

Rehabilitering i hjemmeplejen – begejstring, krydspres og paradokser

Nye tanker i hjemmeplejen fokuserer på frihed, autonomi og selvstyring. Hvilke betydninger har det for fænomener som hjem, *tid* og *nærvær*?

I de senere år er rehabilitering blevet introduceret som et koncept, der skal revolutionere og gentænke store dele af social- og sundhedssektoren. Der oprettes kommunale træningscentre og sundhedscentre med henblik på genoptræning og sundhedsfremme, og patientskoler, der skal hjælpe borgerne til selv at tage vare på deres kroniske sygdomme (Waldorff m.fl. 2006, Larsen og Larsen 2008).

Rehabilitering indebærer et perspektiv på borgeren som – kort sagt – potentielt uafhængig, og i stand til at tage ansvar for og mestre sit eget liv, herunder at definere egne behov. Den grundlæggende filosofi er, at ydelserne skal baseres på behov set fra borgerens perspektiv, og ikke ud fra de professionelle vurdering. Det understreges, at samarbejdet med de professionelle må være baseret på principper om demokrati og lighed. Indsatsen skal være målrettet og tidsbegrænset og skal myndiggøre den enkelte borger til at leve sit eget liv. (Rehabiliteringsforum 2004).

Dette er fint i tråd med den generelle samfundsmæssige tendens mod større fokus på individuel frihed og på styring, ikke som tvang, men som en bestræbelse på at øge individernes kapacitet til selvstyring (Rose 1999). Samtidig udfordres de professionelle, idet der lægges op til en forandring af deres rolle og relationer til borgerne. Som Hvidbogen om rehabilitering siger: *Borgeren skal have hjælp til se på sig selv med nye øjne og støttes i at erhverve sig viden og erfaringer for at kunne træffe kvalificerede valg* (Rehabiliteringsforum 2004:29).

Rehabilitering i hjemmeplejen

Gruppen af ældre medborgere er ikke oprindeligt tænkt som en målgruppe for rehabilitering. Men også inden for ældreplejen er rehabilitering – eller hverdagsrehabilitering som det ofte kaldes – blevet et nyt mantra. Der tales ligefrem om "et

paradigmeskift" (Hjemmehjælpskommissionen 2013). Hverdagsrehabilitering handler om at gøre de ældre i stand til at genvinde, vedligeholde og udvikle deres fysiske og mentale evner så længe som muligt, og således om muligt undgå at modtage ydelser fra hjemmeplejen. De ældre skal have hjælp til selvhjælp, og argumentet er, at de dermed bevarer kontrollen over deres eget liv med større værdighed og respekt (Kjellberg et al 2010).

Disse ideer er egentlig ikke nye i ældreplejen. Allerede i 80'erne etableredes en forståelse om aldring som fokuserede på mulighederne i den tredje alder: Det gode liv med fokus på selvrealisering og udvikling. Dette stod i stærk kontrast til tidligere opfattelser, der forbandt aldring med skrøbelighed, forfald, smerte og sygdom (Dahl 2005). Principper om egenomsorg og hjælp til selvhjælp vandt indpas i ældreplejen, blev integreret i serviceloven og har længe spillet en rolle i social- og sundhedsuddannelserne (Hansen m.fl. 2011). Alligevel vil jeg argumentere for, at den nuværende rehabiliteringsbølge har særlige konsekvenser for forståelsen af ældre og deres behov, for relationen mellem ældre og professionelle, samt for de professionelle faglige identitet.

Hjælp til selvhjælp-princippet vurderes hidtil at have haft begrænset gennemslagskraft (Eskelinen m.fl. 2006). Men hverdagsrehabilitering bliver en specifik måde at forstærke og revitalisere disse ideer om ældre mennesker som ressourcestærke med behov for udvikling og selvrealisering. Hjælp til selvhjælp knyttes nu sammen med de bredere forståelser og diskussioner om rehabilitering, og samtidig etableres en række systematiske forandringsprogrammer og institutionelle forandringer, som får stor udbredelse. 94 % af alle danske kommuner angiver således, at de arbejder med hverdagsrehabilitering (Kommunernes Landsforening 2013).

Hverdagsrehabilitering træder desuden ind i et felt præget af over 20 års bestræbelser på rationalisering og effektivisering med New Public Management som overskrift (Dahl og Rasmussen 2012). New Public Management har med sit fokus på markedsrationalitet betydet en standardisering og opsplitning af arbejdet, samt en dramatisk afkortning af den tid der er afsat til hvert hjemmebesøg. Dermed er fagligheden i ældreplejen sat under pres (Wrede m.fl. 2008, Kamp & Hvid 2012).

Ideerne om rehabilitering forandrer arbejdet og relationerne på forskellig måde i de social- og sundhedsfaglige grupper i hjemmeplejen. Denne artikel tager udgangspunkt i et studie af hjemmesygeplejerskerne, en specialiseret gruppe, som varetager både egentlige behandlingsopgaver, opgaver med rådgivning og forebyggelse samt forskellige koordineringsopgaver. Hjemmebesøget er arbejdets kerne. Arbejdet organiseres omkring hjemmebesøget, og den enkelte sygeplejerskes vurdering af den enkeltes behov for pleje og hjælp er et centralt element i den faglige identitet. Gruppen har således en betydelig autonomi.

Jeg vil illustrere, hvordan rehabiliteringskonceptet spiller en vigtig rolle både med hensyn til at tilbyde en ny løsning til et fag under pres, samtidig med at der sker en problematisering af en traditionel faglighed baseret på omsorg og et holistisk syn på borgeren. Samtidig peger analysen på, hvordan rehabilitering indebærer et fokus på aktivitet og mobilitet. Det får betydning for, hvordan centrale dimensioner i omsorgsarbejdet som *tid* og *nærvær* forstås, og dermed har forventningen om rehabilitering konsekvenser for de sociale relationer mellem de ældre borgere og de professionelle.

Undersøgelse i hjemmeplejen

Artiklen er baseret på et casestudie af



ændringer i arbejdet i hjemmesygeplejen i en stor dansk kommune, gennemført som led i et større forskningsprojekt om arbejdet i hjemmeplejen. Hjemmesygeplejerskerne udgør en selvstændig enhed. De er organiseret i teams, der dækker forskellige geografiske områder og har forskellige opgaver, således at de arbejder både som udekørende, i sundhedscentret og (i mindre grad) på plejecentret. De foretager undersøgelser, udredninger, behandling, vejledning og rådgivning, og de observerer borgerens tilstand og effekten af sygepleje. Det team, som indgik i undersøgelsen, omfattede 17 sygeplejersker.

Som led i indførelse af principper om rehabilitering omlægges hjemmesygeplejerskernes arbejde fra at være organiseret omkring hjemmebesøg til i stigende grad at handle om konsultation på et sundhedscenter. Denne udvikling sker på nationalt plan.

Artiklen tager et diskursanalytisk udgangspunkt for at identificere, hvordan begrebet rehabilitering indgår i bestræbelserne på at reformulere de grundlæggende forståelser af ældres behov, omsorg og hjemmesygeplejerskers arbejde. Analysen har altså fokus på, hvordan der *sprogligt* skabes bestemte betydningsuniverser, og hvordan de artikuleres, brydes og omformes. Analysen er inspireret af Laclau og Mouffes diskursteori og undersøger, hvordan nøglebegreber skifter betydning ved en sammenknytning med nye betydningsselementer (Laclau og Mouffe 1985).

Analysen falder i to dele. Første del viser, hvordan der etableres nye forståelser af, hvad der er god hjemmesygepleje. Jeg illustrerer her, hvordan begrebet rehabilitering bliver den indlysende løsning på problemerne i ældreplejen. Her tager jeg udgangspunkt i *problematisering*; konstruktionen af en bestemt problemdiagnose som et helt centralt element for at forstå, hvordan bestemte løsninger bliver

gjort naturlige og logiske (Bacchi 2009). Imidlertid er sådanne processer, hvor der etableres nye forståelser, altid ufuldstændige og konfliktfyldte (Thomas & Davies 2005). Anden del af analysen har således fokus på, hvordan der også produceres modargumenter og alternative forståelser. Hjemmesygeplejersker opfattes som aktive deltagere i denne proces.

Studiet gennemførtes i 2011. Her er anvendt en række kvalitative metoder: 1) Observationer af arbejdet i hjemmesygeplejen, både med udekørende sygeplejersker og sygeplejersker på sundhedscentret. 2) Et historieværksted, hvor otte hjemmesygeplejersker deltog. Historieværksted er en metode, der sigter på at producere en kollektiv fortælling om den historiske udvikling. Fokus var på udviklingen af fag og fagidentitet set i forhold forandringer i ældreplejen lokalt og centralt (Hagedorn-Rasmussen & Mac 2007). 3) Dybdgående, individuelle, semistrukturerede interviews med fem sygeplejersker og 4) et fokusgruppeinterview med yderligere fem sygeplejersker. Derudover indgår en række dokumenter om hverdagsrehabilitering, hovedsageligt policy dokumenter på kommunalt og nationalt niveau.

For borgerens bedste

Min case Østby (synonym) er en af de kommuner, som aktivt har arbejdet med at integrere rehabiliteringstankegangen for at udvikle kvaliteten – også med et stadigt mere snævert budget. Kommunens strategi for social- og sundhedsydelser lægger vægt på, at borgerne gerne vil styre deres eget liv. Derfor er det dette mål, som borgerne skal have hjælp til gennem rehabilitering, genoptræning, sundhedsfremme og forebyggelse. I hjemmesygeplejen ses etableringen af sundhedscentre som et middel til at opfylde disse mål. Sundhedscentret er bygget op omkring forebyggelse, sundhedsfremme og rehabilitering, hvor

Rehabilitering er blevet et nøgleord i store dele af social- og sundhedssektoren, herunder også i ældreplejen. Det indebærer et perspektiv på borgeren som uafhængig og i stand til at tage ansvar for eget liv og sundhed. Denne artikel undersøger på baggrund af et case-studie, hvordan ideer om rehabilitering i hjemmesygeplejen er med til at transformere forståelsen af omsorg, faglighed og relationerne mellem ældre medborgere og professionelle. Analysen peger på, hvordan rehabilitering indebærer et fokus på frihed, aktivitet og mobilitet. Det får betydning for, hvordan centrale dimensioner i hjemmesygeplejen som hjem, tid og nærvær forstås. Artiklen viser også konflikter, modsætninger og ambivalenser i denne udvikling.

Denne artikel er peer reviewet [note 1].

Annette Kamp er ph.d. og lektor ved Center For Arbejdslivsforskning, Institut for Miljø, Samfund og Rumlig forandring, Roskilde Universitet.
kamp@ruc.dk

Her fokuseres på at lade borgeren have sin tid i fred. Besøget betragtes på denne måde som en slags tidsrøveri i forhold til borgernes meningsfulde liv, et liv som sygeplejersken ikke er en del af

Rehabiliteringskonceptet spiller en vigtig rolle både med hensyn til at tilbyde en ny løsning til et fag under pres, samtidig med at der sker en problematisering af en traditionel faglighed baseret på omsorg og et holistisk syn på borgeren

borgerne kan få information og rådgivning. Men der foregår også forskellige typer af udredning, undersøgelse, pleje og behandling.

Borgere, som modtager hjemmesygepleje, men som vurderes at være tilstrækkeligt selvhjulpne, skal visiteres til centret i stedet for at modtage hjemmebesøg. Argumentet er både kvalitet og økonomi. Ledelsen forventer, at flere opgaver flytter fra sygehussektoren til hjemmeplejen, uden at der gives tilstrækkelig økonomisk kompensation. Så der skal foretages besparelser.

Så er vores udgangspunkt altid, at borgeren skal komme til os i sundhedscentret. Vi har ikke de tider mere, hvor vi bare kan love; jamen selvfølgelig vi kommer ud til hr. og fru Hansen; sådan opererer vi ikke mere. Borgerne, hvis de overhovedet kan, så kommer de til os.... Selvfølgelig gør vi det for borgerens skyld, men vi gør det også med rehabilitering i tankerne. Jeg synes egentlig, at sygeplejerskerne gør det med nogle rigtig gode ting for øje. Det er ikke kun budget og rammer og alle de her hårde værdier, de gør det faktisk for borgerens bedste, den tilgang kan jeg rigtig godt lide.
(Jane, teamleder)

Rehabilitering væves her i høj grad sammen med ønsket om rationalisering og effektivisering. Alle borgere, der modtager hjemmesygepleje, skal vurderes, og lederen skal beslutte, hvem der skal henvende sig på sundhedscentret, og hvem der stadig kan modtage hjemmesygepleje i hjemmet. Således er scenen sat for en problematisering af de klassiske paradigmer i hjemmesygeplejen; udgangspunktet er specifikke, forudbestemte antagelser om, hvad der er borgerens bedste. I det følgende vil jeg se på, hvordan rehabiliteringskonceptet baner vejen for nye måder at være professionel på, og belyse hvordan hjemmesygeplejerskerne forhandler de nye relationer mellem borger og hjemmesygepleje.

Nye tilgange i hjemmesygeplejen

Den positive diskurs om borgerne som ressourcestærke modtages med begejstring

af mange sygeplejersker. Det tiltrækker med en positiv tilgang til borgeren og til hans / hendes sociale netværk snarere end til problemer og svagheder.

Jeg kan godt lide det med, at man fokuserer på borgernes ressourcer og prøver på at se dét, borgeren kan, i stedet for dét, borgeren ikke kan. Så prøve at vende den om og se, hvor meget man egentlig kan arbejde videre med, og hvad der er i netværket, og hvad man kan bygge videre på, så borgeren kan komme tættere på at klare sig selv, så vidt som det kan lade sig gøre.
(Lena, hjemmesygeplejerske)

Et ligeværdigt og respektfuldt forhold mellem borgeren og sygeplejersken er endnu et argument der anvendes, men også den professionelle ekspertrolle problematiseres. Borgerne placeres som vidende og kyndige i overensstemmelse med rehabiliteringsdiskursen, hjemmesygeplejerskens viden og vurderinger er til forhandling.

Det behøver ikke at være dig som sygeplejerske, der har de vises sten. Det er jo nogle kompetente borgere, som har levet deres eget liv; stol på, at de faktisk også kan tænke selv og reagere. Det er den måde, som jeg gerne selv vil blive modtaget på både hos min læge, og hvis jeg skulle komme på hospitalet. De (borgerne) er faktisk selv-tænkende og kan godt tage vare på sig selv. De kan også sige, at: "Jeg er ikke enig i det, som du vurderer, kan vi ikke få en snak om det?" Jo selvfølgelig kan vi det, og måske har borgeren ret, og så tager vi den derfra.
(Berit, hjemmesygeplejerske)

Frihed og ansvar er andre vigtige temaer i diskursen om nye relationer. Mange af sygeplejerskerne mener, at der er fine elementer i et sundhedscenter. Det er godt, at folk frit kan tage på sundhedscentret og vælge det tidspunkt, der passer dem. De behøver ikke at sidde hjemme og vente på, at sygeplejersken kommer.

Og jeg kan godt lide tanken om, at folk selv kan henvende sig, at de ikke skal sidde og

være afhængige af os derhjemme og ikke vide, hvornår vi kommer. Vi giver jo ikke noget tidspunkt, vi siger, at vi kommer om formiddagen. Men oppe i klinikken, der kommer de selv, der er ikke en tid, hvor de skal komme. De kommer bare mellem 8 og 12, og hvis ikke de kommer den ene dag, så kan det være, at de vælger at komme den næste dag. Det kan jeg godt lide, den frihed og det ansvar, som man giver borgerne. De tager ansvar; kommer de ikke derud, så ringer vi ikke efter dem. Det er ligesom, når man går til læge, det kan være, at man ikke dukker op, men så ringer de heller ikke efter en. Det kan jeg godt lide.
(Lena, hjemmesygeplejerske)

Frihed sættes således i modsætning til afhængighed af sygeplejerskerne og knyttes sammen med mulighederne for egen planlægning. Men frihed knyttes også sammen med ansvar for egen sundhed.

Sygeplejerskerne giver også eksempler på, at organisering af hjemmesygeplejen omkring sundhedscentret kan have en rehabiliterende effekt. Selv folk med en terminal kræftsygdom, hævdes det, kan drage fordel af at komme ud af deres hjem og væk fra et miljø, der nærer tanker om død og sygdom. Så trækker vi dem ud af hjemmet, dem der kan; som synes, det er rigtig dejligt at få lov til at tage bussen og komme væk hjemmefra, hvor man tænker på en masse grumme ting, som sygdom (Joan, hjemmesygeplejerske).

Mange af disse historier leverer et implicit argument imod ideen om hjemmet som den bedste kontekst for pleje. Hjemmet beskrives tværtimod som et isoleret sted, der kan opretholde et usundt fokus på sygdom og død eller nære sociale fobier.

Nye relationer mellem borgere og hjemmesygeplejersker

Med introduktionen af sundhedscentret forandres mødet mellem sygeplejerske og borgerne. Nogle mener, det fører til en meget klarere relation. Med henvisning til den medicinske verden beskrives mødet som "en konsultation", hvor specifikke

problemer løses og ydelser leveres; et sted hvor der er klare gensidige forventninger.

Jeg synes, at jeg udøver en helt anden sygepleje, når jeg er i klinikken. Det gør jeg, fordi, når nogen går ind af min dør, så er det helt afklaret for borgeren, hvad det er, de skal herinde. "Hvad er det, som jeg gerne vil have sygeplejersken til at hjælpe mig med, eller hvad er det, jeg gerne vil fortælle sygeplejersken?" Når jeg kommer hjem i folks hjem og nogle gange bliver mødt med; "Nåh, det er i dag du skulle komme..", så er det et helt andet møde, som man har med hinanden. Og den parathed og afklarethed, der ligger, når man kommer ind af en dør, og skal have ordnet et eller andet; det er noget helt andet. Det, der kommer ud af det, er det ansvar, som jeg kan være med til at give borgeren og sige: "Du har den her opgave, og jeg har den her opgave." Den der egenomsorg, som vi jo arbejder meget med. (Berit, hjemmesygeplejerske)

Det at se borgerne i deres eget miljø, betragtedes tidligere som afgørende for at vurdere og yde omsorg, ligesom omsorgsarbejdet blev opfattet som relationelt. Her udfordres begge disse tilgange. Det ideal, som fremhæves, er et kontekstfrit, 'rent' forhold, hvor borgeren er et stærkt individ, der har afklaret sit eget behov for hjælp og rådgivning og kan gå i dialog med den professionelle om det. De nye 'respektfulde relationer' til borgeren indebærer også, at borgerne har større kontrol over deres tid. At være i stand til at kontrollere timingen menes at være en del af borgernes myndiggørelse. Faktisk er argumentet, at man ikke skal tage for meget af borgerens tid, hvilket også gælder de borgere, der stadig modtager hjemmebesøg. Så hvor mangel på tid og tidsbesparelse i forbindelse med de stadige rationaliseringer af sektoren før har været diskuteret som en forringelse af professionel service, skifter argumentet nu.

Interviewer: *Men når I så bruger mindre tid ude hos borgerne, så er det, fordi at I bruger mere tid på dokumentation, og sådan nogle ting?*

Berit, hjemmesygeplejerske: *Ja. Men det er jo ikke sådan, at jeg føler, at jeg stjæler fra borgeren [ved ikke at bruge mere tid], for jeg skal jo ikke bruge mere af borgerens tid, eller af min tid, end højst nødvendigt derude.*

Her fokuseres på at lade borgeren have sin tid i fred. Besøget betragtes på denne måde som en slags tidsrøveri i forhold til borgernes meningsfulde liv; et liv som sygeplejersken ikke er en del af. Tiden med borgerne, dens fylde, intensitet og udstrækning i forhold til at tilbyde nærvær og intimitet, er således ikke en del af den nye hjemmesygepleje. Dette står i modsætning til tidligere fremhævede idealer om helhedsorienteret omsorg.

Samtidig devalueres hjemmesygeplejerskernes traditionelle professionelle identitet. Fortalere for et mere holistisk syn på pleje placeres som nogle, der ikke stoler på, at borgerne har værdifuld viden om deres egne problemer og liv. Men de mistænkeliggøres også, idet det antydes, at de blot forsvare deres egen ekspertrolle for ikke at miste privilegier.

Hvis man har den oplevelse af, at man er sygeplejerske, og man har en ekspertise, og ikke stoler på, at borgeren kan en hel masse selv, så lider man jo tab. Så er man jo i risikozone for, man kan føle at: Nu er jeg måske ikke noget særligt. (Joan, hjemmesygeplejerske)

I diskursen om rehabilitering bliver det således tydeligt, at den traditionelle hjemmesygeplejerske omtales som en, der hører fortiden til, og hvis man insisterer på de gamle dyder, er man en del af fortiden. Baseret på en omfattende faglig vurdering skønnede sygeplejerskerne på deres besøg i hjemmene, om det var hensigtsmæssigt at tildele nye eller anderledes tjenester. Denne evne til at observere hjemmet og borgeren var en vigtig kompetence, der nu betegnes som en måde, hvorpå sygeplejerskerne 'opfandt problemer, og 'gjorde os selv uundværlige'.

Interviewer: *Men er det rigtigt forstået, at I skubber opgaver væk til læger, apoteker, hjælpere, pårørende og borgeren selv?*

Lotte: *Ja, det gør vi. For et eller andet sted, sygepleje er et nødvendigt onde; det er noget, som man helst skal af med igen. Man skal jo nødig dø med en sygeplejerske! Et eller andet sted forstår jeg godt, at humlen i det hele er, at vi er nogle, der rykker ind og skal sørge for at rykke ud igen så hurtigt som muligt, så borgeren bevarer sit selvværd og alle de funktioner, som hun nu havde før. Det skal vi blive rigtig gode til. Men før i tiden, der havde vi det her Florence Nightingale-gen; så snart vi kom ind, så kunne vi ikke fjerne os igen, for det kunne borgeren slet ikke klare; vi tror, vi er uundværlige. Men det er vi ikke.*

Borgerne placeres således som vidende og ressourcestærke. De skal være frie og ansvarlige og ikke afhængige af sygeplejersker. Det indebærer også, at den professionelle identitet som hjemmesygeplejerske udfordres og omdefineres. Nærvær og tid med borgeren diskuteres som 'tidsrøveri'. Evnen til at vurdere den andens behov som en del af at udøve omsorg ses som 'at opfinde nye opgaver', at gøre sig selv uundværlig og skabe afhængighed. Også udøvelsen af ekspertise italesættes som potentielt undertrykkende og umyndiggørende. Den professionelle sygeplejerske ses nu i højere grad som konsulent og dialogpartner.

Ambivalens og modstand

Ikke alle sygeplejersker identificerer sig med den rolle rehabiliteringskonceptet tilbyder. Nogle ældre hjemmesygeplejersker har forladt deres job i protest mod de nye principper, som de finder krænkende i forhold til deres faglige etik. Men også blandt de resterende sygeplejersker udtrykkes ambivalens og modstand. Hjemmebesøg fremhæves af mange som et vigtigt element i arbejdet. De stiller spørgsmålstejn ved, om sundhedscentret fremmer et mere ligeværdigt forhold til de ældre medborgere. Snarere, hævdes det, at sundhedscentret må ses som en professionel kontekst, mens hjemmet er

borgerens kontekst. Hjemmebesøg er en mere fordelagtig position for borgerne, fordi hjemmet er deres domæne.

Jeg synes jo, at det er spændende at komme ud til dem [borgerne], og jeg synes også, at vi har en fornem opgave i at agere, når vi træder ind i deres hjem – at det er deres domæne, vi er på, og derfor er vi også nødt til at opføre os derefter. Vi kommer til dem, de kommer ikke til os. Derfor kan vi godt stille krav, men jeg synes stadig, at det er spændende at se det miljø, hvor de lever og har deres hverdag. Der er lidt mere historie bag det, frem for når de kommer ind til os. Det er nemmere at vurdere dem derude – når man ser dem i eget miljø. Jeg kan godt lide det – jeg synes det er spændende. Desuden er der sommetider et familiemedlem, som man ikke ser, hvis man tager dem på centret. (Lotte, hjemmesygeplejerske).

Så her fremhæves det, at hjemmebesøg giver et bedre grundlag for at vurdere borgernes potentiale og ressourcer og efterfølgende for at beslutte, hvilken type service der bør tilbydes. Dette gør hjemmebesøg til en forudsætning for en meningsfuld planlægning af en rehabiliterende indsats.

Også stillingen som sygeplejerske i sundhedscentret problematiseres. Her repræsenterer sundhedscentret ikke sygeplejerskernes domæne, i modsætning til hjemmet, men giver snarere en kontekst som strukturerer arbejdet, så sygeplejerskerne mister kontrollen over tid og rum og får færre muligheder for at planlægge eget arbejde.

Inde i klinikken, der sidder man jo bare og kan ikke selv styre, hvornår de kommer. Pludselig kan der være kø, eller ligesom i dag, hvor der bare ikke har været en skid at lave. Jeg kan meget bedre lide at køre ude i området, så det bliver aldrig mig, der melder mig frivilligt til at have klinikken, men jeg vil gerne være der en gang imellem, det har jeg ikke noget imod. (Lena, hjemmesygeplejerske).

Sygeplejerskerne giver også udtryk for en frygt for, at arbejdet vil miste sin meningsfuldhed og blive mere orienteret mod specifikke sygdomme og dermed mere fragmenteret.

Myndiggørelse af borgerne

Sygeplejerskerne synes at acceptere, at sundhedscentret som en del af rehabiliteringskonceptet ikke kun er et spørgsmål om at give borgerne frihed, ansvar og indflydelse over eget liv, men også om økonomiske ressourcer. Så der er både tale om et tilbud og tvang.

Interviewer: *Jeg formoder, at der er nogle borgere, der ikke anerkender fordelene ved at forlade deres hjem for at gå til Sundhedscenter?*

Jane, teamleder: *I så fald kan jeg gribe ind og sige: 'Dette er vores tilbud, er det sundhedscenter'. Hvis jeg ser, når vi har kigget på de oplysninger om borgerne, at hvis de kan tage bussen til supermarkedet, så kan de også tage bussen til sundhedscentret. Fordi ellers – og nu vil jeg nævne de hårde værdier igen – økonomien simpelthen løber af sporet, og det kan vi ikke forsvare.*

Lederen refererer til det mere overordnede ansvar for den kommunale økonomi, og dermed argumenterer hun for, at borgernes penge bliver brugt på en ansvarlig måde. Hendes personale accepterer disse modsætninger.

Jeg tror, jo mere vi anerkender borgernes egne ressourcer jo bedre .. det er sådan, jeg har valgt at se på det. Jeg ved, at det ikke er lutter godhed; at vi er nødt til at arbejde på denne måde.

(Lisa, hjemmesygeplejerske)

Konsekvensen er, at sygeplejerskerne som frontlinjemedarbejdere ofte placeres i vanskelige og potentielt konfliktfyldte positioner i forhold til borgerne. Det er dem, der skal afgøre, hvilke borgere der bør modtage hjemmesygepleje i hjemmet eller på klinikken. De kan medvirke

til at rehabilitere borgerne ved at henvise dem til sundhedscentret, men måske mod borgernes egen vilje.

Jeg savner lidt nogle procedurer i forhold til – der er en gråzone omkring, hvem der skal komme i centret, hvem vi skal afslutte, og hvem vi skal bede om at klare sig selv. Der dem, som vi er helt sikre på. Men så er der også dem midt i mellem, der kan vi godt blive uenige i sygeplejegruppen også; fordi der er jo forskel på, hvordan vi ser på det, og der kunne jeg godt tænke mig, at der var nogle mere konkrete [retningslinjer]: Hvis det og det er opfyldt, så kan du sige sådan og sådan og sådan, og det er der ikke i øjeblikket. Det er os selv, der skal.

(Lena, hjemmesygeplejerske)

Sygeplejerskerne er således nødt til at håndtere modsætningen mellem at myndiggøre nogle borgere og samtidig agere som dem, der fratager andre borgere deres hjemmesygepleje.

Rehabilitering – nye horisonter, ny faglighed og myndiggørelse?

Denne artikel viser, hvordan rehabilitering understøtter en forandring af eksisterende ideer om hjemmesygepleje og dermed devaluerer den traditionelle professionalisme baseret på omsorgsetik og et holistisk syn på ældre. Den traditionelle tilgang fremlægges som en underkendelse af borgerne, en hindring for virkeliggørelsen af deres potentiale.

Konstruktionen af borgeren som individualiseret (og bemyndiget) har vidtrækkende konsekvenser for relationerne i omsorgsarbejdet. Undersøgelsen viser, hvordan der i det nye paradigme sættes spørgsmålstejn ved centrale elementer af omsorgsarbejdet i denne proces. At vurdere borgerens behov – en af sygeplejerskernes kernekompetencer – fremstilles som at 'opfinde opgaver' med henblik på at opretholde sin egen position som professionel. De tidsmæssige elementer af pleje, som tillader tilstedeværelse sammen med borgeren, udfordres også. Tid diskuteres

Sammenfattende placeres borgerne således som vidende og ressourcestærke. De skal være frie og ansvarlige og derfor ikke afhængige af sygeplejersker

som en ressource som borgeren individuelt skal være i stand til at disponere over for at forfølge sine egne mål, mens tid i relationen med fx sygeplejersken beskrives som en slags tidstyveri. Endelig indebærer idealet om den aktive, ansvarstagende borger, at hjemmet som et sted for pleje devalueres. 'Aktivitet' bliver forbundet med 'mobilitet'; at bevæge sig ud af huset på eget ansvar og med egen plan.

Men skønt rehabiliteringsdiskursen har stor gennemslagskraft i hjemmeplejen, kan der dog både identificeres ambivalenser og modstand. Der argumenteres for eksempel for, at det at udføre arbejdet i hjemmet faktisk skaber et mere ligeværdigt forhold mellem sygeplejersker og borgere, fordi de der er på hjemmebane i modsætning til på sundhedscentret. Desuden indebærer principperne for hverdagsrehabilitering, at man skal vurdere borgernes og hans/hendes netværks potentialer; og kræver det ikke netop den viden om borgeren, som man får ved at besøge ham eller hende i sine egne omgivelser? Endelig udfordres opfattelsen af mødet mellem borger og sygeplejerske i et sundhedscenter som lige. Sundhedscentret er ikke en neutral kontekst; det er de professionelles kontekst.

En ide på rejse

I dette casestudie har jeg set på hjemmeplejen, der som et af flere felter inden for social- og sundhedsområdet berøres af rehabiliteringsparadigmet. Når vi taler om rehabilitering i ældreplejen, foregår de mest omfattende aktiviteter i hjemmeplejen, og her er det SOSU-hjelperne, samt fysio- og ergoterapeuterne, der skal gennemføre den proces, hvorigennem borgerne rehabiliteres.

Rehabiliteringskonceptet tager forskellige former, når det rejser gennem de konkrete kontekster. Det har betydning, at rehabilitering gennemføres efter en lang periode med reformer i sektoren, og det har betydning, at rehabilitering – i lyset af en økonomisk krise – kædes sammen med behovet for besparelser. Det viser dette

studie med al tydelighed. Dette henleder opmærksomheden på, hvordan forståelsen af omsorg og omsorgsrelationer er under opbrud i mødet med idealet om frie og ansvarlige borgere, og kaster lys over de modsætninger og paradokser, som kan opstå.

Note 1

Undersøgelsen er gennemført som led i forskningsprojektet *Psykisk arbejdsmiljø mellem standardisering og selvledelse finansieret af Arbejdsmiljøforskningsfonden*.

Referencer

Bacchi, Carol (2009). *Analysing policy. What is the problem represented to be*. Pearson, Australia.

Dahl, Hanne M. (2005). A Changing ideal of care in Denmark: A different form of retrenchment. In: Dahl, Hanne M. & Tine Rask Eriksen. *Dilemmas of care in the Nordic Welfare State*. Aldershot, UK, Ashgate. p. 47-61.

Dahl, Hanne M. & Rasmussen, Bente (2012). Paradoxes in Elderly care. The Nordic model. In: Anette Kamp & Helge Hvid: *Elderly Care in transition. Management meaning and identity at work. A Scandinavian perspective*. Copenhagen, Copenhagen Business School Press, p. 29-49.

Eskelinen, Leena, Hansen, Eigil B. og Frederiksen, Morten (2006). Fra omsorg til service. Nyorientering i hjemmeplejen via frit valg. *Socialvetenskapligt Tidsskrift* (1) 19-34.

Hagedorn-Rasmussen, Peter & Anita Mac (2007). Historieværkstedets metode. I: Fuglsang, Lars, Hagedorn-Rasmussen, Peter og Poul B. Olsen. *Teknikker i Samfundsvidenskabernes*. Roskilde, Roskilde Universitets Forlag. p. 156-176.

Hansen, E.B., Eskelinen, Leena & Dahl, Hanne M. (2011). *Hjælp til selvhjælp eller service i hjemmeplejen*. København, AKF forlag.

Hjemmehjælpskommissionen (2013). *Fremtidens hjemmehjælp – ældres ressourcer i centrum for en sammenhængende indsats*. Social- og Integrationsministeriet.

Kamp, Anette & Hvid, Helge (2012). *Elderly Care in transition. Management meaning and identity at work. A Scandinavian perspective*. Copenhagen, Copenhagen Business School Press.

Kjellberg, Pia K. Ibsen, Rikke og Jakob Kjellberg (2010). *Fra pleje og omsorg til rehabilitering. Viden og anbefalinger*. DSI Dansk Sundhedsinstitut.

Larsen, Niels S. og Kristian Larsen (2008). *Rehabilitering og motion på recept. Sociologiske perspektiver*. København, Danmarks Pædagogiske Universitetsforlag.

Laclau, Ernesto & Mouffe, Chantal (1985). *Hegemony and socialist strategy*. London, Verso.

Rehabiliteringsforum (2004). *Rehabilitering i Danmark*. Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet. Marselisborgscentret, Århus.

Rose, Nikolas (1999). *Powers of freedom – Reframing political thought*. Cambridge, Cambridge University Press.

Thomas, Robyn and Davies, Anette (2005). Theorizing the micropolitics of resistance: New Public Management and Managerial identities in the UK Public Service. *Organization Studies*, 26 (5) 683-706.

Waldorff, Susanne B, Kristoffersen, Jens & Curtis, Tine (2006). *Sundhedscentre i kommunerne*. Statens Institut for Folkesundhed. <http://www.si-folkesundhed.dk/upload/sundhedscentre.pdf>

Wrede, Sirpa m.fl (red.) (2008). *Care work in crisis. Reclaiming the Nordic ethos of care*. Lund, Studentlitteratur.