehabilitere dem. "Men sådan er forholdene jo i dag", som en deltager afsluttede interviewet med at sige.

For intervieweren åbner interviewet ganske overraskende for to ikke helt uvæsentlige spørgsmål, som desværre ikke i denne undersøgelse kan besvares tilfredsstillende, men som ikke desto mindre har fået betydning for den efterfølgende analysevinkel.

For det første: Er de oplevelser og den virkelighed, som deltagerne i de foregående interviewgrupper beskriver, som øvre bevidsthedslag farvet og måske styret af overleveringer fra den "gamle hjemmehjælperkultur" – underliggende bevidsthedslag, der tydeligt divergerer[60] med nutidens krav til organisering og professionalisering af ældreplejen?

For det andet: Har man ved indførelsen af frit valg, objektiv visitation og øget diagnostisk orientering af plejen og omsorgen i alt for høj grad tænkt mekanisk, når man har regnet med, at indførelse af tidsstudier, tidsmåling, indførelse af plejestandarder og accelereret projektudvikling mv. også ville ændre den største faggruppes fagkultur og ikke mindst dens selvforståelse?

For selv om man ganske givet kan tale om en vis generationskløft mellem de "gamle" hjælpere og de relativt nyuddannede social- og sundhedshjælpere, så er det som om, de inderste "kulturspor" fortsat er i live og virker i det "dunkle", sådan som de kommer til udtryk i de foregående fokusgruppeinterviews – som en slags bestemt perceptionsmåde[61] og bearbejdningsmodus.[62]

[60] Her i betydningen splittende afvigelse fra noget nutidigt accepteret.

[61] Her i betydningen: En bestemt indsocialiseret måde at sanse og føle omverdenen på og som den centrale måde at fortolke sansningen og følelserne på. Altså fortolkningsaspektet er i centrum.

[62] Her i betydningen: Den gennemgående form for bearbejdning af hændelser, observationer og begivenheder i selve organisationen, herunder fremherskende interaktionsformer.

Eller afslutningsvis sagt meget kortfattet: Hvad er det f.eks., der gør, at man tidligere oplevede vilkårlighed og forskelle som et vilkår men i dag som et påtrængende problem? Skyldes det en ikke gennemført formidling og heling af et angiveligt større kulturbrud end antaget?

## Gennemgang af interviewresultater fra faktagruppe II

Interviewet af Faktagruppe II har til formål at validere svarene fra de foregående 8 interviews. Valideringsspørgsmålene grupperes inden for følgende kategorier:

- Visitations- og ydelsesvurdering
- Disponering
- Delegering
- Kompetencer og kompetenceudvikling
- Information og inddragelse
- Faglig støtte og ledelse

Deltagere i fakta gruppe interviews: 10 personer. Interviewlængde 2.5 time.

Deltagerne i gruppen *har ikke kendskab* til de spørgsmål, der blev stillet i Fokusgrupperne eller nogen af de andre grupper og har kun haft mulighed for eventuelt at få et meget overfladisk kendskab til svarene fra de øvrige interviewede.

- Navn
- Arbejdssted
- Inde
- Ude
- Anciennitet

Gennemgangen af svarene i fra faktagruppe II afsluttes med nogle kortfattede delkonklusioner. Svarene er som i de foregående gruppeinterviews kondenserede og vægtede.

**Gennemgang af interviewsvar**

På det første spørgsmål forklarer deltagerne, at det er borgerkonsulenterne, der visiterer på grundlag af en funktionsvurdering. Ifølge deltagerne foregår visita-

tionen ofte på baggrund af telefonisk kontakt med borgeren, hvorefter borgerkonsulentens vurdering praktisk omsættes til en af de officielle ydelsespakker. Efterfølgende sendes en advis til det team, der skal have pågældende borger. Der kan være forskel på, hvem der først læser advis. Men som hovedregel er det disponenten. Så regnes der på tid, og nogle gange – deltagerne ville ikke estimere – foregår der en reel omprioritering, som ikke altid dokumenteres.

Der er større fleksibilitet i disponeringerne i plejeboligerne. Her foregår fordelingen også mere i overensstemmelse med de formelle kriterier. Det samme gælder delegeringerne. Der er færre tilfældige hændelser, hvis vel at bemærke alle i en vagt er på arbejde.

Adspurgt om der betales for forbrugt tid eller for visiteret tid, fortæller flere af deltagerne, at der som hoveregel faktureres for visiteret tid. I den forbindelse nævner flere, at der ikke anvendes ens regler for opgørelse af ATA tid.

Når en borger skal visiteres til rehabilitering, sker det som oftest på grundlag af en tværfaglig indstilling og beslutning. Herefter er det i mange tilfælde disponenten, der udpeger en bestemt social- og sundhedshjælper til at fungere som forløbsansvarlig under rehabiliteringsforløbet. Under drøftelsen af emnet kommer det frem, at der anvendes forskellige måder at tildele tid på og også efterfølgende justeringer.

Formelt er det altid borgerkonsulenten, der visiterer og revisiterer, men uformelt foregår der flere revisiteringer i forhold til den enkelte borger, fordi man/personalet ind imellem "dispenserer" fra den formelle visitationsgang. Den opleves enten for langsom, eller også skal der forhandles for meget, og her oplever social- og sundhedshjælperen at stå meget svagt, når der skal argumenteres for mere tid til den enkelte borger – dvs. indgå i strategiske forhandlinger. Derfor er det ikke ualmindeligt, at tilbagemeldingen om et observeret reduceret behov for pleje ved en borger kommer langsommere, end når det drejer sig om anmodning om mere tid. På den måde opbygges der en "slags fri tid", som så kan disponeres i forhold til plejebehov, der er større, end der kan opnås ved den givne ydelsespakke. Ifølge deltagerne reducerer man derved

afhængigheden af visitationstiden og øger den daglige fleksibilitet og nødvendige tilpasning af plejen, sådan som det forlanges.

På direkte et spørgsmål medgiver flere af deltagerne, at det er korrekt forstået, når intervieweren opfatter det sagte, som at der fungerer en eller anden form for informel visitation/omvisititation, der enten ikke kommer til borgerkonsulenternes kendskab, eller der ikke tales meget om.

Selve disponeringen foregår ved, at der sendes en visitation til gruppens "postkasse". Disponenten afgør, hvem der skal have borgeren/opgaven og lægger det på skabelonplanen. Hverdagsplanen udgør grundlaget for at disponere. Disponenten fordeler arbejdet ud fra bestemte ofte ikke formaliserede kriterier, der for det meste er baseret på et indgående kendskab til den enkelte kollega. Det betyder, efter deltagernes egen opfattelse, at man som disponent skal have et stort organisatorisk overblik og gode lederegenskaber, da man jo reelt styrer kollegernes arbejde, og ofte også kan løse konflikter, når kolleger føler sig uretfærdigt behandlet eller forfordelt. Nogen deltagere antydede dog, at det ikke er sjældent, at der fordeles efter "mindste modstands princip", hvilket betyder, at de stærkeste hjælpere eller undergrupper får bedre kørelister. Ingen deltager ville dog kvantificere dette fænomen, selv om der flere gange blev spurgt til omfanget.

Blandt deltagerne viste der sig store forskelle på, hvor mange kolleger man disponerer for, og hvor mange timer man er ansat til at disponere.

I det store og hele var deltagerne enige om, at hele det uformelle aspekt i disponeringen og den uformelle ledelse, er et problem, selv om det i hverdagen fungerer nogenlunde, og selv om hverdagen ville bryde sammen, hvis der ikke forekom informel omdisponering. Problemet blev ifølge deltagerne ikke mindre af, at man ikke har helt håndfaste procedurer for hjemtagning af borgere fra hospitalet. Man gav udtryk for forskelle, og at hjemtagningerne ofte foregik ad hoc og uden den nødvendige tid til ordentligt at forberede de forskellige indsatser, der skal "klappe" for at yde den optimale pleje og praktiske bistand. Der blev refereret til, at disponenterne enten selv eller sammen med teamlederen hurtigt skulle rokere rundt i planen for i de situationer at få det hele til at

gå op. Der var enighed om, at borgerprofilen generelt er blevet "tungere" hvad angår pleje og kompleksitet.

Ingen af deltagerne havde et indgående kendskab til de formelle og officielle regler og procedurer for delegering af kompetencer.[63] Selvfølgelig kunne man i overordnede vendinger redegøre for betingelserne for delegering, men man kunne ikke systematisk redegøre for betingelserne og mente i øvrigt også, at der var store forskelle på, hvordan der delegeres. Når disponenterne skulle tage højde for kollegernes kompetencer i deres disponering, foregik det i mange tilfælde ud fra en "privat" – dvs. personlig – viden om, hvad den enkelte kollega måtte have af kompetencer. Disponenterne har selvfølgelig et vist kendskab til den enkelte kollegas formelle kompetencer, men ofte anvendes der en mere vidtgående og informel bedømmelse i disponeringen.

I forhold til generel kompetenceudvikling var det gruppens opfattelse, at den hverken foregik generelt eller systematisk, selv om "der er noget i gang i hele MSO, som skal rette op på det forhold". I det daglige orienterer man sig også mere mod, hvad man har "håndfast" og praktisk kendskab til, hvad angår kompetencerne hos den enkelte, mere end man orienterer sig mod, hvad der står i plejeplanerne. Deltagerne oplyste, at det ikke sker ret ofte, at man i teamet har drøftelser af de generelle behov sat i forhold til, hvad der er af kompetencer. Det er også sjældent, at man drøfter deciderede kompetenceproblemer. Som en deltager udtrykte det: "Vi løser opgaverne, som de kommer, og ellers henter vi støtte fra sygeplejerskerne". Det er ifølge deltagere også lettere at praktisere i plejeboligerne, hvor hjælperne går sammen med en sygeplejerske. Ude i hjemmeplejen beror en del af opgaveløsningen på, at hjælperne kender hinanden eller en sygeplejerske/social- og sundhedsassistent godt, så man kan få kollegastøtte ved problemer, eller hvis man er usikker på en intervention.

På spørgsmålet om information og inddragelse, svarede flertallet af deltagere, at information enten gives på teammøder eller om morgenen, og at det både

[63] Her refereres der til svar på et spørgsmål om deltagernes kendskab til KL Notat: Delegation og brug af faglige kompetenceprofiler, 2013

kunne være teamlederen og disponenten, der videregav information eller instrukser. Det skete som regel mundtligt og sjældent på skrift. I de fleste teams lægges der op til medarbejdernes selvansvarlighed, hvilket betyder deres forpligtelse til selv at opsøge relevant information.

Deltagerne fortalte, at de sjældent havde oplevet en grundig gennemgang og drøftelse af nye plejestrategier, der kom fra forvaltningen. De kunne heller ikke mere sammenhængende redegøre for bl.a. indholdet i *Grib hverdagen* og *De 5 ledetråde*. Selvfølgelig kunne de redegøre for dem i overordnede formuleringer men adspurgt om det nærmere indhold og de bagved liggende rationaler, førte det ikke til mere uddybende forklaringer. Deres opfattelse var, at både de 5 ledetråde og f.eks. *Kærlig kommune* blev fortolket meget lokalt og individuelt og ligeså individuelt omsat til praktisk pleje. Derfor kunne man ifølge deltagerne ikke sige, at man i et team arbejdede efter helt de samme mål. Der blev heller ikke talt så meget om det. Til gengæld blev der talt meget om "fællessprog".

Deltagerne gav udtryk for, at der i det daglige ikke er den store kontakt mellem basispersonalet og teamledelsen og slet ikke med områdeledelsen. Men igen er der store forskelle fra team til team. Nogen steder har den enkelte teamleder en god indsigt i det daglige arbejde og holdes orienteret af disponenten. I andre teams var det deltagernes opfattelse, at teamlederen ikke havde det store kendskab til borgerne eller til hverdagens arbejde, hvilket man opfattede som et stort problem. Det havde også betydning for, hvor meget faglig ledelse og sparring basispersonalet kunne få de forskellige steder, og det forstærkes af, at der sjældent foregår drøftelse af generelle spørgsmål og foretages egentlige risikovurderinger. Bl.a. var det et problem ved introduktionen og anvendelsen af ny velfærdsteknologi og i forhold til komplekse psykiatriske plejeopgaver. Ifølge deltagerne var det deres indtryk, at social- og sundhedshjælperne i hjemmeplejen ofte stod med store og komplekse problemer, som de selv måtte løse på bedste beskub. Hvordan de enkelte løste opgaven spredte sig bagefter og kunne efterfølgende indgå i disponentens tildeling af opgaver. "Man har øje for, hvem der er god til de psykiatriske borgere".

Der var nogen uenighed blandt deltagerne om, hvor meget social- og sundhedshjælperne må dokumentere dvs. skrive i fokusområderne. I nogle teams

skriver hjælperne i fokusområderne. I andre må de ikke. Der skal det være en social- og sundhedsassistent. Der var enighed om, at det nok foregik ligeså tilfældigt som ved delegering af kompetencer.

**Kort delanalyse af det gennemførte interview**
Disponentfunktionen er en nøglefunktion i den daglige fordeling af opgaver og udarbejdelse af kørelister på baggrund af visitationen. Det er også en nøglefunktion i forhold til hjemtagning af borgere fra hospitalet.

Det har således været vores formodning, at disponenterne besidder et mere sammenhængende billede af systemets formelle funktionsmåder og det reale forhold mellem opgaver og kompetencer. Udsagn fra denne gruppe skulle således kunne anvendes som korrektion, problematisering eller bekræftelse af de gennemgående svartendenser i de foregående interviews i Faktagruppe I og de 6 fokusgruppeinterviews.

Tillige har der været en formodning om, at deltagerne kunne redegøre for de faktisk anvendte procedurer som en slags korrektur til de oplevede hos kollegerne i de andre interviewgrupper. Interviewet skal således betragtes som et ønske om at kvalificere udsagnene i de andre grupper, herunder danne modvægt til evt. "farvede" eller suggererede udsagn[64] og tendenser ud fra den betragtning, at der i fokusgruppeinterviews med flere deltagerne, og hvor der er mulighed for frit at diskutere indbyrdes, kan være en tendens til, at deltagerne påvirker hinanden på en suggestiv måde.

Interviewet bekræfter imidlertid i det store og hele de gennemgående svartendenser i såvel Fokusgruppen som i Faktagruppe I og afslører samtidig, at der også hersker store forskelle på disponenternes funktionsvilkår, kompetencer status og handlingsvilkår.

[64] Her i betydningen: Forførende/opildnende udsagn med det resultat, at en given gruppe/forsamling følelsesmæssigt låses til en bestemt og ensidig måde at anskue begivenheder og perspektiver på.

Det fremgår også af svarene, at deltagernes oplevelse af måden, delegering foregår på, stort set ikke adskiller sig fra den, deltagerne fra de andre grupper har givet udtryk for, hvilket vil sige, at der også her hersker en oplevelse af en vis vilkårlighed eller uformelt mønster for delegering.

Interviewet bekræfter også, at der ifølge deltagerne disponeres på tid, og som angivet flere gange i interviewet i Faktagruppe I, foregår der flere omdisponeringer både formelt og uformelt, og både dokumenteret og udokumenteret. Der er heller ikke ensartede procedurer for kontering af tid. Dvs. som enten visiteret tid eller reelt forbrugt tid. Herunder ligger hele spørgsmålet om "opsparet tid", som også blev antydet i de andre grupper.

Deltagerne i gruppen bekræftede, at den enkelte hjælper kan opspare minutter hos en borger for at anvende den opsparede tid hos en anden borger, der har et større plejebehov, end der er visiteret tid til. Med andre ord "en slags selvforvaltning", der – hvis flere gør det i det daglige – skaber et parallelsystem.

Hjemtagningen af borgere fra hospitalerne foregår også meget forskelligt. Nogen gange foregår det direkte gennem disponenten. Andre gange over sundhedsenheden, og ind imellem foregår det også tværfagligt.

Deltagerne i gruppen bekræfter også de andre gruppers beskrivelse af forskellene på vilkårene "inde" og "ude". I plejeboligerne kan man handle mere fleksibelt og eksempelvis arbejde tættere sammen med sygeplejersker og terapeuter. Det forhold er også beskrevet i de andre grupper. Ifølge deltagerne skal arbejde i hjemmeplejen køre fuldstændig efter en snor, hvis alle borgere skal nås. Det samme forhold gælder selve disponeringsproceduren. Formelt er proceduren ensartet i MSO, men reelt er der store lokale forskelle, fordi der disponeres efter disponentens kendskab til den enkelte kollega, hvilket betyder, at fremgangsmåden understøtter de øvrige informelle strukturer, som deltagerne i de andre grupper fortæller om.

I deltagernes selvforståelse indtager disponenten flere steder en central rolle, hvis ikke den centrale rolle, hvor vedkommende faktisk fungerer som leder, der på retfærdig vis skal lede og fordele arbejdet. Endnu et element i den efter de andre gruppers udsagn udstrakte informelle organisering og subkultur. Man kan få det indtryk, at disponenterne sine steder (uden at antallet kan præciseres) fungerer som en slags stabilisatorer og problemløsere.

Det fremgår af svarene, at der er forskelle på, hvor meget teamlederne inddrages i dispositionerne. Et sted inddrages lederen i alle dispositioner, prioriteringer og konflikter. De øvrige deltager fortæller, at inddragelsen enten er meget overordnet eller sporadisk. Deres begrundelse er, at lederne ikke har det nødvendige kendskab til borgerne. Altså bekræftes det af deltagerne, at det kun er nogen steder, men langt fra de fleste, at lederne opleves som synlige og fagligt ledende. Det afgørende her er, at hvor deltagerne i de andre gruppe berettiget eller uberettiget kan have en oplevelse af en usynlig ledelse og behersket faglig støtte, så vægter udsagnene fra disponenterne tungere, da de må formodes at være i en tæt relation med teamledelsen hver dag. Hvis det så ikke er tilfældet, sådan som det angives, kan det bestyrke udsagnene fra de andre interviewgrupper.

## Gennemgang af interviewresultater fra "Fremtidsgruppen"

Interviewet er i denne gruppe bygget meget enkelt op med en form for endimensionelt perspektiv. Der kredses om et hovedspørgsmål: Hvordan kunne I forestille jer ældreplejen opbygget, så den kom til at fungere på et højere kvalitetsniveau og med bedre arbejdsforhold inden for den samme økonomiske ramme?

Der var således i interviewet ikke givet grønt lys for "fri fantasi". Man skulle holde sig inden for de givne økonomiske rammebetingelser. Interviewet blev understøttet af en række underspørgsmål, der dog ikke blev anvendt i udstrakt grad.

Deltagerne skulle tage udgangspunkt i det, der er, og drøfte mulige ændringer og forbedringer. Formålet med dette interview var således ønsket om at per-

spektivere det, der er afdækket i de andre interviews og muligvis indikere, om faggruppen har gjort sig forestillinger om, at man evt. kunne indsætte ressourcerne (de glemte ressourcer) i en positiv perspektivering.

Deltagere i fakta gruppe interviews: 12 personer. Interviewlængde 2.5 time.

Deltagerne i gruppen har ikke kendskab til de spørgsmål, der blev stillet i Fokusgrupperne og de øvrige grupper og har kun haft mulighed for eventuelt at få et meget overfladisk kendskab til svarene fra de andre grupper.

- Navn
- Arbejdssted
- Vagtlag
- Dag
- Aften
- Nat
- Anciennitet

Gennemgangen af svarene fra Fremtidsgruppen afsluttes med nogle kortfattede delkonklusioner. Svarene er som i de foregående gruppeinterviews kondenserede og vægtede.

**Gennemgang af interviewsvar**
Samstemmende peger deltagerne på, at tidsstyringen og den megen kontrol udgør de vigtigste barrierer for at udvikle en god ældrepleje. Deltagerne er godt klar over, at det er standardforklaringer, som næsten bruges i enhver situation, når man taler om problemer i ældreplejen. De tilføjer hurtigt, at de mener, det ville kunne fremme kvaliteten, hvis de selv fik lov til at planlægge arbejdet både kollektivt og individuelt og på tværs af fagene. Så mener de også, at der må gøres op med, hvad de kalder "kultur- og statushierarkiet", hvor social- og sundhedshjælperne i alle forhold oplever sig selv som gruppe nederst i hierarkiet. Man yder bare ikke sit bedste og bruger ikke alle sine kompetencer, hvis man "altid står dernede og skal se op", som en deltager udtrykker det. "Man begynder at lade stå til".

Deltagernes forestillinger om, hvad der skal gennemføres af ændringer, handler om fjernelse af ekstern visitation og ikke mindst ydelsespakkerne, som bremser for alle kreative og fleksible løsninger. Dem, der arbejder tæt på borgerne, skal have indflydelse på visitationen. Som det er lige nu, gør man kun det nødvendige. Man bliver jo straffet for at gøre mere – "også på teamets pengepung". Social- og sundhedshjælperne kan sagtens løse flere opgaver, men gør det ikke altid, "for der følger ikke penge med".

Der kunne foregå megen daglig rehabilitering og forebyggelse, hvis der var tid og mulighed for at foretage løbende funktionsvurderinger og op- og nedjustering af plejen uden først at skulle over visitationen. Ifølge deltagerne ville det skabe større ansvarlighed og aktivere de kompetencer, de fleste social- og sundhedshjælpere faktisk har. Så kunne de blive synlige, og så kunne man komme noget af "snydet" eller "selvforvaltningen" til livs, som ingen synes er godt.

Ifølge deltagerne ville dagligdagen hele året rundt også køre meget mere gnidningsløst og uden de mange ad hoc løsninger, hvis der var faste normeringer. Som en deltager udtrykker det: "… er der ikke tale om den samme sang med at sende flere penge". Det handler mere om at skabe stabilitet og forudsigelighed, så man ikke skal bruge så meget energi på at løse akutte problemer.

Når det gælder delegering af kompetencer, som der spørges ind til, er svaret meget entydigt. Alle deltagerne kunne ønske sig, at der i MSO var helt klokke klare og ensartede regler for delegering, så ingen kunne være i tvivl om, hvor grænsen går. Det drejer sig ikke bare om forskelle og vilkårlighed. Det drejer sig også om, at man oplever det som belastende, at der skal forhandles hele tiden. Det samme gælder hvad angår disponering. Det er en tidrøver, og der bliver jo alligevel omdisponeret flere gange. Disponeringsproblemet kunne ifølge deltagerne løses hurtigt og ubureaukratisk, hvis alle i et team havde indflydelse og var med til at fordele om morgenen, og hvis der var synlig og faglig ledelse, der var til stede hver morgen.

Der er brug for fælles faglig ledelse, så samarbejdet mellem faggrupperne kan fungere, og så man ikke hele tiden skal forhandle i forhold til de formelle hierarkiske strukturer og formelle kompetencelinjer. Efter deltagernes opfattelse

er en dygtig faglig ledelse i stand til at kombinere sammensætningen af formelle- og reale kompetencer, så også "den tavse viden" og teamkulturen bringes i spil. Deltagerne tilføjer, at for at løse de mange nye og komplekse opgaver og aktivere alle ressourcer er der brug for faste procedurer og en faglig ledelse med stor autoritet, som de fleste ledere i dag ikke besidder. Lederen skal have kendskab til alle praktisk forhold og betingelser. Lederen skal vise interesse. Der er ikke brug for en, der bare bestemmer. Hvis "vi skal gøre tingene enkelt, skal der også være en klar klinisk ledelse og enkel finansiering. Det andet røver tid fra det egentlige".

Spurgt ind til, hvad de store forandringer betyder, er deltagernes svar meget klare. De har ikke noget imod forandringer og nye opgaver. Problemet er, at mange forandringer kommer som et chok. De fleste social- og sundhedshjælpere kender knap deres områdechef og kan hverken finde hoved eller hale i de mange projekter og nye plejestrategier eller slogans. For deltagerne handler det om viden og fælles beslutninger. "Hvis vi nu blev kaldt til møder alle sammen og blev involveret i forandringerne og kunne komme med vores bidrag, ville hver af os nok også gå mere ind i det. Men vi får for det meste bare informationer".

Ifølge deltagerne er der altid nogen i et team, som både kan og gerne vil deltage i udviklingsarbejde, og hvis de mere systematisk blev inddraget i arbejdet, ville man måske både kunne skærpe den samlede interesse for udviklingsarbejdet og have behov for færre konsulenter, der tit "udvikler noget, vi allerede godt ved og praktiserer på hver vores måde".

Lidt syrligt bemærker gruppen, at hvis flere fra basispersonalet blev inddraget i udviklingsarbejdet og forandringerne kunne man spare nogle af de konsulenter og ledere, "som man bare griner af". Deltagerne mener, at det er demoraliserende og fagligt nedbrydende at have ledere, man ikke ser op til. Ingen kan være tilfredse med bare trække på skulderen og så gøre, som man selv vil eller plejer. Det giver en dårlig kultur, hvor alle holder på hver deres.

Deltagerne ser meget gerne, at der bliver gennemført systematisk kompetenceafklaring og kompetenceudvikling, og at der opbygges ensartede kompeten-

ceprofiler. Men de siger også samstemmende, at man skal have *alt det med, som de også kan, men sjældent taler om*. For deltagerne hjælper det bare ikke noget med kompetenceudvikling, hvis man ikke gør noget alvorligt ved de store forskelle hvad angår kompetencedelegering. Det skaber klikedannelser og usikkerhedsoplevelse, og der går status i at få mange kompetencer delegeret. Ensartede procedurer og krav til lederne om, at det skal være sådan, skal implementeres samtidig med kompetenceudvikling, og alle skal bidrage til at sprede viden. Folk skal ikke bare på kursus for deres egen skyld. De skal også bagefter undervise teamet, når de kommer tilbage, og når man er tilmeldt et kursus, skal man ikke kunne tages af igen på grund af teamets dårlige økonomi.

Deltagerne kan godt se, at der er store ændringer på vej. Det gælder både udbygningen af det nære sundhedsvæsen og ændringer i borgerprofilerne, og det fremgår af deres diskussion, at de er helt på det rene med, at flere af deres gamle kompetencer skal udvides, ellers spiller de ingen rolle i fremtiden. Men, som de siger samstemmende, hvis alle ved, hvad vej det hele går, hvorfor er man så ikke gået i gang med et opskolingsprogram, så alle dem, der gerne vil opskoles til social- og sundhedsassistenter stille og roligt kan komme i gang. Hvis alle vidste, hvad de skulle forholde sig til, ville usikkerheden og utrygheden nok heller ikke være så stor. "Hvis man ved, at der er noget man skal, uanset om man kan lide det eller ej, så skal man nok tage sig sammen og klare det. Der skal ikke være et frit valg. Opskoling skal gøres obligatorisk", som en deltager udtrykte det, og de øvrige istemte.

Som en fælles kommentar siger deltagerne, at hvis alle f.eks. skal kunne dokumentere og arbejde i *fokusområdet*, så skal de selvfølgelig lære det. "Ikke så meget snak om det". Efter deltagernes opfattelse tænkes og tales der alt for meget om den enkelte og alt for lidt på, om teamet samlet set skal kunne. Som en deltager udtrykte det: "Hvis man skal betjene en kran, er der selvfølgelig kun en begrænset antal rigtige måder at gøre det på. Det gælder da også for vores fag, og det må vi alle leve op til".

Afslutningsvis gjorde samtlige deltagere det klart, at man ikke ønskede sig tilbage til tiden før 2003. Når man kritiserer tidsstyring og kontrol, er det ikke for

at komme tilbage til "de gode gamle dage". For dengang var der også for meget vilkårlighed og for stor forskellighed fra kollektiv til kollektiv. Det kan man ikke bygge en ældrepleje op på i dag. Man ønsker et veldefineret og sammenhængende professionelt fællesskab med en klar og synlig faglig ledelse, som kan sikre gensidig respekt faggrupperne imellem, og sidst men ikke mindst ønsker deltagerne sig kontinuitet og ikke den ene ændring efter den anden, hvor alle man føler sig sat på sidelinjen uden ejerskab.

**Kort delanalyse af det gennemførte interview**
Helt overordnet er der et klart sammenfald mellem denne gruppes oplevelser og de oplevelser, som de er blevet formuleret i de øvrige grupper. Det er de samme temaer, der går igen. Der hvor denne gruppes oplevelser afviger fra først og fremmest deltagernes i fokusgruppeinterviewene, er, at tingenes tilstand opleves og formuleres som utilfredsstillende.

Man finder det utilfredsstillende, at man individuelt skal forhandle om delegering og beskytte sig mod vilkårlighed og leve med de store forskelle på de enkelte steder, hvad man må og ikke må. Det opleves som uhensigtsmæssigt, at man skal agere i flere systemer eller subsystemer, hvor der i sidstnævnte ofte udvikler sig subkulturer og klikedannelser. Dvs. deltagerne peger også pilen indad mod social- og sundhedshjælpergruppens egen måde at tackle de systemiske problemer på, og som det kom frem i slutningen af interviewet, ønsker man sig ikke tilbage til "de (gode) gamle dage". Deltagerne gav udtryk for et udtalt behov for at kunne fungere mere professionelt ikke bare som enkeltmedarbejdere, men som kollektiv.

Hvor de andre grupper enten stoppede ved at kritisere ledelsen eller henvise til mangel på samme, forsøgte denne gruppe at beskrive positivt, hvordan de kunne ønske sig en ledelse skulle se ud og fungere. Dvs. der blev ikke i denne gruppe udtrykt et ønske om bare at få lov til at arbejde og passe sig selv, der i en vis udstrækning var en gennemgående opfattelse i fokusinterviewgrupperne. Tværtimod formulerede gruppen entydigt ønsket om en synlig og deltagende faglig ledelse som forudsætning for, at hjælperne kan gøre alle de kompetencer, som de anvender i dagligdagen, officielle og tillige indgår i et tværfagligt samarbejde som ligestillede.

I det hele taget kendetegnede det gruppens drøftelser, der var bemærkelsesværdige konkrete, at man ønsker sig mere professionalisme og et opgør med den "gamle hjemmehjælperkultur". Dvs. et opgør med den tidligere høje grad af informalitet og "selvforvaltning".

På sin vis ønskede gruppen også et opgør med den del af decentraliseringen i MSO, der efter deres opfattelse resulterer i alt for stor forskellighed fra det ene plejecenter til det andet og fra det ene team til det andet. Ifølge gruppen er det ikke tilstrækkeligt at vedtage ensartede procedurer, instrukser og skemaer for kompetenceudvikling mv. Den øverste ledelse skal også sørge for, at procedurerne implementeres. På det punkt gik gruppen langt videre end de andre grupper ved at pointere, at implementeringen først sker, hvis basispersonalet inddrages i drøftelserne af udviklings- og forandringsplaner, så "man tager ejerskab" og selv sørger for, at det bliver til noget.

Gruppen lod også forstå, at der selvfølgelig skal ske en opskoling i takt med en vækst i kravene til (faglige) kompetencer. Der herskede slet ingen tvivl i gruppen. Men flere gav udtryk for, at man nok ville støde på en vis modstand, hvis der ikke blev meldt klart ud, at opskoling kan blive et krav og også meldte ud, hvordan opskolingen tænkes gennemført og på hvilke konditioner. Man var dog overbevist om, at det nok skulle kunne lade sig gøre både for den enkelte og for hele MSO, hvis opskolingen blev planlagt og meldt ud i god tid, så den enkelte medarbejder fik "tid til at sunde sig og lige se det fra den positive side".

Afslutningsvis skal det pointeres, at gruppens deltagere redegjorde for nøjagtig de samme problemer som deltagerne i de øvrige grupper. De drøftede også de samme temaer og var herved i overensstemmelse med de andre. Men fordi gruppen som udgangspunkt skulle forholde sig til fremtiden, resulterede diskussionerne og svarene for det meste i, at kritikken og de mange problematiske oplevelser blev vendt til positive drøftelser af, hvad der kunne ændres både på den korte og den lange bane. På den lange bane pegede man på afskaffelse af

ekstern visitation og tidsstyring. På den korte bane ensartethed, klar og synlig faglig ledelse og fælles og seriøst implementerede procedurer. Dertil kommer ønsket om, at "alle de ting, erfaringer og løsningsmåder, vi går og putter med" bliver synlige og indgår i kompetenceudviklingen.

# DEL 5

## Evaluering af metoden

# Evaluering af metoden

Som beskrevet i afsnittet om metoden, er hele designet bygget op over en række semistrukturerede interviews. Valget faldt på den metode, fordi den blev skønnet til at være den mest hensigtsmæssige, da opgaven først og fremmest bestod i at indfange social- og sundhedshjælpernes reale kompetencer og indkredse de systemiske forhold, de måtte udfolde sig indenfor.

Tillige var der en forudgående forventning om, at realkompetencerne blev udøvet informelt og ofte inden for en subkulturel ramme, samt at en del af den viden, kompetencerne byggede på, kunne være "tavs", dvs. *ikke artikuleret*[65] som viden og i visse tilfælde slet ikke erkendt som egentlige kompetencer.

For det tredje lød undersøgelsens opdrag på at indfange deltagernes oplevelser uden hensyn til, om disse oplevelser stod i et direkte måleligt forhold til de faktisk konstaterbare objektive forhold. Dvs. social- og sundhedshjælpernes eget perspektiv og afdækningen af de underliggende oplevelser skulle være den bærende ramme og styrende perspektiv i undersøgelsen.

Valget af metode udsprang således naturligt af de forhold, der skulle undersøges. Dermed ikke sagt, at selve det anvendte design, der blev udviklet, helt kunne bestå den praktiske prøve.

## Styringsproblemer

Som omtalt skulle designopbygningen tilstræbe at indfange ikke alene deltagernes oplevelser, men også beskrive deres stilling i organisationen og oplevelse af denne. Af den grund var der indbygget en række spørgsmål i fokusgruppeinterviewet af mere indirekte karakter, hvor man senere ud fra svarene skulle kunne slutte sig til gruppens placeringsoplevelse, aktørrolle, faktiske vilkår i dagligdagen og deltagelse i organisationens og de systembetingede dynamikker.

[65] Her i betydningen: Ikke åbent formuleret

Designet skulle tillige give plads til deltagernes indbyrdes diskussioner ud fra en forståelse af, at de indbyrdes diskussioner kunne åbne for en række iagttagelser af især *styrende kulturdeterminanter*[66], som ellers kan være vanskelige at få frem, når en så stor gruppe skal interviewes.

Inden for den ramme tjente interviewdesignet sit formål. Men allerede det første interview afslørede så store forskelle i oplevelser og faktiske vilkår og hertil store diskussioner, at intervieweren blev nødt til at intervenere i diskussionerne flere gange, og de erfaringer fik bestemmende indflydelse på gennemførelsen af de efterfølgende interviews. De blev gennemført inden for en betydelig snævrere ramme, hvor intervieweren optrådte mere diskussionsstyrende og opsummerende, når gruppen gik fra et spørgsmål til det næste.

Den relativt åbne interviewform, der kendetegnede de første interviews, fik den uheldige konsekvens, at de meget talende hurtigt blev temastyrende, hvilket blev forstærket af, at meget store personlige forskelle, oplevelser og ikke mindst dagsordener slog igennem. Interessant er det dog, at forskellene var person- eller stedbårne og gik på tværs af anciennitets- og aldersforskelle. Disse "kampe om talerstolen" resulterede ofte i lange perioder med digressioner[67] og anekdotestyrede diskussioner, eller i at enkeltdeltagere fortalte den ene anekdote efter den anden som en slags belæg for flere udsagn.

På den anden side, og hvad der vel nok er det mest interessante, åbnede det diskussionerne for indsigten i et meget centralt aspekt, der viste sig at gå igen i alle grupperne på nær den sidste gruppe.

[66] Her i betydningen: Overleverede kulturlag og forståelsesmåde, der videreføres gennem ikke synlig indsocialisering til faget, og som følger med om end i modificeret form, selv om organisation og formelle funktionskrav ændres.

[67] Her i betydningen: Afvigelser fra dagsordenen som en slags "snakken ud af en tangent", der ikke havde det store med temaet at gøre.

Det drejer sig om den skjulte modsætning mellem gruppens og gruppedeltagernes officielle billede og den private side, der ofte kom frem brudstykkevis, og hvor flere af de faktiske uformelle og dagligt styrende forhold kom for dagen. I alle grupperne kom dette modsætningsbillede først frem som efterløber af meget indgående diskussioner af dette eller hint tema. Som regel i forbindelse med gruppens opdagelse af store indbyrdes forskelle i deres arbejdsbetingelser.

Som interviewprocessen skred frem, blev styringsproblemerne fra de første et til to interviews løst ved, at interviewprocessen og især graden af diskussionsstyring blev rekalibreret. Det gjaldt spørgsmålenes formulering. Flere af spørgsmålene viste sig alt for abstrakte eller talte ind i en sammenhæng, der lå så langt fra deltagernes egen virkelighed, at de ganske simpelt ikke forstod dem. Intervieweren måtte oversætte flere spørgsmål undervejs i interviewet. Det skulle dog vise sig, at "oversættelsesproblemet" ikke var identisk fra gruppe til gruppe. I alle grupperne skulle et eller flere spørgsmål "oversættes", men det var ikke de samme fra gang til gang. Der kan således ikke siges at være tale om et bestemt mønster.

## Designsvaghed og metodisk kompensation

Ikke desto mindre må man konstatere, at det altid er en svaghed i et interviewdesign, hvis spørgsmålene enten er uklare, abstrakte eller ikke rammer inden for gruppens "forståelseshorisont", idet selve oversættelsen vanskeligt kan udføres uden at give deltagernes perception en bestemt drejning eller oplevelse af, at intervieweren gerne vil et bestemt sted hen. Eller hvad der er værre, en oplevelse af, hvad intervieweren "gerne vil høre". Alene det forhold, at flere spørgsmål skal eksemplificeres, kan virke styrende ind på deltagernes svar og diskussioner, fordi eksemplerne selvfølgelig vælges ud fra en antagelse af, at de rammer ind i en bestemt viden og kendskab hos deltagerne, hvorved det, der skal indfanges og beskrives, tages for givet.

Heldigvis var det blevet besluttet ikke at anvende båndoptager i interviewene, fordi det kunne virke begrænsende eller forstyrrende. Alle interviewsvarene

og diskussionspointerne skulle skrives ned for efterfølgende transskribering. En meget omstændelig proces, der kræver flere gennemskrivninger. Men faktisk skulle det vise sig, at denne noget langsommelige proces medvirkede til at få langt flere nuancer frem end først antaget og førte analysen ind på områder, der enten afkræftede de forudgående antagelser eller i hvert fald modificerede dem. For det andet bevirkede processen, at de umiddelbare indtryk under og efter hvert interview blev endog meget modificeret. Det gælder for samtlige interviews.

Den rent tilfældige effekt af fremgangsmåden blev, at resultaterne af de måske ledende spørgsmål og eksemplificeringer blev neutraliseret af de efterfølgende nuanceringer, der flere gange også opfangede det, "der ikke blev sagt" eller fik placeret de udsagn, som nogle deltagere troede, at intervieweren gerne ville høre, i en større kontekst og af samme grund ændrede betydning.

For at give et konkret eksempel, skal her nævnes, *at det*, der i flere interviews fremstod som en entydig kritik af faktuelle forhold, som deltagerne ikke mente at have nogen indflydelse på, skulle senere vise sig ved transskriberingen at indeholde en yderligere dimension: *Deltagernes egne bidrag til at skærpe og vedligeholde de kritisable forhold, som de oplevede som udefra kommende.*

## Interviewrækkefølge

Rationalet bag det samlede design var gennem en kombination af *simultane* interviews og en *sekventiel*[68] udfoldning at indfange et bredt oplevelsesmateriale, der så i de efterfølgende interviews skulle kvalificeres.

Tyngdepunktet skulle således være de 6 fokusgruppeinterviews. Der var her, temaerne, oplevelserne og de mange problemstillinger skulle indkredses. De efterfølgende interviews i henholdsvis faktagruppe I og II skulle bidrage til at kvalificere deltagernes udsagn fra fokusgruppeinterviewene. Forstået på den måde, at den ene gruppe alene skulle fremstille hverdagen i plejen, og den an-

[68] Her tænkes på de seks enslydende interviewtemaer i Fokusgruppen og den efterfølgende skridtvise udfoldning af temaerne gennem de andre interviews.

den gruppe skulle beskrive dels de formelle og dels de faktisk forekommende organisatoriske og ledelsesmæssige processer.

Interviewene i de to faktagrupper var tænkt som bidrag til kortlægningen af de faktiske forhold, der antoges ikke at komme tilstrækkeligt klart frem i fokusgruppeinterviewene. Det skulle imidlertid vise sig, at deltagerne i de tre grupper i henholdsvis Faktagruppe I og II konstant gik ud over beskrivelsen af, hvad de faktisk gør, og hvad der faktisk sker. Konstant overskred deltagerne grænsen mellem de formelle forhold og de informelle forhold, hvis beskrivelse blev vævet ind i optegnelserne af de formelle forhold.

Interviewenes kvalificerende funktion skal således forstås i to dimensioner, hvad selve designet på ingen måde havde til hensigt. Der er her tale om rene tilfældigheder, eller i hvert fald et produkt, som ikke var tilsigtet. Intervieweren måtte faktisk køre de tre interviews meget stramt for at få deltagerne til at fortælle sammenhængende om de faktiske og formelle forhold. Som eksempelvis om, hvordan en dag forløber fra vagtens begyndelse til afslutningen. Men i løbet af interviewet skete det gentagne gange, at deltagerne vævede de faktiske forløb sammen med indbyrdes drøftelser af, hvad der var rigtigt og forkert, herunder direkte vurderinger af det hensigtsmæssige i de beskrevne forløb og "kodede henvisninger" til, hvad der egentlig skete. Til tider korrigerede deltagerne sig selv, hvis de fornemmede, at de i egen optik var gået for langt med deres beskrivelser – altså havde sat beskrivelsen på spidsen.

Alt i alt fungerede interviewene i de to faktagrupper efter hensigten, hvad angår kvalificering af udsagnene og det samlede billede i fokusgrupperne. Men den nævnte yderligere dimension er måske vigtigere. I hvert fald tegnede grupperne i selve interviewet et meget tydeligere billede af et kulturfænomen, som slet ikke var kommet tydeligt frem i fokusgrupperne.

Det drejer sig om den konstant porøse grænse mellem det formelle og informelle. Som en slags ufrivillig karakteristik af gruppens gennemgående eksistensvilkår og angivelige svaghed i et stadigt mere professionaliseret system.

Dimensionen gav faktisk en indsigt, der gav større opmærksomhed desangående i det mellemliggende interview i "historiegruppen". Man kan på en måde sige, at det var "historieinterviewet", der åbnede for erkendelsen af ovennævnte dimension – vel at bemærke ved en tilfældighed og først ved transskriberingen.

Historieinterviewet åbnede for et nyt aspekt, som godt nok var formuleret som overordnet ledetråd for hele interviewserien, men hvor det ikke på nogen måde var forventet, at det aspekt skulle dukke op som specifikt og ikke mindst konstituerende fænomen i interviewgruppen.

Det drejer sig om fænomenet: *En særlig hjemmehjælperkultur som overskridende og tanke-adfærdsbestemmende faktor.*

Forholdet kom til syne i transskriberingen, hvor beskrivelserne af arbejds- og organisationsformerne inden for hjemmeplejen i 80'erne og 90'erne indeholdt helt tydelige paralleller til de beskrivelser og oplevelser, som deltagerne i de andre grupper fremkom med enten med funktion af en art modstandsformer eller som subkulturelle arbejds- og organisationsformer.

Det skal indrømmes, at der her er tale om en ganske tilfældig interviewgevinst, som i sig selv væltede hele det hidtil dannede billede af realkompetencer og rammevilkår. Det vil blive behandlet mere indgående i det afsluttende analyseafsnit. Men fænomenets opdukken fik den betydning, at det på den ene side skærpede resultaterne af interviewene i faktagrupperne og på den anden side modificerede resultaterne i fokusgrupperne, hvilket tvang intervieweren til at gennemgå samtlige transskriberinger en ekstra gang.

Sammenfattende kan det siges, at metodedesignet trods flere åbenlyse svagheder har bestået prøven, og måske netop på grund af disse svagheder har åbnet for nogle aspekter og perspektiver, som ikke på nogen måde var tænkt eller havde været inden for horisonten.

Det kan selvfølgelig altid være en overvejelse værd, om faktagrupperne skulle have haft samme omfang som fokusgrupperne, og det er tillige et spørgsmål, om det ville have styrket undersøgelsen, hvis der også var blevet lagt et interview ind med en gruppe ledere i den samlede undersøgelse. Men det er ikke indlysende sikkert, at det ville have været tilfældet, da det aldrig har været formålet at indfange hundrede procent valide udsagn, men derimod oplevelser formuleret af dem, hvis forhold skulle undersøges. Dvs. perspektivet og således designet har egentlig ikke inviteret til et interview med ikke social- og sundhedshjælpere.

Det spørgsmål er angiveligt snarere et, der er opstået efter afviklingen af interviewene, som ganske logisk har afstedkommet et behov for at vurdere den samlede og strukturerede mængde udsagn i forhold til opfattelser og oplevelser uden for målgruppen men inden for samme organisation. Men strengt taget er det faktisk at foregribe resultatet og det, resultatet skal bruges til.

# DEL 6

## Samlet analyse og afsluttende diskussion

# Samlet analyse og afsluttende diskussion

Den gennemførte undersøgelse har haft to formål:

- At indkredse og beskrive social- og sundhedshjælpernes realkompetencer
- At beskrive de gældende ramme- og systembetingelser på arbejdsstederne for social- og sundhedshjælpernes daglige arbejde set fra de interviewedes perspektiv

Undersøgelsen har haft en række mere principielle antagelser som udgangspunkt, der først og fremmest har været styrende for udarbejdelse af hele undersøgelsesdesignet og måden, de 11 interviews er blevet gennemført på. Det drejer sig om:

- Viden og kompetencer, formelle som uformelle, artikuleret såvel som "tavs" viden, er relationelle, hvilket betyder, at de altid tilegnes, udfoldes og ændres i et socialt- og systemisk samspil.
- Bærere af faglig viden og kompetencer indgår altid i et bestemt videnssystem, hvor disse sættes i spil inden for en bestemt formålsrationalitet og bestemte udfoldelsesbetingelser.
- Kompetencesystemer er, som de kendes i dag, hierarkisk opbyggede og indgår som undersystemer i større funktionssystemer, der er formålsbestemte og fungerer inden for en ramme af mere eller mindre veldefinerede mål.
- Viden og kompetencer er paradigmatiske og derfor aldrig i hvile, men under konstant men ikke altid umiddelbart synlig udvikling, hvorfor paradigmeskift ofte opleves som større skift i sprog, diskurs, formåls- og målændringer.
- Forudsætningerne for at sætte sine kompetencer i spil på en hensigtsmæssig måde afhænger ikke kun af bæreren, men i lige høj grad af bærerens strukturelle og hierarkiske placering, herunder adgangen til strukturel anerkendelse og involvering i hele systemets opbygning og samlede funktionsmåde. Når begrebet "strukturel anerkendelse" anvendes, er det for at sondre mellem det enkelte gruppeindivids mulighed for anerkendelse og gruppens generelle anerkendelsesbetingelser, hvor strukturel anerkendelse henvise til sidstnævnte.

Formålsbestemmelsen og dens tematisering i de to beskrevne undersøgelsespunkter samt de 5 grundantagelser udgør således det samlede grundlag for

den måde, som interviewene er blevet gennemført og analyseret på. Især den sidste antagelse og den tidligere beskrevne kulturanalysemodel af Hans Gullestrup[69] har tillige været styrende for perspektiveringen af analyserne.

Hermed også sagt indledningsvis, at social- og sundhedshjælpernes realkompetencer først og fremmest skal søges i deres strukturelle- og kulturbestemte placering og måder at fungere på, mere end de kan findes som instrumentaliserede og udskillelige enkeltkompetencer, der "bare gennem formalisering" kan sættes hensigtsmæssigt i spil.

Ud fra de givne forudsætninger er det lykkedes gennem hele undersøgelsen, dvs. i de enkelte interviews, at indkredse en række typiske realkompetencer hos målgruppen, for så vidt det drejer sig om kompetencer, der rækker ud over dem, der er beskrevet i de formelle funktionsbeskrivelser og kan forventes ud fra pensum og uddannelseskrav i social- og sundhedshjælperuddannelsen.

Selv om undersøgelsen har afdækket meget store forskelle i den måde, som disse kompetencer er kommet og kommer til udtryk på, kan der alligevel indkredses en række kompetencer, der er typiske for hele gruppen. Det samme gælder den måde, hvorpå de fremkommer og udøves i daglig praksis.

> På den anden side har undersøgelsen også vist, at mange af disse reale kompetencer udøves informelt og på en måde, der går til grænsen af det formelt acceptable. Hermed menes, at kompetencerne ofte sættes ind i subsystemer inden for MSO, hvor de både er indlejret i den herskende kultur, og hver dag udøves af social- og sundhedshjælperne som en måde at løse dagligdagens opgaver på, uden nødvendigvis at være i overensstemmelse med de formelle retningslinjer, instrukser mv. og den officielle opfattelse af, hvordan organisationen fungerer ude i yderste led.

Det står således til diskussion, om hjælpergruppens reale kompetencer, hvor spredte og diffuse de end måtte forekomme, ved en ændring af den systemisk-

[69] Se tidligere henvisning.

organisatoriske tilgang til hele kompetencespørgsmålet ville kunne løftes ud af deres informalitet og i stedet gøres til genstand for en formel og systematisk analyse, således hele gruppens faktiske formåen kunne frisættes og indgå i den nødvendige forøgelse af hele organisationens kompetencegrundlag, således som det efterspørges i forhold til den samlede løsning af fremtidens opgaver.

For at rydde misforståelser af vejen skal det pointeres, at undersøgelsen alene har bygget på de interviewedes *oplevelser.* Undersøgelsen afviser derfor på ingen måde, at der både i forhold til funktionsbeskrivelser, retningslinjer, instrukser mv. forekommer de nødvendige og tilstrækkelige rammer i organisationen for at realisere gruppens kompetencer.

Hvad undersøgelsen har fokuseret på, er derimod *de interviewedes oplevelser af de formelle rammer mv.* Hvor der måtte forekomme diskrepanser[70] mellem det faktisk og dokumenterbart eksisterende og det oplevede, bidrager undersøgelsen af indlysende grunde alene til en indkredsning af *"organisatoriske gab"*, hvis overvindelse kunne omdannes til noget positivt for både hjælpergruppens medlemmer og den samlede organisation.

Som der blev redegjort for i metodeafsnittet, har spørgedesignet helt bevidst fulgt den linje at nærme sig temaerne indirekte ud fra de ovenfor nævnte antagelser. Det blev ikke anset for frugtbart at spørge direkte ind til noget, når dette noget – realkompetencer – ofte ikke forekommer i "ren udgave". Dvs. som synlige kompetencer, der uden videre kan italesættes.

Fremgangsmåden har på den anden side haft det resultat, at der er fremkommet flere ikke forventede problemstillinger og perspektiver, der har haft en ikke ringe indflydelse på den endelige analyse af undersøgelsen. Hvad der fremstod relativt klart efter de første interviews, tog sig noget mindre klart ud ved afslutningen af hele interviewrækken. Hvad det drejer sig om, vil blive gennemgået sidst i dette afsnit.

[70] Her anvendt som: Konfliktende afvigelser.

Men først drejer det sig om at gennemgå analysen og den indbyggede diskussion af de 11 interviews, der afsluttes med en perspektivering.

## Det strukturelle element

*Det helt overordnede billede, der står tilbage, er afstanden mellem MSO's formelle organisation, ledelsessystem, funktionsbeskrivelser og formelle faglige strategier og den faktiske virkelighed, som de interviewede social- og sundhedshjælpere oplever.*

I den udstrækning deltagernes oplevelser repræsenterer en dækkende beskrivelse af forholdene og relationerne mellem de lokale ledere og medarbejdere, får man et indtryk af, at der ikke er og ikke kan være et mere overordnet og systematisk billede af, hvad det er for reale kompetencer social- og sundhedshjælpergruppen bærer rundt på og faktisk indsætter i større eller mindre omfang i den enkelte hjælpers dagligdag. Begrundelsen herfor er, at realkompetencerne udfolder og udvikler sig i et system, der, som det fremgår af de mange interviews, er sat sammen af en række subsystemer, hvor der ikke er umiddelbar korrespondance mellem de formelle systembetingelser og den formelle kommunikation og virkelighedsforståelse på den ene side, og hvad der på den anden side reelt foregår lokalt. Faktisk giver samtlige interviews indtryk af ret store variationer mellem de forskellige lokalcentre og teams på næsten alle væsentlige undersøgelsespunkter.

> Subsystemerne og subkulturerne kan således ikke endimensionelt henføres til social- og sundhedshjælpernes særegne kultur, men er også en strukturel faktor i hele MSO's opbygning og funktionsmåde.

Men som det også fremgår, indebærer tilstedeværelsen af en række uformelle eller ikke formulerede realkompetencer ikke nødvendigvis, at MSO som organisation har et "kraftoverskud", der formelt kan aktiveres. Det gælder både i henhold til ønsket om en systematisk kompetenceudvikling og i forhold til et senere ønske om systematisk opskoling og forudgående kompetenceafklaring af social- og sundhedshjælperne.

Realkompetencerne, som de blev beskrevet, optræder nemlig ikke som håndfaste og instrumentaliserbare størrelser, men derimod som daglige handlemåder, ordningspotentialer og attituder, som kan lokaliseres til et bestemt subsystem. Det være sig et team eller et plejecenter.

I det forhold afdækker undersøgelsen en hel række problemer, som ikke umiddelbart var foregrebet eller forventet. Det viste sig som et større og mere vidtrækkende tema end antaget, at deltagerne i det store og hele udviste en vis ligegyldighed overfor MSO's organisationen som helhed. Der kan være både historiske og kulturelle grunde hertil, hvilket undersøgelsen ikke beskæftiger sig med. Men faktum er, at ingen af de interviewede kunne redegøre tilfredsstillende for MSO organisationens opbygning og ledelsesstruktur. Mere problematisk er det måske, at deltagerne ikke på overskuelig måde kunne redegøre for MSO's fagstrategier og heller ikke gav udtryk for at interessere sig voldsomt for dem ud over paroleplanet og deres mest elementære elementer.

For så vidt, det forholder sig, som de interviewede oplever, kan man med en vis forsigtighed sige, at gruppen forholder sig noget konservativt og lukket over for de formelle beslutninger og udviklingsstrategier, der udgår fra de ledende niveauer i MSO. Man må formode, at sådanne holdninger spiller ind i implementeringsprocesserne og har indflydelse på værdien af de indbyggede feedback mekanismer. Man må også formode, at en sådan distant for ikke at sige forbeholden holdning må have en vis klangbund i den fremherskende kultur i de respektive teams og lokalcentre.

Det forekommer som følge af det første ikke usandsynligt, at det manglende kendskab til organisationen og dens virkemåde, afføder en vis oplevelse af udsathed i hjælpergruppen i forhold til nye tiltag, fordi man ikke har indsigt i, hvad der sker, og hvorfor det sker.

> Det er alment kendt, at ringe kendskab til en organisations opbygning, kommunikations- og ledelsesdelegering, ofte afstedkommer den konsekvens, at alt nyt opleves som en potentiel trussel.

Sammenholdes det med, at hjælpergruppen oplever sig selv som placeret nederst i hierarkiet, som det indirekte blev nævnt flere gange, kan det være med til at forklare nogle af de defensive og konservative attituder, som deltagerne som et gennemgående træk gav udtryk for. Forholdet kan også være med til at perspektivere det kendte sociologiske fænomen med udtalte *positionsinteresser,* der er kendetegnende for grupper under udtalt formel fremmedstyring overfor de måske mere udtalte *procesinteresser* hos andre faggrupper med større formel selvbestemmelse, hvor det samtidig ikke er ualmindeligt, at førstnævnte i et vist omfang afgrænser sig negativt overfor sidstnævnte. Dette billede gik igen i de 6 første interviews, selv om deltagerne ikke var meget for at formulere det rent ud.

## Vilkårligheds- og forskellighedselementet

Den praktiske dagligdag er ifølge oplevelserne præget af en vis vilkårlighed og stor forskellighed, hvad angår kompetenceudøvelse og medinddragelse. Det slår negativt tilbage på formuleringen af – synliggørelsen af – systematisering og evaluering af hjælpernes realkompetencer.

> Hos flere af de interviewede virkede det næsten som om, deres "skjulte kompetencer" havde karakter af en art "selvforsikring", der kan aktiveres i de personlige alliancer, der opbygges.

F.eks. mellem en eller flere hjælpere og en sygeplejerske. Et forhold, der netop eller måske kun kan udvikle sig i et system, hvor et ensartet ledelseskoncept i praksis er ikke eksisterende, og hvor formelle retningslinjer mv. ifølge de interviewede fortolkes og administreres vidt forskelligt og til tider vilkårligt. Især under tidspres.

Som det er fremgået af interviewene, får man indtryk af, at hjælperne enten hver især eller i mindre – ofte lukkede – grupper udøver deres forskellige erhvervede kompetencer helt ud til grænsen af det formelt tilladelige. Betragtet i den optik er det ganske forståeligt, at disse kompetencer ikke gøres til genstand for analyse og systematisk udvikling. Lidt forenklet kan man sige, at som hovedregel besidder hjælperne en lang række erhvervede realkompetencer, der langt overskrider det formelle kompetence- og vidensgrundlag, som de har qua deres uddannelse. Men ikke bringes i spil på en måde, der øger MSO organisationens samlede formelle kompetencekapacitet i opgaveløsningen.

Det står også nogenlunde klart, at den vilkårlighed hvad angår delegering af specifikke fagkompetencer, som deltagerne nævner flere gange, forstærkes af deres egen informelle disponering/omdisponering og ad hoc aftaler, som ikke nødvendigvis formaliseres endsige dokumenteres. Deltagerne var ikke selv særligt bevidste om, at den informelle subkultur og substruktur, som de beskrev, i flere tilfælde medvirker til at forstærke lukketheden og reducere deres mulighed for at opnå formel anerkendelse og respekt for deres faglige kunnen og til besvær ved at italesætte vilkårligheden i delegeringen og dens negative indflydelse hvad angår ansvarsfølelse og samlet overblik. Der var heller ikke en forståelse for, at deres gennemgående distance til de formelle principper/retningslinjer mv. og dannelse af parallelsystemer både hvad angår ibrugtagning af kompetencer i forhold til plejen af den enkelte borger, anerkendelse og disponering på den ene side bidrager til at løse mange opgaver i hverdagen. Men på den anden side også indeholder den bagside, at de selv medvirker til at skabe nogen af de hierarkisk-kulturelle bestemte billeder, som de selv opfatter som desavouerende[71] i forhold til deres faglighed og kapacitet.

[71] Her i betydningen: Underkendelse og afstandtagen. Der er således en betydningsforskel i forhold til begrebet devaluering, som betyder værdiforringelse. Hvor førstnævnte skal forstås i en bredere og mere vidtrækkende betydning, er sidstnævnte som regel relateret til forringelse af ganske bestemte værdier.

Flere gange i interviewene kom denne mekanisme frem som en slags invertiv, defensiv attitude[72]. Det skete, når flere af deltagerne talte ind i et kollektivt næsten lukket kodesprog, hvor man mere eller mindre bevidst ikke anvendte de formelt korrekte udtryk, men gjorde lidt grin med dem og på samme tid lod forstå, at man udmærket vidste, hvad man havde med at gøre og var sin opgave voksen. En form for negativ afgrænsning, der i flere situationer mindede om en form for negativt formuleret "korpsånd" og især negativ afgrænsning overfor social- og sundhedsassistenterne, som flere gav udtryk for, "dyrkede" den korrekte fagjargon.

Det er ganske centralt at slå fast, at social- og sundhedshjælperne ikke bare befinder sig i et traditionelt krydsfelt, men i det daglige arbejder under en mere eller mindre udtalt form for kognitiv dissonans[73]. Den ret udtalte tendens til privatisering af erfaringerne, kompetencer og opgaveløsninger, som gruppen opfatter som et eksistensvilkår, står i modsætning til gruppens udtrykte ønske om at arbejde med faste procedurer og regelmæssighed i opgaveløsningen – dvs. ønske om at arbejde i et rum af forudsigelighed.

Det interessante her er nok sammenstødet mellem behovet for faste procedurer og forudsigelighed og et ligeså stærkt uopfyldt ønske om at være medbestemmende og behov for at opnå retten til at udvikle og anvende sine kompetencer fuldt ud, fordi det giver større jobindhold og højere status. Hertil føjer sig ønsket om inden for det formelle system at få sine observationer og indsig-

[72] Her i betydningen: Defensiv underkendelse af personer, grupper eller forhold, som man føler sig undertrykt af eller som dominansen udtrykker sig igennem, og som man forsøger at gøre sig fri af ved at latterliggøre eller "skamfere" det sprog, sprogkoder eller handlemåder og de forskrifter, der er knyttet til dominansen.

[73] Her i betydningen: En ubehagelig personlig oplevelse af at vide, hvad der i bestemte situationer er det korrekte at gøre, selv om man i de samme situationer ofte handler anderledes. Når en sådan situation sander til og bliver til en tilstand, indtræder den spændingstilstand, der kaldes kognitiv dissonans. Personligt opleves det som ustabilitet og ubehageligt, og personen forsøger at bringe ubehaget til ophør ved at afspalte flere af de modstridende dimensioner. Den kan bl.a. forekomme som beskrevet i note 72 ved en art defensiv omvending, hvor de dominante former, der indgår i dissonansen, neutraliseres ved at blive devalueret – eks. gjort til grin.

ter anerkendt som ligeværdige med de andre faggruppers. Altså ophævelse af oplevelsen af desavouering.

*Måske er det dette sammenstød af modsat rettede interesser og behov, som udgør den egentlige dynamo i udviklingen af de beskrevne tendenser – som en slags konfliktnøgle.*

## Det/de formelle og uformelle elementer

Taget for pålydende kan det være vanskeligt at afgøre, om deltagerne vitterlig kun i begrænset omfang kender indholdet af de forskellige instrukser og retningslinjer, eller om den lidt distante og nonchalante holdning til de formelle rammer og vilkår udgår fra en bestemt kultur, der præger hele området med lav grad af skriftlighed, lav grad af formaliseret kommunikation og måske også rudimentær[74] organisering og ledelse. Men uanset forskellige forklaringsmuligheder, kunne det konstateres, at kun få deltagere kunne redegøre for indholdet af de formelle rammebetingelser.

Hvorvidt det faktisk forholder sig sådan, eller der omvendt er tale om en kollektiv *forståelses- og forklaringsfigur: "Vi oplever ikke, at man forventer så megen indsigt og intellektuel kapacitet fra hjælperne, så omvendt interesserer vi os heller ikke så meget for de formelle krav".* Altså en slags negativ logik, der desværre kan være selvbekræftende.

Den kunne helt åbenlyst observeres flere gange i løbet af de første 6 interviews, og den blev understøttet ved de efterfølgende. Det var meget få gange, at deltagerne i deres diskussioner refererede direkte til noget faktuelt og konstaterbart, hvad f.eks. angår skriftlige instrukser eller møder, hvor nye initiativer var blevet introduceret. For det meste blev der refereret til (skulle det vise sig) enkeltstående eksempler, der enten blev gjort til sandheder eller generaliseret ud over, hvad de rimeligvis kunne bære. I det hele taget var anekdotisk sprog og tænkning fremherskende i alle 6 grupper, hvilket også til tider gjorde diskussionerne næsten uigennemtrængelige.

[74] Her i betydningen: Uudviklet

Det gennemgående indtryk er, at gruppens daglige praksis og kommunikationsform er præget af et relativt lavt formaliseringsniveau og struktureringsniveau. Hvorvidt det lave formaliseringsniveau, som det fremkom i interviewene, så på dækkende måde afspejler de faktiske forhold i de respektive teams, som deltagerne kommer fra, kan ikke siges med bestemthed, men de relativt entydige beskrivelser kan tyde på, at der forekommer en vis korrespondens.

Og da der ikke er grund til at antage, at de forholdsvis konsistente udsagn om de store forskelle mellem de enkelte teams ikke er dækkende, rejser det spørgsmålet, om den beskrevne informalitet også kan finde en del af sin forklaring i selve MSO's meget decentrale opbygning, beslutnings- og ansvarsstruktur. Hertil kommer en på mange måder udtalt informel og genrediffus måde at kommunikere formelt på. Her tænkes der hovedsageligt på de noget slagordsagtige formuleringer i flere af MSO's fagstrategier såsom "De fem ledetråde", "Grib hverdagen" og "Kærlig kommune", der fremtræder meget overordnet formuleret, og som, hvis de ikke er ombrudt til klare instrukser, lader sig fortolke relativt frit. Det skal understreges, at det sidste kun er en antagelse baseret på deltagernes egne udsagn, som skal det påpeges, ikke er sammenholdt med, hvad der rent faktisk foreligger af handlingsformidlende instrukser. Det har dog også mindre betydning, al den stund deltagerne ikke kunne henvise til sådanne eller redegøre for deres indhold. Problemet, og der er tilsyneladende et problem, forstærkes måske også af det relativt lave formaliseringsniveau. Antagelsen bekræftes dog delvist af flere af undersøgelsesresultaterne fra forvaltningens egen antropologiske undersøgelse.[75]

[75] MSO: Borgernes og personalets hverdagsbilleder og fortællinger. Et antropologisk studie af Ledetrådenes liv i praksis, 2014. Nogle af de overordnede konklusioner var, at ledetrådene delvist er indlejret som "tavs viden", og at ikke alle kan se værdien af, at der sættes ord på. Undersøgelsen viser også, at Ledetrådene som dialogredskab langt fra fungerer alle steder, og at Ledetrådene mangler at blive "oversat". Der er stadig mange forskellige holdninger til fagstrategien. "De har ikke fortalt os, hvad det betyder". Ledetrådene indeholder mange forskellige hensyn, og ofte modarbejder de hinanden. De ansatte forhandler hele tiden med sig selv og med hinanden i de konkrete situationer.

## Marginaliserings- og vilkårlighedselement

Man kan vel sige, at en vis form for organisationspsykologisk og værdimæssig marginalisering kan spores som generel tendens i samtlige interviews.

Dvs. at deltagerne kun i beskedent omfang oplevede sig selv som *integreret i den samlede organisation* og ikke selv mente at have så meget at bidrage med ud over den daglige indsats i teamet og i forhold til den enkelte borger.

En tendens der peger mod en *dobbeltsidet* kontekstbundethed, der for deltagernes vedkommende bevirkede, at de slet ikke reflekterede over endsige gjorde sig forestillinger om, hvorvidt de skulle deltage i MSO's samlede udviklingsarbejde som særligt udvalgte ressourcepersoner. Som det fremgik af mange bemærkninger i diskussionerne, blev det nærmest opfattet som en selvskreven bestilling/opgave for konsulenter eller sygeplejersker/terapeuter, hvor især førstnævnte i øvrigt ikke var genstand for den store respekt. En ikke ukendt "vi-de" holdning, hvor egne indsatser – om end udfoldet i gråzonen – idylliseres og det "fremmede" devalueres. En slags omvending af statusforholdet som beskyttelse mod den lave forventningsgrad i forhold til deres kapaciteter, som deltagerne oplever i det daglige og gav udtryk for igennem hele interviewet.

Det kan ikke sådan uden videre udledes af interviewserien, at der er tale om en permanent tilstand af kognitiv dissonans som fremtrædende fænomen. Men i hvert fald tyder noget på tilstedeværelsen af et vist selvforstærkende samspil mellem periodisk kognitiv dissonans og marginaliseret position. Skulle det være tilfældet, ligger det lige for at antage, at fænomenet spiller en central, men skjult rolle i hjælpernes selvopfattelse og måden at indgå i faglige relationer på. Deltagerne gav på den ene side udtryk for, at de på mange måder informelt satte flere af deres tidligere erhvervede kompetencer i spil samtidig med, at de på den anden side udtrykte fuld forståelse for, at kompetencedelegeringen skal sættes i system bl.a. for at modvirke fejl og UTH, som de i øvrigt gav udtryk for ikke blev dokumenteret i tilstrækkeligt omfang. Der kan således beskrives en vis gennemgående konflikt mellem det, man faktisk gør, fordi det

er konkret nødvendigt, og indsigten i nødvendigheden af at gøre tingene på en anden måde, hvor det er klare regler, ensartethed og instrukser, der styrer det daglige arbejde. Til den sammenhæng kan føjes deltagernes beskrivelse af de mange informelle omdisponeringer i forhold til den formelle visitation, som i perioder foregår næsten dagligt, og flere af de skjulte beslutningsstrukturer desangående, som de på den ene side finder nødvendige og på den anden side ikke har det godt med.

> Både fordi det er på kant med reglerne, men også fordi, som flere deltagere påpegede, det *"lukker dem inde" i en slags subkultur, hvor beslutningskompetencen er flydende og konstant til forhandling.*

Samtlige deltagere gav i større eller mindre udstrækning udtryk for et ønske om at blive fri af det beskrevne næsten permanente konfliktfelt. Nogle få deltagere gjorde klart gældende, at de personligt ikke længere ønskede at gå på kompromis med gældende regler og procedurer og henviste til, at i deres team kunne deres spores et vist opgør med de gamle informelle traditioner, rutiner og kulturer. Der var generel enighed om, at når MSO var så decentralt opbygget, og "dem i toppen havde så lidt indsigt i, hvad der foregår i det daglige", var det afgørende for kulturen, hvordan den lokale ledelse handlede.

Det hører her med, at deltagerne gennem hele interviewet i de 6 grupper gang på gang blev overrasket over de store forskelle på deres vilkår, hvilket på den ene side bestyrkede deres fordomme om, at der ikke er styr på organisationen og på den anden side satte gang i kollektive overvejelser om det nødvendige i at få ensartede regler for at overvinde den lokalt oplevede vilkårlighed og udsathed over for den lokale leders forskellige dispositioner.

## Kompetenceudviklingselementet

Det fremgik af interviewene, at deltagerne har en meget diffus opfattelse af kompetenceudvikling, hvilket kan skyldes en forholdsvis upræcis kommunikation om temaet i almindelighed i organisationen. Deltagerne sammenblandede korte instruktioner og oplæg på personalemøder med formaliserede

efteruddannelseskurser. Det var først, da intervieweren kort redgjorde for sondringen og spurgte konkret ind til, om de f.eks. deltog i specifikke fagkurser i AMU systemet, at deltagerne kunne besvare spørgsmålet. Det gennemgående svar var, at social- og sundhedshjælperne ikke længere har den samme mulighed for formelt at efteruddanne sig som tidligere. Forklaringerne var flere, men de gennemgående kredsede om, at der i det enkelte team enten ikke var budget til, at man kunne komme på kursus, eller også at der ikke var tid. Så det meste efteruddannelse eller indlæring af nye kompetencer foregår via sidemandsoplæring, som de fleste i øvrigt fandt var alt for uensartet i kvalitet. Dertil kan føjes, at deltagerne ikke spontant kunne forbinde deres faktisk erhvervede kompetencer med den formelle kompetenceudvikling. *Dvs. forestille sig, hvorledes "det de kan", skal integreres med det, "de skal lære".*

I den sammenhæng er det værd at trække frem, at det gennem interviewene var ganske vanskeligt at få et klart billede af, hvor meget systematisk efteruddannelse af personalet, der faktisk gennemføres i MSO regi og kvaliteten af denne. Dertil var svarene ofte enten for ukonkrete eller fragmentariske, hvilket måske kan tilskrives en relativ begrænset viden om, hvad der findes af muligheder, og at det måske ikke er et tema, der fylder meget i den pressede hverdag, som blev beskrevet. Under alle omstændigheder gav deltagerne i svarene ikke indtryk af, at efteruddannelse er et fremtrædende tema i deres daglige arbejde og i samspillet mellem den lokale teamledelse og social- og sundhedshjælperne.

Det gælder for så vidt også deltagernes reaktion på spørgsmålet om opskoling til social- og sundhedsassistent, hvilket kan undre, al den stund deltagerne ikke var uvidende om den igangværende offentlige diskussion om fremtidens kompetenceprofiler i det nære sundhedsvæsen og forbeholdet overfor social- og sundhedshjælper funktionen/profilen. Intervieweren havde en oplevelse af en vis distant eller defensiv ligegyldighed over for spørgsmålet, hvilket står i direkte kontrast til deres andre udmeldinger om en vis nervøsitet for fremtiden og deres fremtidige placering i plejen. Det var først på spørgsmålet om, hvorvidt de ville opskoles, hvis det blev obligatorisk, at deltagerne for alvor reflekterede over spørgsmålet. Hvad tilgangsmåden kan være udtryk for, kan

være vanskeligt at afgøre, men det kunne tyde på, at den i øvrigt gennemgående defensive indstilling til, hvad der foregår i den "store organisation", også sætter sit præg på de konkrete forestillinger om gruppens fremtid og de mulige krav til enten efteruddannelse eller decideret opskoling.

## Belastningselementet

Deltagerne oplever en markant øget belastningsgrad. Samlet set henviste det store flertal af deltagere til en øget og mere kompleks plejetyngde samt en øget diskrepans mellem tildelte ressourcer og de ændrede borgerprofiler. Deltagerne henviste ikke spontant disse forhold til en ændret visitationspraksis eller til hele visitationsgrundlaget, der indgår i servicelovens bestemmelser. Man havde mere den holdning, at sådan var det, og at det først og fremmest var plejepakkernes tidsudmåling, der var noget galt med, og når man nu ikke kunne få det ændret, blev man nødt til i det daglige selv at forvalte disponeringerne for at få dagligdagen til at hænge sammen.

Hvis man helt overordnet definerer plejetyngde og tids-ressourcediskrepans som centrale størrelser i afgrænsning af belastningsgraden, kan man notere, *at deltagerne ikke simpelt henviste til større plejetyngde som identisk med belastningsgrad.*

> I det hele taget udviste deltagerne et noget mere nuanceret syn på begrebet belastning, end man vanligvis ser.

Det skal i den forbindelse fremhæves, at der i svarene var forskel på, om deltagerne var i hjemmeplejen eller i plejeboligerne. Det var den gennemgående opfattelse, at man havde større mulighed for at kompensere for manglende overensstemmelse mellem ressourcer og opgaver i plejeboligerne end i hjemmeplejen, hvor den enkelte er bundet op på en køreliste, der ofte (ca. 2 gange om ugen) er overbooket og ikke på samme måde som i plejeboligerne kan tilrettelægge opgaverne, så de basale ydelser nås. Men det ændrer ikke ved det samlede billede af, at deltagerne ikke fandt det holdbart og tilfredsstillende, at man for mange gange skulle gå på kompromis med de faglige standarder for at

nå opgaverne, og at man følte sig klemt (belastningsgrad) mellem "hensynet til økonomien og hensynet til den enkelte borger".

## Integrationselementet

Det er i den forbindelse ikke uvæsenligt, at deltagerne i de 6 grupper næsten samstemmende gav udtryk for et ønske om et opgør med uensartetheden, vilkårligheden, de uformelle strukturer og de heraf afledte subkulturer.

Deltagerne i alle 6 grupper gjorde det meget klart, at man ønsker stærk faglig ledelse, klare retningslinjer og større inddragelse i de vedtagne fagstrategier samt deltagelse i det tværfaglige arbejde og ensartetheden i delegering af kompetencer, så man på denne ene side løbende uddannes til at kunne noget mere samtidig med, at man på den anden side kunne arbejde sammen med respekt for hinandens fagkompetencer.

Meldingerne i de enkelte grupper var her så entydige, at der ikke er nogen grund til at antage, at det er noget deltagerne har sagt blot for at tilfredsstille de gængse opfattelser på bjerget.

Tværtimod er der grund til at tro, at deltagerne har givet udtryk for et underliggende ønske om at komme fri af den både hierarkisk og systembetingede påtvungne og ikke mindst "selvvalgte" klemme, som man føler sig fanget i i det daglige arbejde indenfor de respektive suborganisationer/kulturer, som deltagerne gennem alle interviewene har beskrevet.

## Understøttende udsagn

For at etablere en helt konkret rammebeskrivelse at holde de mange udsagn fra de 6 fokusgruppeinterviews op imod, blev der gennemført interviews, som meget summarisk skulle kortlægge dagligdagen i en almindelig arbejdsuge for social- og sundhedshjælperne i henholdsvis plejeboligerne og i hjemmeplejen. Som det fremgår af den tidligere gennemgang, er nattevagten ikke beskrevet,

og beskrivelserne af aftenvagten må siges at bygge på et spinkelt grundlag hvad angår repræsentation.

I det store og hele konvergerer deltagernes redegørelser og beskrivelser med tendenserne i de beskrivelser og oplevelser, som deltagerne i de 6 fokusgrupper fremkom med.

Beskrivelsen af de relativt store forskelle i procedurer for delegering og forskellene mellem de formelle disponeringsprocedurer, og hvad der rent faktisk foregår, er samstemmende. Det samme gælder hvad angår information og den enkeltes eller flere enkeltes "selvforvaltning" i den konkrete disponering i forhold til den enkelte borger, herunder skismaet mellem hensynet til den enkelte borger og opfyldelse af mål- og økonomikrav. Den relativt stramme tidsstyring går også igen.

Som noget nyt i forhold til de 6 fokusgruppeinterviews fremkommer problemstillingen med de ufaglærte og afløsere som et forhold, der virker belastende ind på de daglige arbejdsgange og opretholdelse af den formelle faglige standard. Ingen af deltagerne i de 6 fokusgrupper havde spontant peget på forholdet som belastende. Man havde godt nok berørt temaet, men det var først og fremmest som kontrast til ledelsens meget snak om faglige kompetencer, som man ikke fandt i overensstemmelse med ansættelsen af de mange ufaglærte.

Som noget ganske bemærkelsesværdigt, der desværre ikke blev uddybet, refererede ingen af deltagerne i deres gennemgang af et dagsforløb til teamlederen. Deltagerne fortalte om både det formelle og informelle samarbejde med andre kolleger og kolleger fra de andre faggrupper, men man fortalte ikke noget om kontakt til lederen hverken hvad angår organisatoriske, administrative eller faglige spørgsmål. Hvorimod man som i de 6 fokusgruppeinterviews fortalte om samarbejde med kolleger og andre faggrupper hvad angår faglig sparring og problemløsning. Det siger ikke noget om, at dette samarbejde med lederen ikke forekommer men alene noget om, at ingen deltager nævnte lederen i deres beretninger. Omvendt fortalte de deltagere, der var i dagvagt om kontakten til disponenterne, og deres jævnlige drøftelser af disponeringens overensstem-

melse med de faktiske forhold, som deltagerne oplevede dem. I den sammenhæng også om de potentielle konflikter.

På det helt praktisk beskrivende plan understøttede interviewene udsagnene fra de forudgående interviews hvad angår de informelle relationer og netværk og disses betydning for omdisponeringer, faglig sparring, justeringer mv., samt at disse netværk eller mindre grupper har en fremskudt betydning i den interne organisation og underliggende subkultur, som flere af deltagerne fortalte om.

Deltagerne i begge grupper var i lighed med deres kolleger fra de 6 første grupper selv noget forundrede over at erfare de store forskelle i procedurer, informationsgange, delegering mv. mellem de forskellige teams og lokalcentre.

Det kan tale for, at temaerne om vilkårlighed og oplevelse af uensartede ledelses- og organisationsforhold, som deltagerne i de 6 fokusgruppeinterviews kredsede om, udgør et centralt problem i MSO organisationen. Og at disse forhold har en ikke erkendt betydning for social- og sundhedshjælpernes oplevelse af kontinuitet og ensartethed samt påvirker deres måde at sætte egne kompetencer i spil på.

Som hos deres forgængere fandt ingen deltagere i de to grupper det hverken rigtigt eller hensigtsmæssigt, at mange af deres dispositioner ude hos borgerne eller i forhold til arbejdsdagen i plejeboligerne ikke er formelle og ikke følger de formelle retningslinjer. Men, som det blev gentaget under de to interviews, *"hvis vi ikke gør det på den måde, hænger dagen ikke sammen"*.

Tiden og den reelle normering er så stram, at der ikke skal mange problemer til hos en borger eller akut opståede konflikter, før dagsplanen bryder sammen. I sådanne situationer må man handle på egen hånd og ofte i samarbejde med en sygeplejerske eller andre kolleger. Her tegnede sig dog en vis forskel på forholdene i plejeboligerne og hjemmeplejen. Deltagerne, der kom fra hjemmeplejen, angav, at man ofte stod i situationer, hvor man ikke kunne vente på hjælp fra hverken en sygeplejerske eller en social- og sundhedsassistent. Så

hjælpen eller delegeringen blev givet telefonisk afhængig af, hvor godt man kender hinanden.

Noget kan tyde på, at der hvad angår graden af informalitet, er et sammenfald mellem det, deltagerne fra de første 6 interviews beskriver og det, deltagerne fra de 2 faktagrupper beskriver. Til gengæld er det vanskeligt at kvantificere graden af informalitet. Dvs. hvor mange gange i løbet af en uge, der omdisponeres, uden at det dokumenteres. Hvor mange ændringer, der gennemføres på selve ruten set på ugebasis. Hvor mange delegeringer, der foregår telefonisk i løbet af en uge, og hvor ofte kørelisterne og planerne må ændres på grund af sygdom eller andet fravær. Skal man imidlertid bruge vægtningen af disse forhold i interviewene som en slags indikator, er det indtrykket, at de beskrevne forhold indtager en væsentlig plads i det daglige arbejde, hvilket deltagerne i fokusgruppeinterviewene også gav udtryk for.

Det er dog også vigtigt at bemærke, hvor vanskeligt det er at få en eksakt og systematisk viden om antallet af konflikter med de formelle retningslinjer. Dvs. det var vanskeligt at få deltagerne til at komme med bare nogenlunde præcise angivelser, hvorimod de ikke holdt sig tilbage hvad angår anekdotiske beskrivelser.

Sætter man de 2 interviews over for de 6 fokusgruppeinterviews er der intet, der tyder på, at deltagerne i fokusgrupperne har overdrevet i deres beskrivelser, eller at deres oplevelser alene refererer til en bestemt faggruppetradition for "brokkekultur". Der er heller ikke noget, der tyder på, at deltagerne i de 6 fokusgrupper alene har beskrevet de bagved liggende subkulturelle mønstre ud fra fornemmelser eller mytisk tænkning. Deres udsagn bekræftes på praktisk vis gennem beskrivelserne af dagspraksis i de 2 andre grupper.

Vi kender blot ikke omfanget af og dybden i de subkulturelle mønstre.

## Det historiske perspektiv og nyt lys på undersøgelsen

Formålet med at interviewe en gruppe social- og sundhedshjælpere med høj anciennitet var ønsket om at lægge et historisk perspektiv ind over udsagnene,

der måtte fremkomme i de 6 fokusgruppeinterviews. Ud fra den antagelse, at der dels er foregået store ændringer inden for ældreplejen både i organisering, tilgang til borgerne og opgaver og i hjælpernes funktions- og arbejdsvilkår op til og især efter Frit valgs reformen i 2003. Tillige ud fra en antagelse om, at hjælpernes selvforståelse og indstilling til vilkårene i dag ikke helt kan forstås uden inddragelse af den historiske dimension.

Som det fremgår af interviewet, kan man af deltagernes udsagn og især af deres indbyrdes samtaler gennem interviewet ane meget store kulturforskelle fra dengang til dagens aktuelle kultursprog. Men nok så væsentligt giver deltagerne indirekte og ad flere "omveje" indtryk af, at flere kulturspor fortsat ligger dybt indlejret i gruppens måde at tænke på og forstå sig selv på, og lever deres eget liv uden hverken at blive forstået bevidst eller formuleret.

Altså en form for kollektiv tavs viden, der ikke på nogen måde havde indgået som forståelseshorisont i de foregående interviews, hvor subkulturelle tendenser, privatiseringer og høj grad af informalitet hovedsageligt var blevet forstået som systembetingede defensive reaktionsmåder.

Når deltagerne fortæller, at de oplever at have mistet indflydelse, fremgår det tydeligt af interviewet, at man her tænker på tabet af kompetencer som eksempelvis:

- Selvstændig planlægning
- Ledelsens tillid til deres evne til selvstændigt at kunne behovsvurdere,
- Mere eller mindre målrettet tilrettelæggelse af daglig rehabilitering for at reducere borgernes funktionshenfald
- Samt ikke mindst deres funktion med at hjælpe borgerne til at opbygge eller vedligeholde sociale netværk og sociale orienteringsevne
- Hertil kommer det tværfaglige samarbejde, hvor man følte sig mere ligeværdig end i dag.

Disse og flere andre kompetencer spekulerede man ikke så meget over tidligere, fordi de lå indlejret i faget som en slags "tavs viden" – dvs. som "selvfølgeligheder" forbundet med funktionen.

Men dertil kommer det måske vigtigste element – *følelsen af høj værdi og status.*

Deltagerne oplever, at meget af det, man gjorde tidligere, men aldrig satte ind i en systematisk begrundet forståelsesramme, ikke adskiller sig meget fra det, man i dag diskuterer næsten hele tiden både i MSO og inden for området i almindelighed, "som om det er noget nyt", og som om det først og fremmest udspringer af videnskabelig forskning.

Dvs. det, som deltagerne oplever, de har gjort hele tiden uden at få kredit for det, profiterer andre faggrupper nu af, uden at hjælpernes stemme og erfaring inddrages.

*Det opleves som et stort statustab og desavouering.*

I deltagernes indbyrdes drøftelser gik den opfattelse igen, at de oplevede sig som placeret i et krydsfelt mellem tidligere tiders selvfølgelig forebyggelsesperspektiv og sociale orientering og det i dag mere diagnostisk orienterede sundhedsperspektiv inden for hvilket, de oplever sig selv som lavstatus faggruppe. Hermed sigtede de flere gange til, hvad de intuitivt opfatter som en unødvendig sygeliggørelse af en række socialt afledte problemstillinger, som man tidligere havde en mere socialt og praktisk orienteret tilgang til. F.eks. misbrug. Selvfølgelig forsøgte man dengang at hjælpe borgeren ud af misbruget, men i virkelighedens verden brugte man flere ressourcer på at hjælpe borgeren til en tålelig tilværelse.

Når problemstillingen fremhæves her, hænger det sammen med, at interviewgruppen som helhed ikke kunne nå til enighed om, hvilken en af tilgangene, der er bedst, men var enige om, at der er for lidt af tankegangen fra den gang i den daglige pleje- og omsorg i dag. *Men der sporedes ingen grad af nostalgi.* Snarere blev der investeret stor psykisk energi i diskussionen, hvilket kan tale

for det dilemma, at man på den ene side anerkender de nye tilgangsformer og samtidig har en oplevelsen af statustab.

Deltagerne gjorde eksempelvis i egen selvforståelse en del ud af at pointere, at de tidligere havde et dybtgående kendskab til "deres borgere", hvilket ofte indebar, at de kunne gribe tidligt ind – *tidlig opsporing* – hvis der var problemer i anmarch. Det kunne være somatiske problemer, sociale problemer eller problemer i familien. Af samme grund kunne de dengang tidligt kontakte sociale instanser, praktiserende læge eller hospitalet. Frekvensen og omfanget af sådanne handlinger fremgik dog ikke ganske klart i interviewet.

Vidtstrakt delegering var et andet tema, der gik gennem hele interviewet, selv om man også dengang oplevede stor vilkårlighed og store forskelle fra det ene område og kollektiv til det andet. Men, som flere deltagere bemærkede, er den store forskel på den gang og i dag, at man som regel havde mulighed for at "rede trådene ud på møderne". Dertil kommer, at man i deltagernes optik havde fagledelse, der ud fra konkrete skøn kunne skære igennem og tilrettelægge indsatsen. Underforstået – i øvrigt som gennemgående retorisk fænomen – i modsætning til i dag.

Deltagerne fortalte i lighed med deres kolleger i de andre interviewgrupper, at man oplevede en betydelig ændring i borgerprofilen. Der er i dag flere borgere med komplekse problemer, og der er ikke så mange tilbage af *de gamle borgere,* "der først og fremmest skulle have praktisk- og social hjælp". Det skyldes måske også den stramme visitation, som flere deltagere udtrykte det. Hvad de kun indirekte kom ind på i beskrivelsen af ændringerne i borgerprofilen, kunne kaldes borgernes tab af social sammenhæng og livsgrundlag, hvorved borgernes individuelle problemer træder mere i forgrunden. Temaet blev drøftet, men ikke relateret til beskrivelsen af borgerprofilen.

Under deltagernes drøftelse af det sidste spørgsmål returnerede de flere gange til temaet: At der i dag ikke systematisk samles op på deres erfaringer, og at meget af det, der i dag laves projekter om, i virkeligheden er kendt stof. Derfor oplever man i dag sin position/værdi som devalueret. ▶

▶ Det samme gælder de mange kompetencer, deltagerne mener, at hjælperne har opbygget. De inddrages aldrig i udviklingsarbejdet, og man oplever ikke, at den kompetenceafklaring, der gennemføres, fanger lige netop deres kompetencer (reale kompetencer). Oplevelse af desavouering.

Her er det så værd at bemærke, at deltagerne ikke selv reflekterede over, at mange af deres reale kompetencer udøves informelt, hvorfor man formelt set heller ikke kan spørge ind til dem. Eller sagt på en anden måde, var deltagerne delvist blinde for deres egen rolle i den samlede formelle negligering af deres realkompetencer.

Gruppens afsluttende kommentar var, at man tidligere som det mest selvfølgelige arbejdede med det, der i dag benævnes "tidlig opsporing". I dag oplever man, at hjemmeplejen først kommer ind i billedet, når borgerne er meget plejekrævende, og så har borgerne allerede, efter deltagernes oplevelser, mistet en del af det sociale netværk, der skal bygges på for at rehabilitere dem. "Men sådan er forholdene jo i dag", som en deltager afsluttede interviewet med at sige.

For intervieweren åbnede interviewet ganske overraskende for to ikke helt uvæsentlige spørgsmål, der som sagt kaster et nyt lys over resultaterne af de foregående interviews, men som på den anden side desværre ikke kan besvares tilfredsstillende i denne undersøgelse.

Spørgsmålene kan derfor højst antage status af to fokuspunkter:
For det første: *Er de oplevelser og den virkelighed, som deltagerne i de foregående interviewgrupper beskriver, lige under de øverste bevidsthedslag farvet og måske styret af overleveringer fra den "gamle hjemmehjælperkultur", der tydeligt divergerer med nutidens krav til strukturel underordning, organisering og professionalisering af ældreplejen?*

For det andet: *Har man ved indførelsen af frit valg, objektiv visitation og øget diagnostisk orientering af plejen og omsorgen i alt for høj grad tænkt mekanisk,*

*når man har regnet med, at indførelse af tidsstudier, tidsmåling, indførelse af plejestandarder og accelereret projektudvikling mv. også ville ændre den største faggruppes fagkultur uden at gennemføre et målrettet og anerkendende og integrerende opgør med "de gamle kulturspor"?*

For selv om man givetvis kan tale om en vis generationskløft mellem de "gamle" hjælpere og de relativt nyuddannede social- og sundhedshjælpere, så tyder det meget sammensatte billede indirekte på, at de inderste "kulturspor" fortsat er i live og virker i det "dunkle" – også på de relativt nyuddannede social- og sundhedshjælpere.

Som en slags bestemt perceptionsmåde og bearbejdningsmodus. Eller som et afrundende spørgsmål: hvad er det f.eks., der gør, at man tidligere oplevede vilkårlighed og forskelle som et vilkår men i dag som et påtrængende problem? Skyldes det en ikke gennemført formidling og heling af et angiveligt større kulturbrud end antaget?

Under alle omstændigheder repræsenterede spørgsmålene, som de præsenterede sig, et vist brud i undersøgelsen, idet elementer fra de foregående interviews. Selvfølgelig ikke i forhold til, hvad deltagerne faktisk havde sagt, men i den umiddelbare fortolkning.

Hvor social- og sundhedshjælperne i de foregående analyser/fortolkninger kunne opfattes som værende "reaktive ofre" for en vis systemisk uorden og et hierarkisk pres, og at de for at fungere og løse de pålagte opgaver måtte ty til informel aktivitet, alliancedannelse mv., med den uheldige konsekvens, at reaktionsmåderne kom til at skygge for realkompetencerne, måtte en ny dimension tilføjes i fortolkningen. Forstået på den måde, at social- og sundhedshjælpernes "gamle kultur" optræder som en om end skjult så dog aktiv medspiller i reproduktionen af de forhold, som på den ene side består af vilkårlighed, svag ledelse, store formelle forskelle mv. og på den anden side "lukker hjælpernes reale kompetencer inde" i en form for privat handling, interaktion og sprogkode.

*At der med andre ord er tale om en fungerende gensidighedsrelation, som måske knapt er erkendt af det samlede sæt af aktører, idet gensidighedsrelationen ligger indlejret som aktivt virkende i hele organisationens kultur.*

## Den formelle systemiske vinkel

I beslutningen om at udstrække interviewserien til også at dække interviews med disponenter, der dagligt optræder som repræsentanter for det formelle systems måde at organisere bl.a. hjælperfunktionen på, indgik en formodning om, at disponenterne besidder et mere sammenhængende billede af systemets formelle funktionsmåder og det reale forhold mellem opgaver og kompetencer. Udsagn fra denne gruppe skulle således kunne anvendes som korrektion, problematisering eller bekræftelse af de gennemgående svartendenser i de foregående interviewgrupper. Tillige var der en forestilling om, at deltagerne i interviewet kunne redegøre for de faktisk anvendte procedurer som en slags korrektur til det af kollegerne oplevede.

Interviewet skal således betragtes som et ønske om at kvalificere udsagnene i de andre grupper, herunder danne modvægt til evt. "farvede" eller suggererede udsagn og tendenser ud fra den betragtning, at der i fokusgruppeinterviews med flere deltagerne, og hvor der er mulighed for at diskutere indbyrdes, kan være en tendens til, at deltagerne påvirker hinanden på en suggererende måde.

Interviewet understøtter imidlertid i det store og hele de gennemgående svartendenser i såvel Fokusgruppen som i Faktagruppe I og afslører samtidig, at der også hersker store forskelle på disponenternes funktionsvilkår, kompetencer, status og handlevilkår.

Det fremgår også af svarene, at deltagernes oplevelse af måden, delegering foregår på, stort set ikke adskiller sig fra det, deltagerne fra de andre grupper har givet udtryk for, hvilket vil sige, at der hersker en vis vilkårlighed eller informelt mønster for delegering.

Interviewet bekræfter ligeledes, at der ifølge deltagerne disponeres på tid, og som angivet flere gange i interviewet i Faktagruppe I, foregår indtil flere omdisponerin-

ger både formelt og uformelt, og både dokumenteret og udokumenteret. Der er heller ikke ensartede procedurer for kontering af tid. Dvs. som enten visiteret tid eller reelt forbrugt tid. Herunder ligger hele spørgsmålet om "opsparet tid", som også blev antydet i de andre grupper. Deltagerne i gruppen bekræftede, at den enkelte hjælper kan opspare minutter hos én borger for at anvende den opsparede tid hos en anden borger, der skønnes at have et større plejebehov, end der er visiteret tid til.

> Med andre ord "en slags informel selvforvaltning" på grundlag af et *subjektivt skønnet men dog fagligt begrundet behov.*

Hjemtagningen af borgere fra hospitalerne foregår også meget forskelligt. Nogen gange foregår det direkte gennem disponenten. Andre gange over sundhedsenheden, og ind imellem foregår det også tværfagligt.

Deltagerne i gruppen bekræfter også de andre gruppers beskrivelse af forskellene på vilkårene "inde" og "ude". I plejeboligerne kan man handle mere fleksibelt og eksempelvis arbejde tættere sammen med sygeplejersker og terapeuter. Det forhold er også beskrevet i de andre grupper som en form for fagligt kollektiv på tværs af faggrænser.

I modsætning hertil skal arbejdet i hjemmeplejen ifølge deltagerne køre fuldstændig efter en snor, hvis alle borgere skal nås, og der er kun begrænset mulighed for at indgå i et fagligt kollektiv.

I deltagernes selvforståelse indtager disponenten flere steder en central rolle, hvis ikke dén centrale rolle, hvor vedkommende faktisk fungerer som leder, der på retfærdig vis skal lede og fordele arbejdet. Endnu et element i den efter de andre gruppers udsagn udstrakte informelle organisering og subkultur. Man kan få det indtryk, at disponenterne fungerer som en slags stabilisatorer og problemløsere, der substituerer den lokale leder hvad angår plejeorienterede ledelsesopgaver.

Det fremgår nemlig af svarene, at der er forskelle på, hvor meget teamlederne reelt inddrages i dispositionerne. Et sted inddrages lederen i alle dispositioner,

prioriteringer og konflikter. De øvrige deltagere fortæller, at inddragelsen enten er meget overordnet eller sporadisk. Den fælles begrundelse er, at lederne ofte ikke har det nødvendige kendskab til borgerne. Altså bekræftes det af deltagerne, at det kun er nogen steder, men langt fra de fleste, at lederne opleves som synlige og fagligt ledende. Det afgørende her er, at hvor deltagerne i de andre gruppe berettiget eller uberettiget kan have og give udtryk for en oplevelse af en usynlig ledelse og behersket faglig støtte, så vægter udsagnene fra disponenterne tungere, al den stund de må formodes at være i en tæt relation til teamledelsen hver dag.

Imidlertid kan det ikke udelukkes, at der under de her beskrevne forhold, kan findes en slags informel gensidighedsrelation forstået på følgende måde: Teamledelsen skal selvfølgelig sikre, at visitationerne fra borgerkonsulenterne omsættes til korrekt disponering af ydelsespakker overført til social- og sundhedshjælpernes kørelister. Her overfor kan de faktiske oplevede forhold ude i plejen optræde som værende i modsætning til den konkrete visitation. Hvis der så ikke er tradition for eller systemisk mulighed for at korrigere for uoverensstemmelserne, sætter det alle tre aktørgrupper i et krydspres. Lægges dertil, at teamlederen har påtrængende budgetmæssige forpligtelser over for de nærmeste foresatte, kan man forestille sig, at teamlederen først og fremmest overvåger sidstnævnte og overlader den reale disponering til disponenterne, der så på den anden side anvender deres individuelle og "private viden" til at disponere efter, hvad der praktisk kan lade sig gøre. Men disponenten agerer ikke i et tomrum. Tværtimod agerer vedkommende som væsentlig aktør i social- og sundhedshjælpernes gruppe og skal af den grund tage bestik af de mere eller mindre tydelige og dominante informelle statushierarkier her.

Alle aktørerne handler således efter bedste evne på de givne vilkår for at løse en fælles opgave samtidig med, at de enkelte aktørgrupper i opgaveløsningen varetager egne interesser. For så vidt de ikke gjorde, kan man forestille sig, hvis de mange deltageres udsagn står til troende, at den daglige løsning af opgaverne ville falde sammen, eller at plejestandarden, som den formelt er beskrevet, ikke kunne opretholdes.

Ud fra et almindeligt organisationspsykologisk synspunkt kan man sige, at alle aktørgrupper har et uudtalt ønske om at bevare informalitetens status quo, fordi de ikke har nogen udsigt til ændrede arbejdsvilkår og ikke forestiller sig, at nogen et andet sted i organisationen kunne have en interesse i afgørende at ændre på de givne vilkår. Bl.a. sat i forhold til Frit valgs lovens krav til objektiv visitation adskilt fra udførerenheden og også objektiv udregning af enhedsomkostninger ud fra ønsket om sammenlignelighed mellem offentlig- og privat hjemmepleje.

Det medfører, eller nærmere bestemt kan tænkes at medføre, at de tre aktørgrupper i teamet, konstant omvender de gensidige relationer i den reale verden på en måde, så de formelle relationer og funktioner fungerer og samtidig overlader meget plads til de informelle dispositioner og beslutninger. Forholdet understøttes så yderligere af en relativ lidt formaliseret kommunikationsprocedure, som det flere steder er beskrevet i de andre interviewgrupper. Her tænkes bl.a. på den lave grad af skriftlighed og systematiske henvisning til de faktisk foreliggende instrukser og funktionsbeskrivelser. At der med andre ord hersker en grad af privatisering af det af hele organisationen tilstræbte formelle professionaliseringsforhold, som denne undersøgelse kun kan indikere eksistensen af og årsagen til, hvor interviewdeltagerne oplever den som et belastende men ikke italesat grundvilkår.

## Forestillinger om fremtiden

Når det i udarbejdelsen af undersøgelsesdesignet blev besluttet at indføre et afsluttende interview om social- og sundhedshjælpernes forestillinger om fremtiden, blev det begrundet i ønsket om at undersøge muligheden af en vis sammenhæng mellem det oplevede og deltagernes faktiske forestillinger om, hvordan deres arbejdsvilkår ideelt kunne skrues sammen, herunder forestillinger om deres rolle og faggruppens integration i fremtidens kommunale sundhedssektor. Forestillingen var, at et sådant interview kunne afdække deltagernes tanker om, hvordan deres erkendte realkompetencer kunne flyttes fra

at være informelle eller skjulte realkompetencer til at være formelle og integrerede kompetencer under ændrede systemvilkår.

Diskussionerne i gruppen fik i lang tid under interviewet lov til at forløbe relativt frit, hvilket lidt overraskende resulterede i, at deltagerne stort set ikke beskæftigede sig med fremtiden endsige besvarede spørgsmålene. Helt overordnet forfaldt deltagerne til at behandle og hænge fast i en kritik af de eksisterende vilkår, og her var sammenfaldet mellem denne gruppes oplevelser og oplevelserne formuleret i de øvrige grupper udtalt. Det var de samme temaer, der gik igen.

Men efter at være konfronteret med dette forhold, begyndte deltagerne dels at fokusere mere konkret på, hvad de fandt utilfredsstillende og ikke mindst på, hvad man kunne ønske sig ændret.

Deltagerne fandt det utilfredsstillende, at man individuelt skal forhandle om delegering af fagspecifikke kompetencer, som man mener at have større eller mindre erfaring med at udføre og samtidig beskytte sig mod vilkårlighed og leve med de store lokale forskelle på, hvad man må og ikke må. Det opleves som uhensigtsmæssigt, at man skal agere i flere systemer eller subsystemer, hvor der i sidstnævnte ofte udvikler sig subkulturer og klikedannelser med informelle ledere. Dvs. deltagerne pegede som de første i hele interviewrækken også pilen indad mod social- og sundhedshjælpergruppens måde at tackle de systemiske problemer på. Mere væsentligt er det måske, at deltagerne hen mod slutningen af interviewet gjorde det klart – som om man var i en diskussion med udenforstående – at man ikke ønskede sig tilbage til "de gode gamle dage". Deltagerne gav udtryk for et udtalt behov for at kunne fungere mere professionelt ikke bare som enkeltmedarbejdere, men som kollektiv – som faggruppe.

Hvor de andre grupper enten stoppede ved kritikken af ledelsen eller angive mangel på samme, eller afgrænsede sig negativt overfor flere af de andre faggrupper eller funktioner i den samlede organisation, forsøgte denne gruppe at beskrive positivt, hvordan de kunne ønske sig en faglig ledelse se ud og fungere. Dvs. der blev ikke, som i flere af de 6 fokusgrupper udtrykt et ønske om bare at få lov til at udføre sit arbejde og passe sig selv.

Tværtimod formulerede gruppen entydigt ønsket om en synlig og deltagende faglig ledelse som forudsætning for, at social- og sundhedshjælperne kan gøre alle deres kompetencer, som de anvender i dagligdagen, *officielle og tillige indgå i et integreret tværfagligt samarbejde som ligestillede. Som en deltager prægnant formulerede det, så ønskede man at komme fri af husmoderafløser- og hjemmehjælper identiteten/profilen og blive opfattet som en professionel faggruppe i den moderne professionelle organisation, som ældreplejen er i dag og skal være endnu mere i fremtiden.*

I det hele taget kendetegnede det gruppens drøftelser i den sidste tredjedel af interviewet, hvor deltagerne var bemærkelsesværdigt konkrete, at man ønsker sig mere professionalisme og et opgør med den "gamle hjemmehjælperkultur". Dvs. et opgør med den tidligere høje grad af informalitet og "selvforvaltning". På sin vis ønskede gruppen også et opgør med den del af decentraliseringen i MSO, der efter deres opfattelse resulterer i alt for stor forskellighed fra det ene lokalcenter til det andet og fra det ene team til det andet. Ifølge gruppen er det ikke tilstrækkeligt at vedtage ensartede procedurer og skemaer for kompetenceudvikling. Den øverste ledelse skal også sørge for, at procedurerne og målene virkelig implementeres, og at alle faggrupper seriøst og forpligtende inddrages heri. På det punkt gik gruppen langt videre end de andre grupper ved at pointere, at implementeringen først sker, hvis basispersonalet inddrages i drøftelserne af udviklings- og forandringsplaner, så "man tager ejerskab" og selv sørger for, at det bliver til noget.

Gruppen lod også forstå, at der selvfølgelig skal ske en opskoling i takt med en vækst i kravene til kompetencer. Her herskede der ingen tvivl i gruppen. Men flere gav udtryk for, at man nok ville støde på en vis modstand, hvis der ikke blev meldt klart ud, at opskoling kan blive et krav og også meldt ud, hvordan opskolingen tænkes gennemført og på hvilke konditioner. Man var overbevist om, at det nok skulle kunne lade sig gøre både for den enkelte og for hele MSO, hvis opskolingen blev planlagt og meldt ud i god tid, så den enkelte medarbejder fik "tid til at sunde sig og lige se det fra den positive side".

Det skal her pointeres, at gruppens deltagere redegjorde for nøjagtig de samme problemer som deltagerne i de øvrige grupper. De drøftede også de samme temaer og var herved i overensstemmelse med de andre.

Men måske, fordi gruppen som udgangspunkt skulle forholde sig til fremtiden, resulterede diskussionerne og svarene efterhånden i, at kritikken og de mange problematiske oplevelser blev vendt til positive drøftelser af, hvad der kunne ændres både på den korte og den lange bane.

*På den lange bane pegede man på afskaffelse af Frit valgs lovens krav om ekstern såkaldt objektiv visitation, fremmedstyring og tidsstyring. På den korte bane ønskede man sig delagtiggjort i en samlet drøftelse af ensartethed, klar og synlig faglig ledelse og fælles og seriøst implementerede procedurer. Dertil kom ønsket om, at "alle de ting, erfaringer og løsningsmåder, vi går og putter med" bliver synlige og indgår i kompetenceudviklingen. Dvs. ønsket om at drøfte disse ting i forbindelse med den formelle kompetenceafklaring, så den enkelte fik godskrevet og dokumenteret, hvad vedkommende faktisk kan.*

Nu kan undersøgelsen af gode grunde ikke konkludere afgørende på udsagnene fra gruppen, hvad angår repræsentativitet. Men hvis man alligevel forsigtigt antager, at deltagerne i gruppen repræsenterer en opfattelse bredt funderet i hele social- og sundhedshjælpergruppen, kan man i hvert fald konstatere, at deltagerne kan "tænke ud af boksen", hvis den presses eller inviteres til det. Og vel at bemærke på en måde, hvor man gerne vil gøre op med den kultur, som på den ene side antager karakter af selvbeskyttelse og på den anden side i social- og sundhedshjælpernes optik spærrer for faggruppens berettigede placering i fremtidens sundhedsvæsen i den ene eller den anden form.

# DEL 7

## Konkluderende bemærkninger

# Konkluderende bemærkninger

Undersøgelsens helt overordnede konklusion må være, at man vanskeligt kan tale om realkompetencer i social- og sundhedshjælpergruppen som en fast, simpel og målbar størrelse. Alene de store forskelle på administrationen af delegeringer, organisering af det daglige arbejde, uensartede erfaringsfelt og erfaringsbaserede realkompetencer og en vis grad af vilkårlighed i tildelingen indebærer, at mange hjælpere har meget store og brede erfaringsbaserede kompetencer, hvorimod andre grupper af hjælpere har færre afhængig af den konkrete og lokale praksis.

På den anden side viser undersøgelsen, at mange af de faktisk forekommende kompetencer, der sættes i spil hver eneste dag, ikke alene er personbårne, men også systemiske og skal findes i subkulturerne som indlejrede tænke- og handleformer, der i sagens natur er informelle og ofte tangerer de formelle grænser.

De findes som beskrevet dels i en overvintret "hjemmehjælperkultur" med en relativ høj grad af "selvforvaltning" og dels som praktiske svar på en række af dagligdagens problemer, hvor løsningerne ikke umiddelbart kan findes inden for de formelle rammer.

> I den forstand virker kulturen konservativ, hvorimod den samme kultur i en anden sammenhæng indeholder en række synsmåder og tilgange til faget, der – hvis de blev formaliseret – kunne berige den samlede professionelle indsats i organisationen.

Det drejer sig eksempelvis om den udprægede socialt accepterende tilgang til borgerne, en vis reservation overfor sygeliggørelse af samme og en helt naturlig indsigt i opbygning af sociale netværk og tidlig indgriben ved ændrede vilkår for borgerne, herunder en naturlig forebyggelse af den enkelte borgers funktionshenfald.

Svagheden i de beskrevne forhold er indlysende fraværet af formaliseret viden og systematisk og organiseret anvendelse af de faktiske kompetencer, når man

taler om gruppen som helhed og i den udstrækning, det handler om kompetencer ud over det faggrundlag, der udgør selve funktionen og indholdet i uddannelsen. Svagheden eller måske rettere vanskeligheden i at lokalisere hjælpergruppens realkompetencer skal også søges i det forhold, at man for at indkredse dem er nødt til at se bort fra de formelle og systemiske kriterier for definition af kompetencer. For eksempel kan der ikke herske tvivl om (hvilket i øvrigt heller ikke var tilfældet for deltagerne) at de mange omdisponeringer og "private observationer og plejetildelinger" ikke er hensigtsmæssig. Ikke desto mindre ville det være utænkeligt, at dagligdagens mange problemer og udfordringer blev løst inden for de givne betingelser, var det ikke for hjælpernes høje grad af "selvforvaltning".

*Disse forhold må siges at udgøre et helt kontinuum af kompetencer, der, hvis de blev kortlagt og formaliseret og bragt ind under kompetent, ensartet og systematisk ledelse, kunne anvendes til at styrke den ønskede decentralisering på den ene side og homogenisering af implementeringen af MSO's sundhedsstrategiske indsatser på den anden side.*

Undersøgelsen har ikke fokuseret på de faktisk forekommende formelle strukturer for social- og sundhedshjælpernes funktionsudøvelse, men har alene haft til formål at beskrive eller indkredse de formodede realkompetencer gennem deltagernes udsagn og oplevelser. Undersøgelsen giver således heller ikke adkomst til at sige noget som helst om, hvorvidt de formelle strukturer er relevante og adækvate i forhold til de opgaver, der skal løses. Det samme gælder, hvad angår faktisk ledelse og ledelses- og funktionsrammer, herunder forskrifter, retningslinjer, instruktioner, træningsprogrammer, kurser og uddannelse mv. Undersøgelsen siger alene noget om, hvordan deltagerne oplever de formelle organisationsforhold i deres dagligdag og om, hvordan de tackler dem og omsætter dem til egne handlemodi eller indoptager og tilpasser dem de underliggende subsystemer og subkulturer.

Således kan man sagtens argumentere for, at MSO, som organisationen fremstår, er hensigtsmæssigt opbygget. At organisationen fungerer på et højt professionelt niveau, med veluddannede ledere, klare sundhedsstrategier, syste-

matisk og kontinuerlig udvikling af nye metoder mv. Men det modsiger ikke det forhold eller den diskrepans, der så må være mellem disse faktorer og formelle vilkår, og hvordan de reelt opleves og leves af en stor faggruppe som social- og sundhedshjælperne.

I sagens natur, og som undersøgelsen er bygget op, rækker dens resultater ikke til andet og mere at besvare de to spørgsmål, der er formuleret i formålet. Dvs. at indkredse og beskrive en række formodede realkompetencer, der både bæres individuelt (som oftest synlige lokalt), og også ligger indlejret i hele gruppens kultur (mindre synlige/tavse), der historisk/kulturelt og systemisk kan henføres til måder og former at fungere på i den samlede MSO organisation. Herunder kan også indlæses og relateres social- og sundhedshjælpernes selvforståelse og relation og forventninger til andre faggrupper og ikke mindst til hele ledelseshierarkiet.

Men undersøgelsens resultater rækker faktisk ud over indkredsningen af faggruppens realkompetencer og de givne rammebetingelser, de ligger indlejret i. Man kan med en vis ret og på det foreliggende undersøgelsesgrundlag hævde:

- *At den også præsterer et grundlag for systematisk ledelsesmæssig intervention for at løfte de beskrevne kompetencer og den tavse viden ud af deres snævre lokale og subkulturelle kontekst.*
- *At den skaber grundlag for samlet set at indkredse den skjulte kunnen og viden i gruppen og inden for de aktuelle rammer gennemføre en proces, hvor de integreres i organisationens samlede kapacitet enten som en forstærkning af gruppen eller som grundlag for en strategisk meritering og opskoling af gruppen.*
- *At der er skabt et indsigtsgrundlag for at gennemføre et kulturopgør for at frisætte faggruppens selvforståelse og daglige ageren fra de overlejrede kulturspor, der i dag fastholder faggruppen i en defensiv attitude overfor den nødvendige udvikling indenfor sundhedsområdet.*

Litteraturliste

Bilagsliste
med de anvendte
interviewdesign

# Litteratur


1. Uddannelsesordning for Social- og sundhedshjælpereuddannelsen 2015,
2. Danske regioners oplæg til ny erhvervsfaglig sundhedsuddannelse,
3. Fremtidens medarbejdersammensætning i Sundhed og Omsorg, 2014,
4. Obligatorisk sundhedsfaglig kompetenceudvikling for social- og sundhedshjælpere i Sundhed og Omsorg, Århus kommune, 2015,
5. Udvalgt samling af instrukser, retningslinjer, introduktionsprocedurer og fagstrategiske oplæg i MSO.
6. Borgernes og personalets hverdagsbilleder og fortællinger. Et antropologisk studie af Ledetrådenes liv i praksis, 2014,
7. KL: Delegation og brug af faglige kompetenceprofiler, 2013,
8. KORA: Ældres brug af sundheds- og hjemmeplejeydelser, 2015,
9. KORA: Ældres deltagelse i hverdagsrehabilitering – muligheder og udfordringer, 2015,
10. KL: Sammen om sundhed, 2015,
11. FOA: Medlemsundersøgelse om opskoling til social- og sundhedsassistent og social- og sundhedshjælper, 2004,
12. Kommissorium for udvalg om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, 2016,
13. Sine Lehn-Christiansen: Sosu-hjælpere umyndiggøres af regeltyranni, 2011,
14. Tine Fristrup: oplæg om En y tids ældreliv, 2010,
15. Hjemmehjælp – en håndbog, red. Kurt Alling Nielsen, 1980,
16. AKF rapport: Hjemmehjælp og ældres velbefindende ved Eigil Boll Hansen m.fl. 1999,
17. Socialministeriet: Den gode pleje – afsluttende rapport, 2000,
18. FOA: At tage en snak 5 i 3, dialog om medlemmernes kompetencer og faglighed i det nære sundhedsvæsen, 2014,
19. KL: Servicetjek på ældreområdet, 1999,
20. Steinar Kvale: Interview – en introduktion til det kvalitative forskningsinterview, 2000,
21. Steen Larsen: Den ultimative formel for effektive læreprocesser, 1998
22. Mogens Hansen: Intelligens og tænkning, 1998,

23. Hans Gullestrup: Kultur, kulturanalyse og kulturetik – eller hvad adskiller og forener os? 1998,
24. Richard Sennett & Jonathan Cobb: The hidden injuries of class, 1972,
25. Basil Bernstein: Kodeteori – en artikelsamling, 1974,
26. Niels Åkerstrøm Andersen: Borgerens kontraktliggørelse, 2003,
27. Regeringen: Tid til status – erfaringer med frit valg, 2005,
28. KL: Økonomistyring i bevægelse – udfordringer og værktøjer, 2006,
29. KL: Nye vinde i den kommunale økonomistyring, 2001,
30. Organisationsteori – struktur og kulturelle processer, Jørgen Frode Bakka m.fl., 2002,
31. Katrin Hjort: Modernisering af den offentlige sektor, 2002,
32. Diverse artikler fra KL og Danske Regioner om det sammenhængende- og nære sundhedsvæsen.

# Bilag I

## Projekt: Sosu-ansattes vilkår og fremtid
## Interviewguide til Fokusgruppeinterview

Interviewguiden er opdelt i 6 hovedkategorier/sektioner i kronologisk orden. Der er i alt 36 spørgsmål, der varierer mellem faktaorienterede- rammeorienterede og problematiserende spørgsmål.

Ingen af spørgsmålene retter sig direkte mod undersøgelsens hovedtemaer. De adresseres indirekte gennem en struktureret afvejning af svarene først i den enkelte kategori og efterfølgende af kategorisvarene indbyrdes.

Deltagerantal er 10 i hver fokusgruppe.

**Hvert interview indledes med en hurtig præsentation af de 10 deltagere:**
- Navn
- Arbejdssted
- Vagtlag
- Anciennitet

**Herefter introduceres deltagerne til selve interviewet – indhold og form:**
- Formål
- Procedure
- Regler

Deltagerne kan både svare enkeltvis på de stillede spørgsmål, eller de kan drøfte svarene i gruppen under styring af intervieweren, der også åbent kan konkludere med konsensus.

Der er afsat 2 timer og 30 min. til hvert fokusgruppeinterview.

**Interviewguide**

**Kategori I: Individuelle data**

1. Hvorfor har I valgt sosu-hjælperfaget?
2. Hvis I har haft anden beskæftigelse før – hvilken?
3. Hvor mange forskellige stillinger har I haft inden for området?

**Kategori II: Kendskab til formel organisatorisk ramme**

4. Hvordan er magistratsafdelingen opbygget fra top til bund?
5. Hvad er de vigtigste elementer i magistratsafdelingens fagpolitik?
6. Kender I begrundelserne for magistratsafdelingen prioriterede indsatsområder?

**Kategori III: Kendskab til formelle funktionskrav**

7. Kender I jeres funktionsbeskrivelse?
8. Hvordan foregår rehabilitering af borgerne?
9. Hvad er jeres rolle og opgaver i rehabilitering?
10. Hvad er indholdet i kompleks pleje?
11. Her I nogen rolle og opgaver i kompleks pleje?
12. Hvad er delegering – indhold og procedure?
13. Har I fået delegeret opgaver – hvilke?
14. Hvad dokumenterer I og hvordan gøres det?

**Kategori IV: Formelle- og reale kompetencer**

15. Hvor mange efteruddannelseskurser/opkvalificeringskurser har I deltaget i?
16. Hvor meget efteruddannelse er foregået ved sidemandsoplæring?
17. Hvor meget skriftlig vejledning modtager I, når der kommer nye opgaver, eller når der forekommer ændringer?
18. Udfører I opgaver, som skulle have været delegeret, men som ikke er blevet det?
19. Er der kompetencer eller handlinger, som I ved, I har/kan, men som I ikke anvender længere?
20. I givet fald hvad er så årsagen?

21. Har I deltaget i udviklingsprojekter?
22. Har I på noget tidspunkt overvejet at uddanne jer videre til f.eks. social- og sundhedsassistent?
23. Hvis ja – hvorfor er det ikke sket? Hvis nej – hvorfor ikke?

**Kategori V: Faglig støtte**

24. Modtager I instruktion ved nye opgaver eller ændrede opgavekrav?
25. I givet fald – hvordan foregår instruktionen?
26. Hænder det, at I ikke modtager instruktion, og hvad gør I så?
27. Hvordan indgår faglig ledelsesstøtte i jeres daglige opgaveløsning?
28. Hvorfra henter I mest faglig støtte – fra ledelsen eller fra kolleger?
29. Hvor ofte oplever I utilstrækkelige kompetencer i forhold til de opgaver, I skal løse?
30. Oplever i flere tilfælde nu end for 5 år siden?
31. Hvor ofte sker der fejl – kan I angive årsager?

**Kategori VI: Opgavernes karakter og rammebetingelser**

32. Hvordan ser den typiske borger ud i dag i forhold til for 5 år siden?
33. Hvordan ser de typiske opgaver i dagligdagen ud i forhold til de visiterede plejepakker?
34. Er der en rimelig overensstemmelse mellem tildelt tid og tildeling af opgaver og deres tyngde?
35. Hvordan løser I det, hvis der ikke er overensstemmelse?
36. Hvad oplever I som de største udfordringer i jeres daglige arbejde?

# Bilag II

## Projekt: Sosu-ansattes vilkår og fremtid
## Interviewguide til fakta gruppe interviews I og II

Interviewguiden er opdelt i et hovedspørgsmål og en række under- eller hjælpespørgsmål. Samtlige spørgsmål er fakta- og rammeorienterede.

Spørgsmål og svar skal modstilles til de seks forudgående fokusgruppeinterview som en art kontrolspørgsmål/svar

Deltagere i fakta gruppe interviews: 10 personer.

Hvert interview indledes med en kort præsentation af de 10 deltagere:

- Navn:
- Arbejdssted:
- Inde:
- Ude:
- Vagtlag:
- Dag:
- Aften:
- Nat:
- Anciennitet:

**Interviewguide**

Deltagerne anmodes om så udførligt og sammenhængende som muligt at fortælle om forløbet af en arbejdsuge. Forskellene i gruppen noteres og indgår som nuanceringer af hovedtrækkene. Der vil med andre ord være tale om interviewerens fortolkninger og hierarkiseringer.

1. Fortæl om jeres arbejdsuge så nøgternt og slavisk som muligt. Hver dag fra arbejdets begyndelse til afslutning.
2. Nedstående spørgsmål er hjælpespørgsmål, der skal bidrage til opklaring/udfoldning. Skal kun anvendes til at sætte gang i fortællingerne. Ellers ikke. Må ikke være styrende for deltagernes fremstilling.
   - Har I haft nogen møder?
   - Passer kørelisten ude og fordelingen af borgere inde?
   - Har I haft tid til at læse advis?
   - Har I overlevering, hvor advis drøftes?
   - Hvis sygefravær, hvad så. Hvem handler?
   - Hvordan holder I spisepause?
   - Hvordan informeres I om nye instrukser eller retningslinjer?
   - Der opstår en problemstilling/spidssituation, hvad gør I? Er det jer, der foretager skøn og handler?
   - Borgers udskrivelse fra hospital – hvad gør I, hvad er jeres rolle?
   - Hvordan dokumenterer I og hvornår?
   - Hvordan introducerer I nyansatte, vikarer, elever?
   - Hvor mange af jeres borgere er plejekrævende, og hvordan ser jeres ydelsespakker ud? Passer tiden?
   - Sker det, at I skal vente på en sygeplejerske eller social- og sundhedsassistent?
   - Hvor tit oplever i fejl eller UTH (Utilsigtede hændelser)?
   - Har I ofte overarbejde? Hvem bestemmer det?
   - Deltager I i temadage eller anden undervisning?
   - Er I i kontakt med andre instanser indenfor MSO?
   - Hvordan er rehabilitering blevet introduceret og implementeret i hele MSO?
   - Hvordan foregik det med de 5 ledetråde?

# Bilag III

## Projekt: Sosu-ansattes vilkår og fremtid
## Interviewguide til "Historieinterviewet"

Interviewguiden er opdelt i nogle få rammesættende spørgsmål. Hensigten med interviewet er at få en beskrivelse af opgaver, organisering, kompetencer, roller og borgerprofiler, som prægede social- og sundhedshjælpernes arbejde før 2013.

Antagelsen er: at arbejdsbetingelser og måden at se på arbejdet på har ændret sig afgørende siden indførelse af frit valgs loven i 2013. Det kan være rigtigt. Men ændringernes omfang kan også være overdrevet. Af den grund gennemføres interviewet m.h.p. at frembringe autentisk materiale til en eventuel modstilling af forholdene før og efter Frit valgs loven. Alle hidtidige interviews er foretaget inden for rammen af frit valgs loven.

- Navn:
- Arbejdssted:
- Inde:
- Ude:
- Anciennitet:

**Interviewguide:**

1. Fortæl om jeres opgaver i ældreplejen og den måde, de har udviklet sig på i 90'erne:
   - Beskriv de typiske opgaver kort, og hvordan de var vægtet
   - Beskriv ændringerne op gennem 90'erne
   - Beskriv hvordan de blev oplevet
   - Beskriv hvordan arbejdet og forvaltningen var organiseret
   - Beskriv ledelsesstrukturen
   - Beskriv ledelsesmåden
   - Beskriv hvordan I oplevede overgangen til det nuværende system.

2. Hvordan var jeres arbejde organiseret?
   - Hvem visiterede?
   - Hvem fordelte borgere og opgaver?
   - Forekom der tidsregistrering?
   - Var der noget, der hed delegering?
   - Hvordan foregik det?
   - Hvilken indflydelse havde I på planlægningen?
   - Hvor mange borgere havde I ansvar for?
   - Hvor mange møder havde I og hvilke?
   - Havde I overlap mellem vagtskift?

3. Hvordan arbejdede I med borgerne og efter hvilke målsætninger?
   - Beskriv en typisk arbejdsdag
   - Beskriv den typiske borger
   - Beskriv mulige typiske ændringer i borgerprofilen
   - Beskriv de vigtigste opgaver og plejemål
   - Beskriv de typiske problemstillinger for den enkelte borger og internt i ældreplejen
   - Beskriv samarbejdet med de andre personalegrupper og kompetenceforhold
   - Beskriv hvordan I løste organisatoriske- og planlægningsmæssige problemer
   - Beskriv jeres organisatoriske opdeling
   - Beskriv, hvordan en borger blev op-eller nedgraderet i tildeling.

4. Hvordan vil I helt overordnet beskrive forskellene mellem ældreplejen i dag og for 15 år siden?

# Bilag IV

## Projekt: Sosu-ansattes vilkår og fremtid
## Interviewguide til interview i Faktagruppe II

Interviewet af Faktagruppe II har til formål at validere svarene fra de foregående 8 interviews. Valideringsspørgsmålene grupperes inden for følgende kategorier:

**Interviewguide**

1. Visitation og ydelsesvurdering:
   - Hvem visiterer og revisiterer?
   - Hvordan foregår det?
   - Hvis der ikke visiteres i tid – hvad så?
   - Hvordan er plejepakkerne bygget op?
   - Hvad er den afgørende forskel på inde og ude?
   - Hvad er forskellen på forbrugt tid og visiteret tid?
   - Hvordan visiteres der til rehabilitering?

2. Disponering:
   - Hvordan foregår disponering?
   - Er der overensstemmelse mellem plejepakker, disponering og faktisk tid?
   - Hvem bliver planlæggere og disponenter?
   - Hvad består de typiske disponeringsproblemer i?
   - Hvor meget tid er der sat af til information om kørelister mv.?
   - Hvordan er forholdet mellem disponenter og kolleger?
   - Hjemtagning af borgere fra hospitalet, procedurer mv.?
   - Hvordan er plejetyngden i dag sammenlignet med for 5 år siden?

3. Delegering:
   - Hvordan defineres delegering i MSO?
   - Hvordan foregår delegering?
   - Er alle kompetencedelegeringer beskrevet?
   - Ændres der i delegeringerne?
   - Hvordan dokumenteres der?

4. Kompetencer og kompetenceudvikling:
   - Hvad foregår der af systematisk kompetenceudvikling?
   - Ved nye plejestrategier gennemføres der kompetenceudvikling?
   - Hvordan foregår opkvalificeringen og kursusdeltagelse?
   - Hvor ser I de største opkvalificeringsbehov?

5. Information og inddragelse:
   - Hvordan bliver personalet typisk informeret om nye tiltag?
   - Foregår der en drøftelse af, hvordan nye plejestrategier skal omsættes i det daglige?
   - Hvordan formidles nye instrukser?
   - Hvordan sikres det, at alle modtager de fornødne informationer?
   - Hvor meget kontakt er der mellem basispersonalet, deres teamledere og direktionerne?

6. Faglig støtte og ledelse:
   - Er det almindeligt, at personalet drøfter faglige problemstillinger med lederne?
   - Hvordan behandles faglige problemstillinger i den samlede plejegruppe?
   - Er den faglige viden i dag tilstrækkelig i forhold til opgaverne?
   - Foregår der systematisk kompetenceudvikling i forhold til definerede problemstillinger?

# Bilag V

## Projekt: Sosu-ansattes vilkår og fremtid
## Interviewguide til Fremtidsgruppe

Interviewguiden er i dette interview ganske enkelt bygget op. Der kredses om et hovedspørgsmål: Hvordan kunne I forestille jer ældreplejen opbygget, så den kom til at fungere på et højere kvalitetsniveau og med bedre arbejdsforhold inden for den samme økonomiske ramme?

Deltagerne skal tage udgangspunkt i det, der er, og drøfte mulige ændringer og forbedringer. Formålet med dette interview er muligvis at kunne perspektivere det, der er afdækket i de andre interviews. Dvs. indsætte ressourcerne (de glemte ressourcer) i en positiv perspektivering.

- Deltagerantal:
- Navn:
- Arbejdssted:
- Vagtlag:
- Dag:
- Aften:
- Nat:
- Anciennitet:

**Interviewguide**

1. Hvad opfatter I som den/de største forhindringer for, at ældreplejen kan leve op til de kvalitetskrav, man konstant taler om?
2. Kunne man ændre noget i måden at organisere arbejdet på, så ressourcerne kunne anvendes på en bedre måde?
3. Har I gjort jer forestillinger om, hvorvidt ældreplejen kunne ledes på en anden måde?
4. Har medarbejderne noget at byde ind med, og hvordan kunne det eventuelt sættes i spil?
5. Ældreplejen er i hastig forandring bl.a. på grund af samspillet med hospitalssektoren. Hvad kræver det af nye kompetencer, og hvordan kunne de udvikles?
6. Hvordan ser I social- og sundhedshjælpergruppens placering i fremtidens ældrepleje?