

Tilpasning, vurdering og distribution af 'behov' i den kommunale hjemmepleje som omsorgsinfrastruktur

Anna Louise Skovgaard¹

¹Universitetsklinikken for Interdisciplinære Ortopædkirurgiske Forløb, Center for Planlagt Kirurgi, Regionshospitalet Silkeborg og Interacting Minds Centre, Institut for Klinisk Medicin, Aarhus Universitet

Skovgaard, Anna Louise 2024. Tilpasning, vurdering og distribution af 'behov' i den kommunale hjemmepleje som omsorgsinfrastruktur. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, nr. 41, 83-102.

Den kommunale hjemmepleje er i stigende grad præget af stram tidsstyring og forsøg på at indkredse og måle borgerens behov for hjælp og omsorg, for at målrette sine ydelser mod dem med størst behov. I denne artikel udforskes dette med udgangspunkt i infrastrukturenbegrebet for at belyse de effekter og det arbejde det afstedkommer for plejepersonale og borgere med kroniske sygdomme og aldersvækkelse. Med udgangspunkt i to cases, Ingrid og Paul, vises hvordan installation og vedligeholdelse af hjemmepleje kræver et stort tilpasningsarbejde, kontinuerligt vurderingsarbejde samt omsorg for omsorgsyderne. Analysen viser blandt andet hvordan de daglige møders indlejring i en kompleks infrastruktur er velkendt for Ingrid og Paul, og bruges aktivt til forsøg på at hjælpe plejepersonalet. Samlet peger artiklens pointer mod at hjemmepleje ikke kun imødekommer borgerens allerede eksisterende behov, men i høj grad er med til at producere yderligere arbejde, samt at dette arbejde besværliggøres af udefrakommende krav om mere præcis behovsvurdering og optimering.

Adaptation, assessment and distribution of 'needs' in municipal home care as care infrastructure

Municipal home care is increasingly characterized by time management and attempts to identify and measure the citizen's need for help and care in order to target its services to those in greatest need. This article explores this through the concept of infrastructure to shed light on the effects and the work it causes for caregivers and citizens with chronic illnesses and age-related debilitation. Based on two cases, Ingrid and Paul, it is shown how the installation and maintenance of home care requires a great deal of adaptation work, continuous assessment work and care for the caregivers. The analysis shows how the embeddedness of daily meetings in a complex infrastructure is familiar to Ingrid and Paul and is actively used to try to help the caregivers. Overall, the article's points indicate that home care not only meets the citizen's already existing needs, but to a large extent helps to produce additional work, and that this work is complicated by external demands for more precise needs assessment and optimization.

Indledning

Flere og flere mennesker i Danmark lever med flere samtidige kroniske sygdomme (multisygdom) og alderssvækkelse, hvilket kræver et betydeligt arbejde for at få dagligdagen til at fungere (Jønsson, 2018; Mattingly et al., 2011; Shippee et al., 2012; Strauss et al., 1985; Ørtenblad, 2020). Udover sygdomsrelaterede opgaver som for eksempel at tage mediciner, lave vejtrækningsøvelser eller måle sit blodtryk, skal også de almene og dagligdags opgaver klares, for eksempel rengøring, tøjvask, brusebad, madlavning. Med en eller flere kroniske sygdomme og svækkelse bliver disse hurtigt til store, tids- og energikrævende projekter. Flere og flere lever alene, og både krav fra arbejdsmarked og familiedynamikker gør det svært at klare sig med hjælp fra det uformelle netværk (Andersen et al., 2020; Dahl & Hansen, 2021). Det kræver en omstilling i forhold til hvem, hvad og hvordan de daglige gøremål skal udføres; både dem der tilhører livet i al almindelighed, og dem der relaterer sig specifikt til sygdom. Tilpasningen mellem krop og omgivelser bliver et dagligt arbejde, som ofte, på forskellige måder, varetages i hjemmet, alene eller sammen med familie, venner og sundhedsprofessionelle (Karasaki et al., 2017). Velfærdsstaten er med til at distribuere arbejdet med at drage omsorg for de alderssvækkede fra familierne (traditionelt især kvinderne) til professionelle, og her er den kommunale hjemmepleje central, som den offentlige instans der leverer "personlig" og "praktisk" hjælp (Dahl & Hansen, 2021; Rostgaard, 2015).

For mange mennesker i Danmark er den kommunale hjemmepleje en vigtig aktør i det daglige arbejde med at vedligeholde kroppen og hjemmet. Hjemmeplejen er i disse år under forandring efter flere år med besparelser og tiltagende detaljestyring, hvor fokus i stigende grad er på at tilgodese de mest skrøbelige (Rostgaard et al., 2022). Samtidig er vores tilgang til alderdom og svækkelse i konstant forandring. Generelt gennemses den vestlige forståelse af alderdom i stigende grad af termer som 'succesfuld', 'aktiv', 'sund' og 'produktiv', som sygeliggør aldersbetingede kropslige forandringer (Lamb, 2017; Lassen & Jespersen, 2017). Hermed bliver den øgede afhængighed af andre som alderdom kan indebære gjort til noget som for alt i verden skal undgås. Dette kommer til udtryk i den kommunale hjemmepleje som stigende krav om fremvisning og legitimering af omsorgsbehov for at få adgang til hjemmepleje (Bødker, 2018). *Behovsvurderingen* bliver dermed en central praksis i kommunens tildeling af hjemmepleje, og her bliver behov ofte fremstillet som noget der primært knytter sig til det syge individ og dennes kropslige funktioner og tilstande.

I denne artikel trækker jeg på feltarbejde blandt mennesker med kroniske sygdomme og alderssvækkelse, og undersøger med hjælp fra infrastruktur-begrebet, nogle af de mere skjulte effekter som disse forandringer kaster af sig. Med udgangspunkt i eksempler fra mine informanternes dagligdag, beskriver jeg tre typer af arbejde som vedligeholdelsen af hjemmepleje som omsorgsinfrastruktur kræver: tilpasningsarbejde, vurderingsarbejde og omsorg for omsorgsyderne. Artiklen udfordrer hermed den kommunale hjemmeplejes 'grundfortællinger' (Star, 1999) om omsorgsbehov som noget der primært knytter sig til den person som modtager hjemmepleje, forestillingen om behovsvurdering som en lineær proces, og hjemmeplejemodtageren som en passiv modtager af ydelser.

Behov og ret: hjemmepleje i Danmark

Velfærdsstater er i stigende grad styret ud fra principper hentet fra New Public Management og 'revisionskultur' som tilskynder et fokus på målbare effekter og stram tidsstyring af afgrænsede opgaver (Rostgaard et al., 2022; Shore & Wright, 2015). Denne udvikling ses også i hjemmeplejen, hvor tilgangen har ændret sig markant igennem tiden, fra at være en mere generel hjælp, til at være en funktion, som kun sætter ind præcis der, hvor ens egne evner og resurser slipper op (Rostgaard et al., 2022). Dermed er der lagt op til en mere og mere snæver forståelse af *omsorgsbehov* (Dahl & Hansen, 2021; Rostgaard et al., 2022). I samme ombæring er det at være 'selvhjulpnen' og 'uafhængig' blevet højt værdsatte idealer og mål

(Bødker, 2019; Struhkamp et al., 2009). I de senere år er 'hverdagsrehabilitering' vokset frem som ideal i den danske hjemmepleje, hvilket betyder, at kommunen ikke tilbyder hjælp, før borgeren har været igennem et træningsforløb, hvor man har forsøgt at genvinde evnen til at klare det fornødne arbejde, som hjemmehjælpen skulle bidrage til (Bødker, 2019). Samlet set bidrager denne udvikling til et øget krav om, at den enkelte borgeres behov for hjemmepleje løbende legitimeres og genforhandles. Det centrale fokus på vurderingen af den enkeltes behov kan også ses i lovteksten, hvor der for eksempel i Danmark ikke er en juridisk ret til hjemmepleje, men derimod en "*ret til individuel behovsvurdering og en formel beslutning på det lokale niveau*" (kommunen) (Rostgaard et al., 2022, p. 203, min oversættelse). For at få hjemmepleje ansøger man hos sin bopælskommune, hvorefter en udredning igangsættes, som kan resultere i en *bevilling* og dermed ret til en bestemt omsorgsydelse (Rostgaard, 2015). I denne vurdering er kategorier, som knytter sig til den enkeltes kropslige formåen, centrale. Som eksempel er det kategorier som "*funktionsevnetilstande*", "*tilstandsklassifikation*" og "*tilstandspræcisering*" der indgår i skabeloner for behovsvurdering (Kommunernes Landsforening, 2019, p. 22). Kommunernes Landsforening har udviklet en manual som gælder på tværs af kommunale aktører (Fælles Sprog III), som har til formål at klassificere tilstande og indsatser, for at sikre en mere ensartet kommunikation og udveksling af data til prioritering og kvalitetsstyring (ibid.). Kommunernes behov for at klassificere borgernes omsorgsbehov og bevare en snæver styring af hvilke 'indsatser' der foretages af plejepersonalet, udfordres både af den ofte meget svingende tilstand som mennesker med kroniske sygdomme og alderssvækkelse oplever, samt den ustabile og ofte utilregnelige karakter 'data' har (Hoeyer & Bødker, 2020). En vurdering af de syges og alderssvækkedes behov er ydermere tiltagende knyttet op på en *rehabiliteringsdiskurs*, hvor målet er 'genvinding' af tabte funktioner og realisering af ældres 'potentiale' (Bødker, 2019). Således skal plejepersonalet ikke bare 'levere' de bevilligede indsatser når de er i hjemmet hos borgeren, de skal også observere og dokumentere "*med henblik på at opnå den forventede tilstand*" (s. 39-40). Samtidig er der i disse år i stigende grad rapporter om at hjemmeplejepersonalet oplever en tiltagende forværring af deres arbejdsforhold karakteriseret ved en permanent mangel på tid, stress, og svært syge borgere (Stranz, 2021).

Hjemmepleje som omsorgsinfrastruktur

Infrastruktur som analytisk begreb bruges ofte til at fremhæve de materielle og praktiske aspekter og synliggøre de relationer som 'distribuerer' arbejde mellem forskellige steder og aktører (Larkin, 2013; Skovgaard et al., 2022; Star, 1999). En infrastruktur er også defineret ved at være "*stof som muliggør flytning af andet stof*" (Larkin, 2013, p. 329, min oversættelse), og vedrører "*cirkulation af information, mennesker og ting*" (Langstrup & Winthereik, 2020, p. 1). Hjemmepleje som en infrastruktur er altså et system der indeholder både tekniske og sociale elementer, og som muliggør udøvelse af professionel omsorg i hjemmet (Langstrup & Winthereik, 2020). Infrastrukturer er udstrakte i tid og rum og begrebet byder på utallige teoretiske og empiriske muligheder, hvilket indebærer at hvert forsøg på at afgrænse en infrastruktur synliggør visse ting og udelader andre (ibid.). Det kan dog også betragtes som begrebets styrke, da det netop kan rette opmærksomhed mod elementer og praksisser som normalt er skjulte. Den danske sociolog Henriette Langstrup har i en artikel formuleret det analytiske begreb "*kronisk omsorgsinfrastruktur*" for at henlede analytisk opmærksomhed på de mange relationer, forbindelser og arrangementer der muliggør at behandling for kroniske sygdomme kan ske i hjemmet (Langstrup, 2013). 'Omsorg' er et begreb som har fået stor opmærksomhed inden for samfundsvidenskaberne de seneste årtier (Buch, 2015; Lindén & Lydahl, 2021; Mol et al., 2010). I denne artikel trækker jeg på en forståelse af omsorg fra STS-studier, som noget der ikke kan defineres eller bedømmes på afstand, men hvor betydningen af begrebet og spørgsmål om hvornår noget er 'god omsorg', må vise sig i analysen af konkrete situationer og praksisser (Lindén & Lydahl, 2021; Mol et al., 2010; Pols, 2015). Flere af disse studier konkluderer dog at 'god omsorg' må ses som en "*kontinuerlig 'tinkering' (afprøvning, improvisering med det forhåndenværende) i en verden fuld af ambivalenser og skiftende spændinger*" (Mol et al., 2010, s. 4-5, min oversættelse). I en tidligere artikel har jeg sammen med medforfattere udpeget betydningen af tinkering som en '*vedholdende afprøvning af mulige løsninger*' i de kliniske møder mellem læger og patienter i kontekst af flere samtidige kroniske sygdomme (Skovgaard et al., 2023). Når jeg i denne artikel analyserer kommunal hjemmepleje som en 'omsorgsinfrastruktur' fordrer det en opmærksomhed på de socio-tekniske arrangementer som strækker sig ud over aktørerne i en given situation (f.eks. borgeren, den pårørende og sundhedsprofessionelle) men som er med til at forme de 'materialer der er at arbejde med' og dermed hvordan behov, ønsker og omsorg 'bliver til' (Pols, 2023). Når jeg i denne artikel retter opmærksomhed mod hjemmepleje som en omsorgsinfrastruktur, er det netop fordi det synliggør nogle

af de arrangementer og det arbejde det kræver at få den kommunale hjælp/omsorg ind i hjemmet, men også hvordan hjemmeplejen hele tiden er under tilblivelse gennem de daglige praksisser (Danholt & Langstrup, 2012). I det kommunale sprog er hjemmeplejens opgaver, f.eks. hjælp til støttestrømper eller at blive vasket opdelt i "praktisk hjælp" og "personlig pleje", og anses ofte for at være perifert i forhold til det 'rigtige' sygdomsarbejde (tage medicin, gå til kontroller etc.), men er ikke desto mindre afgørende for at kunne opretholde en dagligdag med kronisk sygdom.

Metode

I artiklen trækker jeg på etnografisk materiale fra feltarbejde i forbindelse med mit ph.d.-projekt som omhandlede sygdomsarbejde blandt mennesker med flere kroniske sygdomme og gentagne akutte indlæggelser (2019 – 2023). Feltarbejdet strakte sig over 20 måneder og bestod af deltagerobservation med sygeplejersker i medicinske afdelinger på hospitalet, sammen med kommunens akut-sygeplejersker, samt sammen med ni patienter som jeg fulgte i deres kontakter til sundhedsvæsenet og besøgte i hjemmet. Jeg rekrutterede informanterne i forbindelse med en hospitalsindlæggelse, og deltagerne var syv kvinder og to mænd i alderen 47-79 år. Da livet med flere kroniske sygdomme og gentagne indlæggelser gav en travl hverdag med mange udfordringer, hvilket blev yderligere kompliceret af COVID-19, havde jeg skiftevis primært kontakt til informanterne via telefonsamtaler og sms, hvorimod andre perioder bød på flere muligheder for at deltage i forbindelse med indlæggelser, ambulante besøg og praktiserende læge. Materialet bestod af etnografiske feltnoter fra de forskellige møder i klinikken og hjemmet, transskriptioner af samtaler ved besøg i hjemmet, og fotos. Jeg har ændret detaljer som er uvæsentlige for at sikre anonymitet. Feltnoterne blev skrevet i kort form undervejs i møderne med informanter, og skrevet ud ved computeren om aftenen, dog med særligt fokus på at få ordrette citater med hvor det blev vurderet som vigtigt. Derfor kommer nogle af citaterne i artiklen fra feltnoter og andre fra transskriptioner af interviews. Til artiklens formål trækker jeg primært på feltnoter og interview med to af informanterne, som er udvalgt fordi de modtog daglig hjemmepleje og fordi hjemmepleje var et tema der fyldte meget i vores samtaler. For Ingrid og Paul (pseudonymer), var hjemmeplejen et centralt element i at få dagligdagen til at fungere. De havde meget forskellige oplevelser med hjemmepleje, betinget af deres forskellige sygdomshistorier og livsbetingelser, som jeg vil komme mere ind på i næste afsnit.

Cases: Ingrid og Paul

Ingrid var 75 år og havde gennem de seneste 12 år levet med leddegigt, som tiltagende havde gjort det svært for hende at bevæge sig. Gigten blev diagnosticeret kort efter, at hun havde forladt arbejdsmarkedet. I løbet af de seneste fem år var der kommet adskillige andre helbredsproblemer til. Hun havde udviklet KOL (kronisk obstruktiv lungelidelse) og hjerterytmeforstyrrelse, som gav hende daglig åndenød og gentagne infektioner, der flere gange havde været livstruende. Hertil faldt hun for nogle år siden og brækkede hoften, hvilket gjorde hende yderligere immobil og desuden inkontinent, så hun nu skulle have ble på og får hjælp til at vaske sig og klæde sig på. Ingrid fik besøg af hjemmeplejen fire gange dagligt. De hjalp hende primært med at flytte sig mellem kørestol og seng, gå på toilettet, ble-skifte og at blive vasket. De mange forskellige helbredsproblemer, Ingrid levede med, der skiftevis blusser op og gik lidt i ro igen, gjorde, at hendes behov for hjælp ændrede sig over tid. På et tidspunkt kunne hun igen gå lidt, men efter et par voldsomme lungebetændelser var hun igen afhængig af kørestolen og daglig hjælp. Ingrid boede med sin mand, Peter, De havde voksne børn, som levede travle liv med små børn og fuldtidsarbejde, men som de havde regelmæssig kontakt til. De havde også små børnebørn, som de så med jævne mellemrum. Fordi Ingrid boede sammen med Peter, som kunne varetage mange opgaver, var Ingrids behov for hjemmepleje blevet indkredset af kommunen til at omhandle personlig pleje. Ingrid sagde "*min mand skal ikke være sygepasser*", og med det mente hun, at han ikke skulle hjælpe hende med den personlige pleje. Til gengæld stod Peter for alt andet, som havde med husholdningen at gøre. Han lavede mad, vaskede tøj, gjorde rent, og sørgede for at plejepersonalet havde alle ting de skulle bruge, når de kom. Han hjalp også Ingrid med at komme rundt til sine mange aftaler i sundhedsvæsenet. Peter døjede selv med tiltagende helbredsproblemer, og Ingrid bekymrede sig for at han var overbelastet.

Paul, som udgør den anden case i denne artikel, var 78 år gammel i starten af feltarbejdet, og havde haft KOL i 10 år. I løbet af de sidste fem år havde han også fået diabetes, hjerte- og karsygdom samt problemer med leveren, hvilket efterhånden gav ham meget sygdomsarbejde at udføre i dagligdagen. Han var især plaget af tiltagende åndenød, søvnforstyrrelser og væske i kroppen. Paul kunne stadig lave de bevægelser, der skulle til for at udføre de fleste opgaver i dagligdagen, men det tog længere og længere tid for ham, og åndenøden tvang ham ofte at afbryde det, han havde gang i. De mange kræfter han skulle bruge for at trække vejret samtidig med, at han udførte opgaverne, førte også til, at han var træt resten af dagen, og derfor måtte han prioritere sine anstrengelser. Paul

levede indtil et par år forinden sammen med sin kone, Annie, som han passede de sidste fem år i hjemmet, inden hun døde af KOL. Annie havde ønsket minimal indblanding af udefrakommende, og det havde Paul og deres børn forsøgt at imødekomme. Pauls søn og svigerdatter boede tæt på, og de hjalp hinanden meget i det daglige. Han havde også en datter, et voksent barnebarn, samt fem søskende han regelmæssigt mødtes med. Indtil et halvt år ind i mit feltarbejde modtog Paul kun hjælp fra hjemmesygeplejen til at dosere hans mediciner (24 tabletter dagligt). Men så fik han ordineret støttestrømper på grund af væskeophobninger i benene, og opdagede at opgaven med at få dem på hver morgen, var uoverkommelig for ham. Her startede et forløb med hjemmeplejen, som endte med et dagligt besøg til hjælp med støttestrømper samt hjælp med skift af sengetøj hver anden uge.

Der er stor forskel på hvor meget den kommunale hjemmepleje fyldte i Ingrids og Pauls hverdag. Fra besøg fire gange om dagen og hjælp til de mest intime opgaver, til fem minutters besøg om morgenen for at få støttestrømper på. Men en af pointerne i artiklen er at selvom 'indsatsen' i Pauls hjem var begrænset, krævede det stort arbejde at installere og vedligeholde den.

Det store tilpasningsarbejde

Enhver infrastruktur installeres altid på en allerede installeret base, og kræver koordinering mellem en lang række elementer (Star, 1999). Således er hjemmepleje en infrastruktur som kræver mange tilpasninger af både hjemmet og de daglige rutiner, og rækker ind i søvnmønstre, indretning og spisevaner (Exley & Allen, 2007). Blandt andet skal der tages højde for arbejdsregler og organiseringen af arbejdstid. Man kan også sige at til trods for at en af de store fortællinger om hjemmepleje er at den imødekommer et allerede eksisterende behov hos borgeren, og 'overtager' noget af arbejdet, så er den i høj grad også med til at skabe nye former for behov og arbejde. Alene det at en hjemmeplejer skal ind i hjemmet dagligt, kræver hensyn. Nogle af de ting der skal koordineres, er borgerens og hjemmeplejens tid, rytmer og rutiner. For Ingrid, som modtog hjemmepleje fire gange dagligt, betød det en total tilpasning af dagligdagen til hjemmepleje-besøgene. Parret spiste og sov på bestemte tider, så det passede med besøg fra hjemmeplejen.

Det hedder, at de skal komme på tidspunktet +/- en halv time, men nogle gange kommer de så sent som 23 om aftenen, og så kan hun næsten ikke holde sig vågen. De her ting har ændret sig de seneste tre måneder, og Ingrid siger, at hun tror, det er

fordi der er kommet en ny planlægger, som lægger planerne "forkert". Hun kan bedst lide når de kommer lidt i 22, så er hun færdig med TV-avisen og klar til at komme i seng. (feltnoter, januar 2020)

Som vi ser i ovenstående feltnoter, har Ingrid et ganske præcist tidspunkt hvor hun ønsker at plejepersonalet skal komme om aftenen, hvor hun er træt og vil i seng. Hun kan imidlertid godt leve med at de kommer tredive minutter før eller efter, men kommer de en hel time senere, er Ingrid så træt at hun oplever tandbørstning og omklædning som tæt på uoverkommeligt.

Uddraget viser også et fragment af den infrastruktur, som påvirker, hvordan Ingrid kan leve med hjemmepleje, i det en planlægger på kommunekontoret, som Ingrid aldrig har mødt, påvirker, hvornår hun kan gå i seng. Så selvom Ingrid har et behov for at komme i seng og sove kl 22, så må dette behov løbende tilpasses den tid som hjemmeplejen kommer.

For Paul derimod, var det hans morgenrutiner, der blev påvirket af den løbende tilpasning. Når hjemmeplejen begyndte at komme for at give ham støttestrømper på, begyndte han at stille uret til kl 6 for at nå at komme i bad (en tidskrævende opgave med svær KOL), så de ikke "tog ham på sengen". For både Paul og Ingrid førte denne tilpasning til tidsvise oplevelser af kontroltab og uorden. De havde begge ønsker til hvordan de selv og hjemmet skulle fremtræde når der kom besøg, men efter flere år med hjemmepleje fire gange om dagen havde Ingrid opgivet mange af sine idealer. Hun forklarede selv at hendes "grænser havde rykket sig, fordi det blev de jo nødt til". Paul holdt stadig fast i at han ville have tøj på når hjemmeplejen kom, omend det flere gange under feltarbejdet mislykkedes, da plejepersonalet dukkede op tidligere end forventet og forklarede ham at 'de lige havde fået et hul i deres plan' og derfor ville skynde sig at nå forbi ham.

For plejepersonalet var hjælp til at få støttestrømper på en 'hurtig' indsats som kunne klares mellem andre større opgaver, men for Paul var der en større forberedelse forbundet med det. På denne måde krævede installation og vedligeholdelse af hjemmepleje en fortløbende koordinering mellem rytmer og rutiner. Fælles for deres oplevelser med denne tilpasning var at det var uforudsigeligheden i hjemmeplejens ankomst der skabte mest frustration.

Praktisk og materiel tilpasning af hjemmet er også en forudsætning for hjemmepleje. På trods af at døren til toiletet i Ingrids hus var blevet udvidet, kunne den kørestol hun havde ikke komme igennem, så hun fik støtte til 'etagevask' i stuen, i stedet for at komme i bad. Det havde krævet en omarrangering af deres stue og en adskillelse af parrets sovepladser. Ingrid sov i en hospitalsseng i stuen, og Peter sov fortsat i dobbeltsengen i soveværelset. For at få plads til hospitalssengen og de øvrige hjælpemidler i stuen, havde de været nødt til at

flytte næsten alle møbler ind i en tilstødende stue. Ingrid kaldte det 'rodet' og syntes, at det skabte uorden i hjemmet. I samtaler kredsede de meget omkring, hvordan livet kunne leves før disse ændringer, og efter, hvilket indikerer den store omvæltning etablering af hjemmepleje har været for dem. Hjemmepleje er dermed også med til at gøre Ingrids sygdom til et centralt omdrejningspunkt for deres tilværelse. Hjemmeplejen viser sig her ikke kun som en instans der hjælper med allerede eksisterende behov, men er også med til at producere den betydning sygdom og funktionsnedsættelse har i hverdagslivet, samt det arbejde den kræver. Infrastrukturen skaber desuden et behovshierarki, hvor Ingrids og Peters behov for at sove sammen eller have en særlig indretning af deres hjem, må nedprioriteres for at installere hjemmepleje. Det er ikke kun et spørgsmål om at installere hjemmepleje, den skal også vedligeholdes (Langstrup, 2013). I Ingrids tilfælde betød det blandt andet hver dag at placere de ting hjemmeplejerne skulle bruge på de rigtige steder. Peter forklarede på et tidspunkt, at han forbereder for hvert besøg ved at se om der er "fyldt op" med blandt andet klude, håndklæder og tøj. Efter besøget rydder han op.

Ud over tilpasningen af rytmer, rutiner og indretning, var der også arbejde forbundet med at koordinere mellem hjemmepleje og de andre dele af sundhedsvæsenet som informanterne var i berøring med. I lighed med de andre informanter, havde Ingrid ofte en ugentlig aftale på hospitalet, og hver gang skulle hun sørge for at det kunne passes sammen med hjemmeplejen.

Det viste sig ofte at kræve betydeligt arbejde at få ændret nogle af de aftaler, der var lavet i det ene eller det andet system, som ses i det følgende feltnote-uddrag fra en af Ingrids akutte indlæggelser på hospitalet:

Sygeplejersken kommer ind på stuen, og siger at [andet sygehus] kan give hende en tid (til en kontrolscanning) på fredag kl 8.30. "Men det var ikke så godt for dig?" siger han. "Nej, det går ikke" siger Ingrid, og fortsætter "det kan tidligst være kl 10, ellers går det ikke op med hjemmeplejen". Sygeplejersken tøver lidt men siger så "ok, så ringer jeg til lægen og siger, at den tid kan du ikke tage, så må de se, om de kan give dig en anden...". (feltnoter, november 2019)

Det viste sig i dette tilfælde (som i mange andre) at være svært for sygeplejersken at få en anden tid til Ingrid, og hun endte med at skulle takke nej til den undersøgelse. Efterfølgende spørger jeg Ingrid, om hun har mulighed for at ændre tidspunkterne for hjemmeplejens besøg, og hun fortæller:

"Det kan jeg godt, men problemet er at nattevagten går fra kl 7 og så skal de konferere, så de kan tidligst være hos mig kl 7.15, og vi skal køre en time før aftalen i [bynavn] for at finde parkering og være i god tid". (feltnoter, november 2019)

Ud over en koordinering af tidspunktet for hendes aftale på hospitalet med tidspunktet for hvornår hjemmepleje-personalet kan nå at være hos hende, er det den forventede tid det tager at forcere morgentrafikken mellem de to byer, at finde en parkeringsplads på sygehusområdet, og at indfinde sig i klinikken i "god tid". Dette er nogle af de mere 'skjulte' elementer som borgere og patienter skal forholde sig til for at modtage behandling og pleje, og som infrastruktur-begrebet kan hjælpe med at få øje på. Problemer med at finde en parkeringsplads tilstrækkelig tæt på hospitalet eller lægehuset, var for eksempel en tilbagevendende udfordring for informanterne.

I dette afsnit har jeg vist hvordan hjemmepleje ikke blot imødekommer allerede eksisterende behov, men skaber arbejde ved at opsætte en række krav og vilkår som skal imødekommes. I næste afsnit vil jeg se nærmere på hvordan hjemmeplejens krav om 'præcisering' af behov ikke er statiske eller blot et spørgsmål om kropslig funktion men løbende forhandles i forhold til omkostninger og tid.

Vurderingsarbejde og frustrationer

Tiltagende krav om at definere og måle borgerens præcise behov, skaber en fortælling om at omsorgsbehov er statiske. Selvom kommunen laver 'revurderinger' med jævne mellemrum, så er fastsættelsen af 'ydelse' og 'tidskasser' gældende i et stykke tid. I den praktiske behovsvurdering bliver dette oversat til borgerens evne til at udføre en bestemt opgave. *Hvordan* opgaven kan udføres og især *hvilke omkostninger det har* bliver hermed usynliggjort.

Det er tidligere blevet vist, hvordan mennesker med multisygdom må prioritere mellem opgaver i dagligdagen, fordi der ikke er hverken energi eller tid nok til det hele (Ørtenblad, 2020). Derfor kan et behov for hjælp til en specifik ting handle om, at man har brug for at 'økonomisere' med energien og tiden for at kunne udføre andre opgaver snarere end, at man ikke fysisk 'kan' udføre opgaven. Disse forhandlinger og prioriteringer er en del af dagligdagen og starter ved sygdommens fremkomst og ofte langt før hjemmepleje kommer på tale (ibid.). Når Paul rækker ud til hjemmeplejen (via sin datter) for at få hjælp til støttestrømper, så har han allerede foretaget et betydeligt arbejde for at finde ud af, om han selv kan tage dem på og fået erfaring med hvilke afledte effekter, sådan en anstrengelse kan have. Han *kan* godt (nogle dage), men det kommer med den omkostning, at han *ikke kan mere den dag*. Efter datterens henvendelse, igangsatte kommunen et træningsforløb, som varede i tre måneder, før Paul til sidst fik en bevilling, som gav ham ret til daglig hjælp til støttestrømperne. Indledningsvis er Paul positiv

til træningsforløbet, da han håber, at et af de mange forskellige hjælpemidler, som ergoterapeuten præsenterer ham for, kan gøre det overkommeligt for ham at gøre det selv. Men det viser sig snart at flere af løsningerne kun gør det mere anstrengende, og mod slutningen af forløbet siger han på et tidspunkt med en desperat tone:

"Kan de nu for fanden ikke bare komme og hjælpe mig med det? De fem minutter det tager... men hun [visitatoren] siger "det skulle du helst kunne klare selv"...".
(feltnoter, august 2020)

Eksemplet viser, hvordan Paul er positiv til rehabiliteringstilgangen så længe, der viser sig muligheder for at nogle af hjælpemidlerne rent faktisk kan hjælpe, men når dette viser sig ikke at være tilfældet, bliver den fortsatte insistensen på at prøve svær for ham at acceptere.

Eksemplet med Pauls støttestrømper viser, hvordan træningsforløbet holder op med at give mening for ham, når det kommer til at handle om en urealistisk stræben efter selvstændighed snarere end at få tingene til at fungere. "Det skulle du helst kunne klare selv" bliver i den kontekst en abstrakt og formynderisk udtalelse, som ikke tager højde for, hvor meget arbejde Paul har lagt i at finde ud af, om han 'kan selv'. Paul synes ikke, det er rimeligt at han skal bruge alle sine kræfter på at tage støttestrømper på, når det kun tager fem minutter for hjemmeplejen.

De tiltagende krav om genforhandling og vurdering af behov og en stræben efter borgerens selvstændighed, kan ses i sammenhæng med styringsprincipper fra New Public Management og revisionskultur, som manifesterer sig i detaljstyring og konstante krav om effektivisering og tidsoptimering (Rostgaard et al., 2022; Shore & Wright, 2015). Det varierer fra kommune til kommune, men mange steder bliver borgerens behov for hjemmepleje opgjort i det *antal minutter* det tager at udføre en bestemt opgave (Rostgaard, 2015). I et interview med Ingrid kom dette op som noget af det hun havde meget svært ved at acceptere, fordi hun oplevede det som en urimelig ramme at lægge ned over både hende og hjemmehjælperen. Især fordi Ingrid får besøg af hjemmeplejen fire gange hver dag og får hjælp til mange forskellige ting, er tidspresset centralt i hendes oplevelse af hjemmeplejen. Den følgende dialog mellem Ingrid, mig selv og hendes mand, viser hvordan de oplever det:

Ingrid (i let sarkastisk tone): De skal finde ud af, om jeg får for meget hjælp eller for lidt hjælp, der kommer en visitator en gang imellem med sådan et (viser med hænderne hvordan hun stopper og starter et ur)

Antropologen: Altså... et stopur?!

Ingrid: Ja, det har hun i lommen. Og så sidder jeg der og får mig vasket så meget, som jeg nu kan, og dit og dat, det tager så den tid... så skal jeg have børstet tænder og først skal jeg have al min inhalator-medicin, og så skal jeg børste tænder, nå, det fik hun så gjort (laver en "swish"-lyd for at vise hvor stærkt det går) og så skal jeg have ble på, og så skal jeg dit og så skal jeg dat, og så skal jeg have strømper på... det har du tre minutter til... hun må bruge tre minutter på at give mig strømper på!

Antropologen: Og hvor ofte kommer de og tjekker det her?

Ingrid: Ja, nu har det været to gange inden for kort tid...

Antropologen: Ved I hvorfor?

Peter (Ingrids mand): Ja, det er jo fordi man er indstillet i sådan nogle kasser, den borger har en kasse på den størrelse med tid... og når man så kører over... altså når hjemmeplejen ikke kan klare det på den tid, så er det, de skal til at finde ud af, om man kan blive flyttet over i en større kasse, hvor der er lidt mere tid... altså, det kører i sådan et kassesystem, jeg mener de siger at de har fem...

(Transskription af interview, februar 2020)

Behovsvurderingen bliver her et spørgsmål om *hvor hurtigt* en opgave kan udføres. Ingrid havde en klar fornemmelse af, at hun skulle skynde sig, i forbindelse med besøgene fra hjemmeplejen. Hun sagde på et tidspunkt "*Jeg skynder mig jo så meget jeg kan og så alligevel kan jeg se tærerne komme tættere og tættere på...*". 'Tærerne der kom tættere på' var Ingrids billede af, hvordan hjemmeplejeren utålmodigt nærmede sig hende, mens hun sad og vaskede sig selv og børstede tænder, for at vise at nu måtte hun gerne sætte tempoet lidt op, så de kunne gå videre til næste opgave. Ingrid fortsætter, "*men hvad skal de gøre? de skal være det næste sted lige om lidt*". Hun fortæller i samme ombæring, at de har tre minutter til at køre fra et sted til et andet, og at "*det kan ikke lade sig gøre*". Hermed bliver kombinationen af idealet om selvstændighed og den stramme tidsstyring, som hjemmeplejen er organiseret efter, til en umulig og næsten desperat situation for både Ingrid og de hjemmeplejere, der kommer i hendes hjem. Man kan sige, at det er hvad antropologerne Chris Shore og Susan Wright kalder en 'pervers' effekt af revisionskulturen (Shore & Wright, 2015).

Både eksemplet med Pauls træningsforløb og Ingrids jævnlige besøg fra en visitator med stopur, var situationer der udløste stor frustration, netop fordi det tilføjede et ekstra lag i det allerede store arbejde med at tilpasse tilværelsen til hjemmepleje. Her er det ikke bare tilpasning af hjemmet og rutiner, der er på spil, men et arbejde for at 'bevise' at man har brug for hjælp. Desuden vidste

både Paul og Ingrid at besøget fra ergoterapeuten og visitatoren havde direkte indflydelse på, hvad plejepersonalet der kom efterfølgende ville have lov og tid til at udføre i deres hjem, og dermed på det samarbejde som skulle komme. Netop relationerne til plejepersonalet var afgørende for dem begge, og de her mere formelle behovsvurderinger blev et forstyrrende element i de aftaler og rutiner, som de sammen havde etableret. Men vi ser også at, selvom Ingrid synes, det er urimeligt med stopuret og det tidspres det afstedkommer, så ved hun så meget om hjemmeplejens organisering, at hun må skynde sig, fordi de alle sammen skal have tingene til at gå op. Netop denne del kommer jeg nærmere ind på i næste afsnit.

Distribueret omsorgsarbejde

At være kronisk syg handler om kontinuerligt at stille spørgsmålet "hvordan lever jeg godt med *denne* krop?" (Mol, 2008). På et tidspunkt giver Ingrid udtryk for de særlige livsbetingelser, der kommer med at være syg, når hun siger: "*man bliver jo nødt til at finde sig i det når man er syg! Hvois jeg var rask, sad jeg jo ikke her!*" (feltnoter, februar 2020). Med denne udtalelse udtrykker Ingrid den betingelse, der er ved at være 'kronisk' syg. Hun kommer ikke til at blive rask og resten af sit liv, skal hun opretholde dagligdagen i samarbejde med den kommunale hjemmepleje. Den sidste grundfortælling om hjemmepleje som jeg vil udfordre, er udpegningen af en entydig 'giver' og 'modtager' af omsorg. Infrastrukturbegrebet retter opmærksomhed mod hvordan de installerede systemer hele tiden bliver udfordrede og tilpassede blandt andet gennem 'små modstands-praksisser' (Danholt & Langstrup, 2012). De relationer Ingrid har med plejepersonalet, er afgørende og derfor praktiserer hun en slags 'hjemmepleje-aktivisme'. Hun taler ofte med plejepersonalet om hvor lang tid, de har til tingene og hvilke oplevelser, de har i løbet af deres arbejdsdag. På et tidspunkt formulerer hun et brev til 'områdelederen' i kommunen med sine oplevelser. Hun forklarer, hvordan hun "*skriver og skriver, og så skriver om igen*". Hun fortæller, at hun prøver at finde veje til at udtrykke sine oplevelser uden, at det bliver opfattet som 'brok' eller 'utaknemmelighed'. I stedet beskriver hun detaljerne i, hvordan plejepersonalets arbejde er organiseret, hvilke opgaver de har, hvor mange minutter de har til dem, og hvor lang tid andre elementer må tage, så som tiden til at flytte sig fra hendes hus til det næste. Hun beskriver også hvilken effekt, det har på dem og på deres relation, at de kommer til at snerre ad hende og stresser hende, men også at de ofte selv er stressede og kede af det. Hun er også opmærksom på udskiftninger i

personalet, og særligt udskiftning af dem som har en planlæggende eller ledende rolle i hjemmeplejen, og hvordan det påvirker det personale som hun møder i sit hjem. På denne måde håndterer Ingrid den 'urimelighed' hun oplever i den daglige interaktion med hjemmeplejen, ved at forstå det i en større kontekst af arbejdsorganisering og vilkår, samt at give sine meninger og oplevelse til kende i håb om at skabe forandring, ikke bare for sig selv, men også for plejepersonalet og andre i hendes situation.

Selvom plejepersonalets travlhed skabte frustration for Ingrid, var det karakteristisk at hun søgte en forklaring som lå uden for hendes og plejepersonalets kontrol, som da hun siger at det handler om den nye planlægger i kommunen. Således er det for Ingrid ikke på noget tidspunkt *kun* et spørgsmål om *hendes* behov, men også et hensyn til plejepersonalet, hendes mand og sågar kommunekontorets behov. Langt fra at være en passiv 'modtager' af hjemmepleje, var Ingrid hele tiden aktiv gennem sin opmærksomhed på de sammenhænge og relationer som afgjorde, hvordan hun og plejepersonalet kunne få tingene til at fungere. Ingrids breve til områdelederen og store opmærksomhed på arbejdsvilkårene for plejepersonalet, var hendes forsøg på at ændre noget og modarbejde en følelse af afmagt.

I et andet eksempel fra Pauls dagligdag ser vi tydeligt, hvordan de små tilpasnings- og modstandspraksisser flytter rundt mellem aktørerne. En dag spurgte en hjemmehjælper som kom og hjalp Paul med støttestrømperne, om hun ikke også skulle hjælpe ham med at gøre rent. Paul blev umiddelbart glad for tilbuddet, men takkede nej, fordi som han sagde: "*jeg passede jo Annie i fem år, så det kan jeg altså godt!*". Så spurgte han i stedet, om hun ikke ville hjælpe ham med sengeredning, for det var svært for ham, særligt fordi han havde en seng, der skulle løftes for at lagenet kunne komme på. Det ville hun gerne, men Paul måtte ikke sige det til nogen, for der fandtes jo endnu ikke nogen bevilling. Dette 'hemmelige' arrangement fungerede et stykke tid, og når Paul på et senere tidspunkt fik en formel bevilling til skift af sengetøj, tilbød de ham at gøre det en gang om ugen, men det måtte han igen takke nej til, fordi det var ham selv, der skulle vaske sengetøjet. De landede herefter på et kompromis hver 14. dag. For det første viser eksemplet, hvordan 'behov' i dette tilfælde relaterer sig til den type seng, der står i Pauls soveværelse, og hvordan hans tilværelse har formet sig igennem de seneste mange år. Dermed forhandles behov i forhold til hvad der er praktisk muligt og ønskværdigt for de involverede, og ikke udelukkende til 'funktionsevnetilstand'. Skift af Pauls sengetøj viste sig senere ikke at være helt ligetil, da plejepersonalet opdagede, at de ifølge arbejdsmiljøloven ikke måtte lave den slags løft, som havde været grunden til, at Paul havde behov for hjælp

til sengetøjet i første omgang. Løsningen blev, at Pauls datter Ellen kom og hjalp med lagenet, og så hjalp plejepersonalet med sengetøjet. Hermed var løsningen betinget af en pragmatisk 'tinkering' (Mol et al., 2010) fra alle involverede, snarere end en formel behovsvurdering. Endelig viste situationen, hvordan Paul udøvede omsorg for omsorgsyderne. Selv når de havde oprettet en rutine med skift af sengetøj hver 14. dag, fortsatte Paul med at 'optimere' forholdene for plejepersonalet og hans datter ved blandt andet at skaffe kuvertlagener, som ifølge Paul "var gode fordi det var så meget nemmere at rede sengen". Paul er hermed ikke en passiv modtager af hjemmeplejeydelser, men en aktiv medspiller i at få den lokale omsorgsinfrastruktur til at fungere, og gør hvad han kan, for at det daglige arbejde bliver så overkommeligt som muligt.

Diskussion

Livet med flere sygdomme og alderssvækkelse er ofte kendetegnet ved nye og overraskende symptomer og ændringer, som producerer nye behov for at tilpasse dagligdagen (Manderson & Warren, 2016). I den daglige praksis i hjem og familier handler det ofte om *at få tingene til at fungere* (Skovgaard et al., 2024). Det kræver imidlertid arbejde, og i denne artikel har jeg udpeget tre typer af arbejde som installation og vedligeholdelse af hjemmepleje kræver; tilpasningsarbejde, vurderingsarbejde og omsorgsarbejde for omsorgsyderne.

Med infrastruktur som analytisk prisme er omsorgsbehov ikke en forudbestemt størrelse og noget som borgeren 'har' og som kommunen enten 'imødekommer' eller ej, men noget der kan opstå og genforhandles løbende i den årelange samarbejdsrelation som afhængighed af hjemmepleje ofte indebærer. Eksemplerne i denne artikel viser hvordan både den syge selv, de pårørende og hjemmehjælperne løbende indkredser og handler på forskellige behov som en del af den daglige praksis. Behovsvurdering og omsorg viser sig dermed som noget kontinuerligt som skifter mellem aktørerne.

En af hjemmepleje-infrastrukturens 'grundfortællinger' (Star, 1999) er, at ældre borgere er modtagere af ydelser efter, at de har fået en individuel behovsvurdering og bevilling (Rostgaard, 2015). Dermed er infrastrukturens dominerede træk med til at skjule det store arbejde borgere og plejepersonale udfører i dagligdagen og som muliggør offentlig omsorg i hjemmet. I artiklen er der blevet vist, hvordan dette arbejde dels rummer en tilpasning og koordinering af materielle og praktiske elementer, en tilbagevendende måling og vurdering af behov og en forhandling af de relationer, man har med det personale, der kommer dagligt i hjemmet.

At fremhæve dette arbejde, og hvordan det påvirker relationer og hjemmet, er vigtigt for at få en nuanceret debat om konsekvenserne af hjemmepleje og dens organisering (Exley & Allen, 2007). Hjemmepleje som omsorgsinfrastruktur har nogle særlige betingelser, fordi det omhandler de mest intime og dagligdags detaljer, omkring hvordan livet leves, så som søvnrytmer, spisevaner og indretning af hjemmet. At analysere hjemmepleje som infrastruktur retter blikket mod, hvordan hjemmepleje kommer til at indgå i den allerede etablerede omsorgsinfrastruktur, som nødvendigvis må etableres for at gøre livet med kronisk sygdom og svækkelse muligt. Dermed kan man også få øje på de mange måder, som borgerne og deres familier, men også hjælpemidler, senge og stopure er aktive medspillere i opretholdelsen af hjemmepleje (Danholt & Langstrup, 2012). Synliggørelsen af hjemmepleje som en omsorgsinfrastruktur, kan være med til at fremme en forståelse for, hvordan omsorgsarbejde distribueres og forskelle mellem aktører produceres, og de måder hvorpå det tillader visse handlinger og umuliggør andre (ibid.). Både Ingrid og Paul har familier, som deltager i det daglige omsorgsarbejde. Selvom Paul boede alene i sit hus, var han meget tæt spundet ind i et netværk af mennesker, som trådte til, når der var brug for det. Ingrid havde sin mand Peter i samme hus. De har derfor, på trods af sygdom og alderssvækkelse, mulighed for at indgå i pragmatisk samarbejde og 'tinkering' med både kommunekontoret, plejepersonalet og deres til tider urimelige vilkår. At se på hvilken betydning, familie og pårørende har i etableringen og vedligeholdelsen af hjemmepleje, er tankevækkende og må indgå i overvejelser omkring årsagerne til de eksisterende uligheder i, hvem der modtager hjælp (Rostgaard et al., 2022).

I den sundhedspolitiske diskurs bliver 'hjemmet' set som den arena, hvor flere og flere behandlings- og plejeopgaver skal udføres i fremtiden (Danish Ministry of Health, 2017). Det kalder på en dybere forståelse af, hvad det indebærer, og hvordan relationelle dynamikker er med til at definere både hvad 'hjem' og 'omsorg' er i den forbindelse (Angus et al., 2005; Exley & Allen, 2007). I artiklen har jeg vist nogle af effekterne af særligt rehabiliteringsdiskursen og den stramme tidsstyring, som hjemmeplejen er underlagt. Rehabiliteringsdiskursen tilsiger genvinding af selvstændighed som mål, men det er ikke det at udføre opgaverne selvstændigt, som er vigtigt for Ingrid og Paul, men derimod at få indrettet en tilværelse, som fungerer for dem og deres familier.

Ved at fokusere på hjemmepleje som infrastruktur, bliver det tydeligt, at der er elementer, som ofte står i vejen for arbejdet med at få tingene til at fungere. I stedet bliver det yderligere udfordringer, som skal overkommes. Borgere med flere kroniske sygdomme og deres familier har meget at se til i forvejen, og konstante krav om at genforhandle, legitimere og fremvise deres omsorgsbehov i

den kommunale hjemmepleje er med til at gøre situationen endnu mere presset. Et vedvarende fokus på autonomi og den enkeltes rettigheder i den offentlige sundhedsdiskurs fremsætter idealer om valgfrihed i hjemmepleje (Hvenegaard Mikkelsen et al., 2019). I udtryk som 'personcentreret omsorg' (person centered care) kommer det enkelte individ i fokus, som den der har alle sygdommene og behovene, og som dermed er mere eller mindre passiv 'modtager' af forskellige omsorgsydelser. Som eksemplerne i denne artikel også viser, er det dog sjældent udelukkende et hensyn til den syge, der gør sig gældende, men snarere et væld af forskellige hensyn og faktorer, der afgør, hvem der kan hjælpe med hvad og hvordan. Dette er i tråd med tidligere studier som peger på, at omsorg snarere skal ses som noget, der flytter rundt mellem individer i en gruppe, hvor man kontinuerligt må tilpasse sig dagsformen og det forhåndenværende (Gibson et al., 2020; Mol, 2008).

I artiklen har jeg vist, hvordan kommunal hjemmepleje altid installeres i en allerede etableret omsorgsinfrastruktur, hvor den syge borger og dennes familie ofte over lang tid har etableret måder at håndtere problemer og en erfaring med hvilke løsninger, der skal til. Et ensidigt fokus på at indlede hver etablering af hjemmepleje med et træningsforløb for at vurdere 'potentialet' (Bødker, 2019) ignorerer dette. Dermed er det ikke sagt, at rehabilitering og træning aldrig kan være værdifuldt i forbindelse med hjemmepleje, men opmærksomhed må rettes mod borgerens oplevelse af hvad og hvordan, det giver mening at træne.

I et samfund hvor flere og flere lever alene og der stilles store krav om tilstedeværelse på arbejdsmarkedet, er hjemmepleje en afgørende omsorgsinfrastruktur for syge og alderssvækkede mennesker. Et infrastrukturelt perspektiv på omsorgsarbejde og behov kan bidrage til en større forståelse for, hvordan mange elementer må tænkes sammen for at skabe en bæredygtig og retfærdig hjemmepleje og sundhedsvæsen for det stigende antal mennesker med kronisk(e) sygdom(me) og alderssvækkelse i de kommende år.

Referencer

- Andersen, R. S., McArtney, J., Rasmussen, B., Bernhardson, B.-M., Hajdarevic, S., Malmström, M., & Ziebland, S. (2020). Caring as sharing. Negotiating the moral boundaries of receiving care. *Critical Public Health*, 30(5). <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/09581596.2019.1623381>
- Angus, J., Kontos, P., Dyck, I., McKeever, P., & Poland, B. (2005). The personal significance of home: habitus and the experience of receiving long-term home care. *Social Health Illn*, 27(2), 161-187. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2005.00438.x>

- Buch, E. D. (2015). Anthropology of Aging and Care. *Annual Review of Anthropology*, 44(1), 277-293. <https://doi.org/10.1146/annurev-anthro-102214-014254>
- Bødker, M. N. (2018). *Negotiating Needs, Negotiating Old Age*
- Bødker, M. N. (2019). Potentiality made workable – exploring logics of care in reablement for older people. *Ageing and Society*, 39(9), 2018-2041. <https://doi.org/10.1017/s0144686x18000417>
- Dahl, H. M., & Hansen, L. L. (2021). Introduction: A care crisis in the Nordic welfare states? In *A Care Crisis in the Nordic Welfare States?* (pp. 1-19). <https://doi.org/10.46692/9781447361374.002>
- Danholt, P., & Langstrup, H. (2012). Medication as Infrastructure: Decentering Self-care. *Culture Abound - Journal of Current Cultural Research*, 4. <https://doi.org/https://doi.org/10.3384/cu.2000.1525.124513>
- Danish Ministry of Health. (2017). *Sundhed hvor du er - opfølgning på udvalg om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen [Health where you are - a follow-up on the near and integrated health care sector]*.
- Exley, C., & Allen, D. (2007). A critical examination of home care: end of life care as an illustrative case. *Soc Sci Med*, 65(11), 2317-2327. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.07.006>
- Gibson, B. E., Terry, G., Setchell, J., Bright, F. A. S., Cummins, C., & Kayes, N. M. (2020). The micro-politics of caring: tinkering with person-centered rehabilitation. *Disabil Rehabil*, 42(11), 1529-1538. <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1587793>
- Hoeyer, K., & Bødker, M. (2020). Weak Data: The Social Biography of a Measurement Instrument and How It Failed to Ensure Accountability in Home Care. *Med Anthropol Q*, 34(3), 420-437. <https://doi.org/10.1111/maq.12602>
- Hvenegaard Mikkelsen, H., Schwennesen, N., & Lassen, A. J. (2019). Energy and Aging in the Danish Welfare State: Ethnographic Explorations of an Omnipresent but Forgotten Concept. *Anthropology & Aging*, 40(2), 1-9. <https://doi.org/10.5195/aa.2019.235>
- Jönsson, A. B. R. (2018). *Aging with multimorbidity. Illness and Inequity in Everyday Life*
- Karasaki, M., Warren, N., & Manderson, L. (2017). Orchestrating home. *Medicine Anthropology Theory*, 4(1). <https://doi.org/10.17157/mat.4.1.366>
- Kommunernes Landsforening. (2019). *Fælles Sprog III. Metodehåndbog. Version 1.61*. Retrieved from <https://www.fs3.nu/dokumenter/fsiii-metoden>
- Lamb, S. (2017). Ageless aging or meaningful decline. Aspirations of ageing and dying in the United States and India. In *Successful aging as a contemporary obsession. Global perspectives*. (pp. 230-242). Rutgers University Press.
- Langstrup, H. (2013). Chronic care infrastructures and the home. *Sociology of Health and Illness*, 35(7), 1008-1022. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12013>
- Langstrup, H., & Winthereik, B. R. (2020). Infrastrukturstudier. In P. Danholt & C. Gad (Eds.), *Videnskab, teknologi og samfund: En introduktion til STS*.
- Larkin, B. (2013). The Politics and Poetics of Infrastructure. *Annual Review of Anthropology*, 42(1), 327-343. <https://doi.org/10.1146/annurev-anthro-092412-155522>
- Lassen, A. J., & Jespersen, A. P. (2017). Getting old and keeping going: The motivation technologies of active aging in Denmark. In *Successful aging as a contemporary obsession. Global perspectives*. (pp. 141-153). Rutgers University Press.
- Lindén, L., & Lydahl, D. (2021). Care in STS. *Nordic Journal of Science and Technology Studies*, 9(1).
- Manderson, L., & Warren, N. (2016). "Just One Thing after Another": Recursive Cascades and Chronic Conditions. *Medical Anthropology Quarterly*, 30(4), 479-497. <https://doi.org/10.1111/maq.12277>

- Mattingly, C., Grøn, L., & Meinert, L. (2011). Chronic Homework in the Emerging Borderlands of Healthcare. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 35(3), 347-375. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s11013-011-9225-z>
- Mol, A. (2008). *The Logic of Care. Health and the Problem of Patient Choice*. Routledge. Taylor and Francis Group.
- Mol, A., Moser, I., & Pols, J. (2010). *Care in Practice. On Tinkering in Clinics, Homes and Farms*. Transcript Verlag.
- Pols, J. (2015). Towards an empirical ethics in care: relations with technologies in health care. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 18(1), 81-90. <https://doi.org/10.1007/s11019-014-9582-9>
- Pols, J. (2023). *Reinventing the good life. An empirical contribution to the philosophy of care*. UCL Press.
- Rostgaard, T. (2015). *Kvalitet i ældreomsorgen. Når fortiden er længere end fremtiden*. https://vbn.aau.dk/ws/portalfiles/portal/216734792/Kvalitet_i_ldreomsorgen_j_mf_rande.pdf
- Rostgaard, T., Jacobsen, F., Kroger, T., & Peterson, E. (2022). Revisiting the Nordic long-term care model for older people-still equal? *Eur J Ageing*, 19(2), 201-210. <https://doi.org/10.1007/s10433-022-00703-4>
- Shippee, N. D., Shah, N. D., May, C. R., Mair, F. S., & Montori, V. M. (2012). Cumulative complexity: a functional, patient-centered model of patient complexity can improve research and practice. *Journal of Clinical Epidemiology*, 65(10), 1041-1051. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2012.05.005>
- Shore, C., & Wright, S. (2015). Audit Culture Revisited. *Current Anthropology*, 56(3), 421-444. <https://doi.org/10.1086/681534>
- Skovgaard, A. L., Jorgensen, M. J., Tjornhoj-Thomsen, T., & Hoybye, M. T. (2022). Discharge readiness as an infrastructure: Negotiating the transfer of care for elderly patients in medical wards. *Soc Sci Med*, 312, 115388. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115388>
- Skovgaard, A. L., Jorgensen, M. J., Tjornhoj-Thomsen, T., & Hoybye, M. T. (2023). Tinkering with symptoms, causes and solutions: Tracing the enactments of multiple chronic illnesses in specialised outpatient check-ups. *Sociol Health Illn*. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13738>
- Skovgaard, A. L., Tjornhoj-Thomsen, T., Johansson Jorgensen, M., & Hoybye, M. T. (2024). Making it Work: Everyday Life and Healthcare with Multiple Chronic Illnesses in Denmark. *Med Anthropol*, 43(5), 397-410. <https://doi.org/10.1080/01459740.2024.2376015>
- Star, S. L. (1999). The Ethnography of Infrastructure. *American Behavioral Scientist*, 43(3), 377-391. <https://doi.org/10.1177/00027649921955326>
- Stranz, A. (2021). Deteriorating working conditions in elder care: an invisible crisis of care? In *A Care Crisis in the Nordic Welfare States?* (pp. 80-99). <https://doi.org/10.46692/9781447361374.006>
- Strauss, A., Fagerhaugh, S., Suczek, B., & Wiener, C. (1985). *Social Organization of Medical Work*. The University of Chicago Press.
- Struhkamp, R., Mol, A., & Swierstra, T. (2009). Dealing with in-dependence. Doctoring in Physical Rehabilitation Practice. *Science, Technology, & Human Values*, 34, 55-76. <https://doi.org/10.1177/0162243907312954>
- Ørtenblad, L. (2020). Mere hverdag i sundhedsvæsenet. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, 32. <https://doi.org/https://doi.org/10.7146/ffss.v17i32.120974>