

Roskilde Universitet

Sundhedsvæsenets hakkeorden – magt og status i et rehabiliteringsteam

Et Speciale i Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier

Af Amalie Bonde Meilvang og Kristine Hanna Vestergaard Haugan

Vejleder: Louise Søgaard Hansen

Afleveringsdato: 1. juni 2022

Antal anslag: 221.776

Abstract

Title: The hierarchy of healthcare – power and status in a rehabilitation team for home-living elderly.

Background: An aging population has put pressure on the Nordic Welfare State, and the difficulties in recruiting care work professionals has put in place massive strain on the state's ability to provide quality eldercare. In 2008, Fredericia Municipality invented the concept of Everyday Rehabilitation (Hverdagsrehabilitering), where health professionals of various professions work together in helping the elderly stay active. This rehabilitation for the home-living elderly is being prioritized in the municipalities, in the hope of reducing health care expenses and helping the elderly remain self-sufficient late in life. This relatively new way of thinking rehabilitation in every aspect of the life of elderly, stands in contrast to the traditional approach of providing care and compensatory help for the elderly.

Objective: The aim of his thesis is to examine what importance it has for health care professionals, to be working in a rehabilitation team for home-living elderly, in regard to their professional identities and interprofessional collaboration. We thereby seek to investigate what power and status is achieved by the health professionals internally in the team, as well as externally, regarding the traditional health care workers in the social care.

Methodology: The study design of this thesis is a case study. The informant group consists of a nurse, an occupational therapist and two care assistants all working in the same municipality. We use semi-structured interviews and a focus group interview as our methodological approach. As our theoretical foundation, we use Bourdieu's theory about field, capital, and habitus, and Kristian Larsen's understanding of Bourdieu's concepts in a health context. Finally, we use Sine Lehn-Christiansen's view on interprofessional collaboration and professional identity. We used this theoretical foundation to analyze our findings in the empirical study.

Conclusion: The occupational therapists have the highest status in the rehabilitating team, because of their education and their rehabilitating approach. Overall, their professional identity does not change in working with rehabilitation. The care assistants adapt the rehabilitating views of the occupational therapist, and gain status by moving farther away from their traditional approach of compensating care work. The nurses are challenged in the rehabilitating work, where they have difficulties with finding their place in the rehabilitating team. The interprofessional collaboration of the team with the traditional care unit is made difficult by the different views of the two units on care work vs. rehabilitation work and their different working conditions, where the rehabilitations unit has favorable working terms.

Keywords: rehabilitation, home care, professional identity, interprofessional collaboration, working status.

Forord

Kære læser

Dette speciale er et udtryk for en fælles arbejdsindsats fra første overvejelse til sidste punktum. Alle afsnit er gennemarbejdet og redigeret af begge forfattere, og især analysen har omgået flere omskrivninger og redigeringer, hvorfor vi derfor begge er ansvarshavende for denne. For at imødekomme kravet om individualisering, har vi delt afsnittene op, så det fremgår, hvem der er hovedforfatter på de forskellige afsnit. Dette vil fremgå af indholdsfortegnelsen.

Derudover ønsker vi at rette en stor tak til vores case-kommune, som i specialet er anonymiseret. Tak til vores fire informanter som hver stillede op til to forskellige interviews i en ellers travl hverdag. Vi vil ligeledes takke vores nærmeste familier for støtte og opbakning under hele specialeskrivningen.

Endelig vil vi rette en stor tak til vores vejleder, Louise Søgaard Hansen, for et godt samarbejde undervejs i specialeprocessen.

God læselyst!

Amalie Bonde Meilvang og Kristine Hanna Vestergaard Haugan

Indholdsfortegnelse

1	Introduktion (fælles)	6
2	Problemfelt (fælles)	8
2.1	Vores egen forforståelse.....	11
3	Problemformulering (fælles).....	13
4	Historisk kontekst til rehabiliteringsparadigmet (Kristine).....	14
4.1	Rehabiliteringsparadigmets opståen	14
4.2	Konkurrencestatens indflydelse.....	15
4.3	Kommunalreformen i 2007.....	16
4.4	Den spæde opstart til et rehabiliteringsparadigme.....	16
4.5	Definition på rehabiliteringsbegrebet.....	17
4.6	Hverdagsrehabilitering kommer på landkortet	18
5	Professionerne under forandring (Amalie)	20
5.1	Sundhedsprofessionernes opståen.....	20
5.2	Professionernes autoritetstab	21
5.3	Sundhedsprofessionernes fremtid.....	21
6	Historisk baggrund for tværprofessionalisme (Amalie)	23
6.1	Hvordan det tværprofessionelle samarbejde påvirker professionerne	23
7	Videnskabsteoretisk position.....	25
7.1	Hermeneutik (Kristine).....	25
7.1.1	Den filosofiske hermeneutik og den hermeneutiske cirkel	26
7.1.2	Argumentation for valg af hermeneutik	27
7.2	Socialkonstruktivisme kort fortalt (Amalie)	28
7.2.1	Argumentation for valg af socialkonstruktivisme	28
8	Metode.....	30
8.1	Litteratursøgning (Kristine)	30
8.2	Et casestudie (Kristine).....	31
8.3	Det semi-strukturerede forskningsinterview (Kristine)	33
8.3.1	Anonymitet (Kristine).....	34
8.3.2	Gennemførelse af interviews (Kristine)	34
8.4	Det særlige ved et fokusgruppeinterview (Amalie)	35
8.4.1	Fokusgruppeinterview i praksis (Amalie).....	36
8.5	Transskribering (Amalie)	37

8.6	Diskussion af metodevalg (Amalie).....	37
8.7	Etiske overvejelser (Amalie).....	38
9	Teoretiske fundament.....	40
9.1	Bourdieus begreber i relation til kommunal rehabilitering (Kristine)	40
9.1.1	Professioner og hierarkier i sundhedssektoren	42
9.1.2	Argumentation for at anvende Bourdieus teori	43
9.2	Tværfprofessionalisme og professionsidentitet (Amalie).....	44
9.2.1	Når professionskampe opstår	46
9.2.2	Professionsidentitet	47
9.2.3	Professioners A- og B-hold.....	48
10	Analysestrategi (Amalie)	50
10.1	Forskningsstrategi.....	50
11	Analyse.....	52
11.1	Del 1: De sundhedsprofessionelles forståelse af hverdagsrehabilitering (Kristine)	52
11.1.1	Sygeplejersken støtter og vejleder	52
11.1.2	Hjælp til selvhjælp.....	54
11.1.3	Ergoterapeuten putter hænderne i lommen	55
11.1.4	Delkonklusion.....	56
11.2	Del 2: Hierarkier og professionsidentiteter i rehabiliteringsteamet (Kristine).....	57
11.2.1	Møghamrende dygtige.....	57
11.2.2	Nyt rehabiliteringskoncept skaber en ny professionsidentitet.....	58
11.2.3	Sygeplejerskens professionsidentitet i et hverdagsrehabiliteringsteam.....	59
11.2.4	Ergoterapeuten er hverdagsrehabiliteringens dronning	60
11.2.5	Er rehabiliteringsteamet domineret af et fagligt perspektiv?	62
11.2.6	Når faggrænser udviskes.....	63
11.2.7	Træningsopgaver giver status.....	65
11.2.8	Tværfprofessionelt samarbejde styrker monofagligheden.....	66
11.2.9	Specialist eller generalist	67
11.2.10	Delkonklusion.....	69
11.3	Del 3: Det tværfprofessionelle samarbejde med hjemmeplejen (Amalie)	70
11.3.1	Rehabiliteringsteamets syn på hjemmeplejen.....	70
11.3.2	Hvad mon "de" tænker om "os"?	72
11.3.3	Tid bliver et udtryk for kapital i sundhedsfeltet	74

11.3.4	Dilemma mellem selvstændighed og udbredelse af hverdagsrehabilitering	76
11.3.5	Et rehabiliteringsteam der lukker sig om sig selv	77
11.3.6	Hierarki mellem temaet og plejen	78
11.3.7	Delkonklusion.....	79
12	Diskussion af fund (Amalie)	80
12.1	Ergoterapeutens status i teamet	80
12.2	Sygeplejerskens status i teamet	81
12.3	Professionernes indbyrdes statusforhold.....	83
12.4	Det tværprofessionelle samarbejde med hjemmeplejen	86
12.5	Udviskning af faggrænser og en stærk professionsidentitet	86
13	Konklusion (fælles).....	88
14	Perspektivering (Kristine).....	90
15	Litteraturliste	92
16	Bilagsoversigt	96

1 Introduktion

Med dette speciale ønsker vi at undersøge, hvorledes de sundhedsprofessionelles professionsidentitet og arbejdsopgaver gradvist skifter karakter i et ældreområde i hastig forandring. Et område, der i tiltagende grad præges af et rehabiliteringsparadigme, med fokus på den aktive og selvhjulpne ældre, og hvor det tværprofessionelle samarbejde har en stor opmærksomhed. Vi er ligeledes interesseret i hvordan mødet, mellem forskellige faglige forståelser og strukturelle vilkår, udfolder sig i en rehabiliteringstilgang omkring den ældre, hjemmeboende borger.

Ældreområdet, og herunder den rehabiliterende tankegang, er et spændende felt at belyse, da vi ser, at det er på ældreområdet, at et af de helt store velfærdsslag skal udkæmpes. Måden hvorpå vi løser ældreplejens udfordringer, vil få en definerende betydning for, hvordan vores velfærdssystem og forståelsen af velfærd kommer til at se ud i fremtidens Danmark.

Demografien i Danmark gør, at antallet af ældre over 80 år vil stige fra 225.000 i 2007 til 344.000 i 2025, og for hvert eneste år der går fra midten af 2025 og frem, vil der årligt komme mellem 15-20.000 flere ældre over 80 år (Danske regioner, 2019). Samtidig er antallet af ansøgere til velfærdsuddannelser i frit fald, så der er færre til at yde omsorg i fremtiden. I sommeren 2021 kunne man bl.a. se det laveste antal ansøgere på sygeplejestudiet siden 2013 (Tram, 2021). En fristende løsning herpå er at oplære de ældre til at være selvhjulpne længere, og derved at spare penge og arbejdstimer for de hårdt trængte velfærdsprofessionelle. I rapporten: "Kortlægning af kommunernes erfaringer med rehabilitering på ældreområdet" beskrives det, hvorledes der kan opnås en reduktion af forbrug af hjemmeplejeydelser på omkring 10-13% efter implementering af hverdagsrehabilitering i kommunerne (Kjellberg, Hauge-Helgestad, Madsen & Rasmussen, 2013a: 51).

Med rehabiliteringstilgangen i ældreplejen ligger fokus på den medansvarlige og aktive borger, hvilket vi også ser som idealet for borgeren helt generelt i vores samfund. Rehabiliteringstilgangen, som hurtigt har indfundet status i tilgangen til ældre, har samtidigt været med til at usynliggøre og skubbe den traditionelle pleje- og omsorgstilgang i baggrunden (Hansen & Kamp, 2018: 70). Det forventes, at rehabiliteringstilgangen vil få en endnu større betydning for ældreplejen i fremtiden, da fokus på den aktive og ansvarlige borger synes at være kommet for at blive (Bødker & Glasdam, 2021). Vi er derfor i dette speciale interesseret i hvad paradigmeskiftet, fra omsorgstilgangen til den rehabiliterende tilgang, vil få af betydning for de sundhedsprofessionelle, der arbejder med rehabilitering.

Vores oplevelser fra egne sundhedsprofessionelle erfaringer, som hhv. fysioterapeut og sygeplejerske, vidner om en helt generel opprioritering af hverdagsrehabilitering på ældreområdet. Begrebet *hverdagsrehabilitering* opstod gennem et øget fokus på rehabilitering blandt ældre, som et løsningsforslag på en aldrende befolkning, som i fremtiden vil medføre et stigende behov for ældrepleje. Formålet med hverdagsrehabilitering er, at det skal hjælpe og støtte en borger til at genvinde en tidligere funktionsevne, som kan bidrage til, at borger kan blive så selvhjulpne som muligt (Wulff, 2017).

Vi mener, at en undersøgelse af rehabilitering i ældreplejen er højaktuelt og har en samfundsmæssig relevans. Statsminister Mette Frederiksen benyttede emnet som et højdepunkt i hendes nytårstale, da hun påtalte behovet for en gennemgående forandring på ældreområdet. Hun foreslår i talen, at tavlen skal viskes ren, og at en helt ny ældrelov skal udformes. Det overordnede budskab var, at ældreplejen skulle igennem en gennemgribende afbureaukratisering, og at der skulle gives mere råderum tilbage til medarbejderne (Statsministeriet, 2022). Disse udtalelser ser vi som statens forsøg på at modarbejde en tendens med, at sundhedsmedarbejdere opsiges deres stillinger eller i sidste ende skifter erhverv pga. dårlige arbejdsvilkår.

Vi ser ældreområdets udfordringer og potentielle løsninger som et højaktuelt samfundsrelevant emne at dykke ned i, da den måde vi som samfund vælger at løse ældreplejens fremtidige problemer på, kommer til at få afgørende betydning for hvilket velfærdssamfund vi går i møde.

2 Problemfelt

I følgende afsnit ønsker vi at beskrive nogle nedslagspunkter, som har relevans for den forandring, der er sket på ældreområdet; Både belyst med afsæt i konkurrencestatens paradigme og hvilken betydning det kan have for de sundhedsprofessionelle professionsidentiteter og det tværprofessionelle samarbejde. Afsnittet leder os hen i specialets problemafgrænsning, hvor vi ønsker at være tydelige omkring vores egne roller i feltet og vores egne forforståelser. Dette munder til sidst ud i specialets problemformulering.

Vi ønsker at belyse de forandringer, de sundhedsprofessionelle står overfor i disse tider, gennem professor Ove Kaj Pedersens beskrivelser om hvordan staten og de offentlige institutioner har tilpasset sig konkurrencestatens samfundsøkonomiske forestilling (Pedersen, 2011: 12, 206). De offentligt ansatte skal arbejde så produktivt og effektivt som muligt, og de skal være konkurrencedygtige i forhold til de private virksomheder. Tidligere opnåede staten legitimitet gennem borgerens medbestemmelse og inddragelse, men i konkurrencestaten skal borgeren i højere grad tage ansvar for eget liv og sundhed, og sundhedsvæsenet skal agere proaktivt i modsætning til reaktivt, når det gælder befolkningens sundhed (Beedholm & Frederiksen, 2015: 156). Dette betyder, at fokus skal være rettet mod at forebygge forværring i borgerens sygdomsforløb, med bl.a. det formål at undgå indlæggelser, og at borgeren skal kunne klare sig selv i eget hjem, i det omfang det kan lade sig gøre.

Vi ser en overordnet forandring indenfor ældreplejen, med det der forventes og efterspørges blandt de professionsuddannede og social- og sundhedsassistenterne (SOSU-assistenterne). Ifølge en dansk artikel "Ældrepleje i forandring - fra pleje og omsorg til ansvarliggørelse og hjælp til selvhjælp", sker der i disse år en forskydning af sundhedsprofessionens hierarkier (Bødker & Glasdam, 2021: 85). Disse forandringer i de sundhedsprofessionelles hierarkier tager afsæt i velfærdsstatens delvise transformation til konkurrencestat. Sundheds- og sygeplejefaget er under grundlæggende forandring, idet velfærdsstatens værdier, såsom solidaritet, omsorg for de svageste og lighed for alle i forhold til sundhed og uddannelse, er blevet udfordret af konkurrencestatens menneskesyn. Et menneskesyn der tager afsæt i, at den enkelte er ansvarlig for eget liv. Netop disse forandringer har betydning for sundhedsprofessionerne, idet deres samfundsmæssige prestige og magt er blevet svækket (Beedholm & Frederiksen, 2015: 153). I dette opstår også forandringer i professionernes professionsidentiteter. Vi har i dette speciale valgt at forstå begrebet professionsidentitet som noget konstant foranderligt, ved at professionsidentitet dannes og forandres gennem alle de sammenhænge vi indgår i (Lehn-Christiansen, 2016: 107-113). Professionsidentitet er dermed ikke noget statisk som vi fødes med, men noget der opstår i et relationelt samspil i en given kontekst.

I artiklen "Professioner og værdier i bevægelse – når målet er det aktive patientskab" påpeges det, hvordan velfærdsstatens delvise transformation til konkurrencestat er et vilkår, som kommer til udtryk i forhold til sundhedsprofessionerne. Her beskrives det, at sundhedsprofessionerne på makroniveau er under forandring, og deres magt i samfundet er svækket. Dette betyder et tab af status og anerkendelse for professionerne (Beedholm & Frederiksen, 2015: 159). På mikroniveau er det relationelle forhold mellem borger og professionel ændret til, at man støtter borgeren til at kunne klare så meget som muligt, hvor man tidligere ydede mere kompenserende støtte hos borgeren (Beedholm & Frederiksen, 2015: 159). Det er dermed både på et samfundsniveau og i en borgernær kontekst, at professionerne undergår forandring. Der ses en svækkelse af professionernes autonomi, position og magt, som kan ses igennem en øget politisk styring af hele den offentlige sektor, hvor der opleves et stigende dokumentationskrav til de sundhedsprofessionelle. De sundhedsprofessionelles råderum til at tilrettelægge arbejdet selv, bliver udfordret af effektiviseringskrav, kvalitetsmodeller og akkreditering, hvilket påvirker professionernes professionsidentitet og faglighed (Beedholm & Frederiksen, 2015: 159). Vi har begge oplevet hvorledes vores (mono)faglige vurdering og uddannelsesmæssige forståelse måtte træde til side til fordel for dokumentationskrav og fastlagte afkrydsningsskemaer. Vi har været vidne til at det har haft højere prioriteret at dokumentere end at bruge tid på samtalen med patient/borger. Den sundhedsprofessionelles rolle handler i højere grad om at motivere og styrke borgeren i at tage vare på sig selv, hvor det tidligere handlede om, at den sundhedsprofessionelle tog vare på borgeren (Beedholm & Frederiksen, 2015: 162-163). Der sker altså et skift i disse år fra omsorg og pleje til træning og medansvar, hvor hensigten bl.a. er, at borgeren skal gøres mindre afhængig af plejepersonalet. Dette er også formålet med rehabilitering; At borgeren i højere grad skal kunne klare sig selv, og dermed få et mere selvstændigt og aktivt liv (Social- og Indenrigsministeriets Benchmarkingenhed, 2019).

I vores arbejde med at klarlægge problemfeltet, fik vi bekræftet, at hele rehabiliteringstilgangen er bundet op på en vision om et tæt samarbejde på tværs af professionerne. Tanken om tværprofessionelt samarbejde er født af et ønske om en generel politisk og styringsmæssig forandring af hele professionsforståelsen i samfundet (Gulløv, 2017: 7). Erfaringer fra vores mangeårige arbejdsliv i sundhedssektoren giver os en forståelse af, at tværprofessionelt samarbejde ses som et generelt buzzword i mange afkroge af sundhedssystemet. Der ses en meget ivrig brug af tværprofessionalisme, som løsning på velfærdsproblemer (Lehn-Christiansen, 2016: 45-65). Vores oplevelser fra praksis har været, at tværprofessionelt samarbejde ofte er blevet brugt i forbindelse med en vision om at skabe mere sammenhæng i patient- borgerforløb, men at det også bliver brugt som en begrundelse for at få professioner til at udføre opgaver udenfor deres monofaglighed, når en arbejdsgiver har behov for det.

Ikke alene synes de sundhedsprofessionelles relation til borgeren at være under forandring. De gammelkendte arbejdsområder synes at blive mere løse, og det kan forventes at give identitetsproblemer og interne gnidninger; Ifølge forskeren John Matthias Gulløv er det vigtigt at forstå, at professionerne er i opbrud og under gennemgribende forandring (Gulløv, 2017: 7). Der er altså ikke en fastforankret plads for de forskellige professionsbachelorere i sundhedssektoren, som vi ellers kender det fra de mere traditionelle professioner som f.eks. læge og advokat. Dette skyldes bl.a. at professionsbachelorernes faglighed i varierende grad overlapper hinanden på flere områder. Her tænker vi bl.a. på sygeplejerskers profession overfor SOSU-assistenters samt fysioterapeuters og ergoterapeuters professioner overfor hinanden. Ovennævnte fagområder har mange fællestræk, og der er dermed grobund for indbyrdes magtkampe om videns- og behandlingsområder på tværs af professionerne. Parallelt med disse potentielle indbyrdes magtkampe på tværs af professionerne, forventes det i stadigt stigende grad, at professionerne arbejder tværfagligt i løsningen af store dele af deres arbejdsopgaver. Vi har derfor et ønske om at undersøge hvilken betydning det tværprofessionelle samarbejde internt i et rehabiliteringsteam og eksternt med andre samarbejdspartnere har for professionernes professionsidentitet.

I et rehabiliteringsteam vil der som ofte indgå SOSU-assistenters, terapeuter og sygeplejersker. I en norsk artikel "Helsefagsarbejderes erfaringer med hverdagsrehabilitering" fremgår det, at SOSU-assistenters traditionelt set har haft en "hjælperolle" i sundhedsvæsenet, men i arbejdet med rehabilitering bevæger SOSU-assistenternes sig i disse år væk fra en hjælpekultur til en mestringskultur, hvor de i overført betydning oplever, at de skal arbejde med hænderne på ryggen. Dette udfordrer SOSU-assistenternes i, at omsorg ikke nødvendigvis er at hjælpe borgeren aktivt, men at de i højere grad skal indtage en vejledende rolle (Prokofyeva & Krohne, 2020: 2-4). I takt med at vi har udvidet vores viden om rehabiliteringens udfordringer, har overgangen fra pleje og omsorg til træning og rehabilitering gået igen mange gange i litteraturen med det overordnede fokus, at SOSU-assistenternes skal vænne sig til en ny kultur. SOSU-assistenternes i et tværfagligt hverdagsrehabiliteringsteam, arbejder sammen med andre faggrupper, herunder sygeplejersker, ergoterapeuter og fysioterapeuter. I den norske artikel beskrives det, at den tværfaglige kompetence i teamet er meningsfuld, idet fysioterapeuten ofte har fokus på det fysiske genoptræningsbehov og SOSU-assistenternes mere er optaget af f.eks. ernæringsstatus. Dog udtrykker SOSU-assistenternes en vis frustration over, at de er de eneste i den tværfaglige gruppe som ikke er uddannet på bachelorniveau. De føler sig ikke ligeværdige med de højere rangerede faggrupper, og i nogle tilfælde har SOSU-assistenternes svært ved at bidrage med deres faglighed og kendskab til borgeren på samme vilkår som deres kollegaer (Prokofyeva & Krohne, 2020: 7). I dansk forskning ses der ligeledes en

tydelig fordeling af rollerne, hvor terapeuterne indtager den højeste position som faggruppe, der fordeler og leder arbejdet. Sygeplejersken har hovedsagelig fokus på medicinen, og SOSU-assistenterne udfører opgaverne, som pålægges af terapeut og sygeplejerske (Bødker & Glasdam, 2021: 85). I rehabiliteringsteams, som har denne ovenfor beskrevet opbygning, har SOSU-sassistenten lavest status. Dette hierarki antager vi kan udfordre samarbejdet imellem sundhedsprofessionerne.

2.1 Vores egen forforståelse

Vores interesse i området er opstået gennem vores mangeårige arbejde som hhv. sygeplejerske og fysioterapeut i både primær- og sekundærsektoren.

Vores forforståelse, herunder de antagelser vi havde om feltet inden specialets opstart, har haft en betydning for, hvordan vi har valgt at belyse problemfeltet. Begrebet forforståelse stammer fra hermeneutikken og bliver defineret og udfoldet i specialets videnskabsteoretiske afsnit. I specialets opstartsfase gjorde vi os overvejelser, som omhandlede hvilke tanker, erfaringer og fordomme vi havde omkring hverdagsrehabiliteringstilgangen. Vi opfattede hverdagsrehabilitering som politikernes og kommunens forsøg på at spare penge på ældreområdet, og at det dertil var et udtryk for en generel sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende tendens, vi ser i sundhedsvæsnet i disse år. Vi havde et billede af, at hverdagsrehabilitering havde til formål at hjælpe den ældre med at få autonomi og selvstændighed i eget liv. Vi mente, at hverdagsrehabilitering, for den professionelle, handlede om at træne den ældre op til at varetage hverdagsrelaterede opgaver. Derudover så vi at den professionelle opgave var at sætte den ældre i kontakt med kommunale instanser (f.eks. Aktivitetscentre), eller private aktører (f.eks. Ældresagen), når hverdagsrehabiliteringsforløbet skulle afsluttes, i et forsøg på at undgå at den ældres funktionsniveau faldt, når det tidsafgrænsede forløb blev afsluttet. Det var med denne forståelse af feltet, at vi opstartede vores litteratursøgning.

Det faktum, at vi bringer forskellige forståelser fra vores respektive sundhedsprofessioner med ind i feltet, med hhv. et sygeplejefagligt- og fysioterapeutisk perspektiv, har bragt spændende diskussioner og forskelligartede perspektiver på banen. Vi ser det som en styrke at vi begge, inden specialets opstart, havde en forståelse af rehabilitering. I den sammenhæng er det vigtigt for os at nævne, at Amalie tidligere har arbejdet som fysioterapeut i et hverdagsrehabiliteringsteam, og dermed har en forforståelse fra praksis af hvilke muligheder og udfordringer, der kan opstå i arbejdet med rehabilitering, og at hendes tidligere tilhørsforhold til rehabiliteringstilgangen påvirker hendes forståelse af feltet. Kristine er

uddannet sygeplejerske og har mange års erfaring både fra primær- og sekundærsektoren. Hun har ikke direkte arbejdet med rehabiliteringsbegrebet i ældreplejen og hendes forståelse af rehabiliteringsbegrebet omhandler sygeplejefaglige problemstillinger i forhold til at patienter og borgere skal genoptage hverdagslivet efter akut og kronisk sygdom.

Det der særligt har optaget vores interesse er, hvilken betydning det har, for de forskellige aktører, at arbejde i et rehabiliteringsteam. Derudover er vi interesseret i, hvordan en tilfældig kommune har organiseret sig, idet vi ved, fra egne erfaringer, at ikke to kommuner udfører hverdagsrehabilitering ens. Vi er ligeledes nysgerrige på, om et rehabiliteringsteam er styret af et særligt fagligt perspektiv, og om de forskellige professioner oplever at skulle gå på kompromis med deres faglighed. Derudover er vi også interesseret i, hvorledes rehabiliteringstilgangen særligt påvirker de faggrupper, der tidligere har arbejdet ud fra en pleje- og omsorgstilgang. Her tænker vi særligt på SOSU-assistenten og sygeplejersker.

Vi har valgt at arbejde med ovenstående problemfelt da vi, som tidligere nævnt, mener det har stor samfundsmæssig relevans. Dertil ser vi også en akademisk relevans, da hverdagsrehabilitering er et relativt nyt område, som har brug for at blive belyst yderligere. Vi ønsker med dette speciale ikke at producere generaliserbar viden, men vi ønsker at forstå og fortolke hvad der sker, når sundhedsprofessionelle, med forskellige fagligheder, adapterer rehabiliteringsparadigmet, som i vores specifikke kontekst er kommunal hverdagsrehabilitering. Vi ønsker at få indblik i nogle af de personodynamikker og tendenser, der opstår blandt sundhedsprofessionelle, i en tilfældigt udvalgt kommune, når de arbejder ud fra et lovkrav om at skulle tilbyde hverdagsrehabilitering.

Ovenstående problemfelt har ledt os frem til følgende problemformulering:

3 Problemformulering

Hvilke betydninger har arbejdet i et hverdagsrehabiliteringsteam for de sundhedsprofessionelles professionsidentiteter og for deres tværprofessionelle samarbejde?

Ud fra ovenstående problemformulering ønsker vi at undersøge de sundhedsprofessionelles forståelse af at arbejde med hverdagsrehabilitering. Vi er ligeledes interesseret i hvilken betydning det har for de sundhedsprofessionelles professionsidentitet at arbejde i et hverdagsrehabiliteringsteam på både et monofagligt og et tværfagligt niveau. Derudover er vi en interesseret i at opnå indsigt i de indbyrdes relationer i hverdagsrehabiliteringsteamet, herunder hvilken magt og status de sundhedsprofessionelle opnår i forhold til hinanden internt i teamet. Vi ønsker også at få indsigt i dynamikker og magtrelationer der opstår i det tværprofessionelle samarbejde med hjemmeplejen.

Til at få indsigt i ovenstående problematikker har vi valgt at lave et casestudie, hvor vi interviewer sundhedsprofessionelle som arbejder med hverdagsrehabilitering. Casestudiets design vil blive uddybet i specialets metodeafsnit.

4 Historisk kontekst til rehabiliteringsparadigmet

I afsnittet nedenfor vil vi opridsse hvilke samfundstendenser og paradigmer i sundhedssektoren, der har ledt frem til det rehabiliteringsparadigme, vi ser på ældreområdet i dag. Vi vil dertil beskrive hvorledes rehabiliteringsparadigmet opstod i den danske ældrepleje, og hvilken forståelse der ligger i rehabiliteringsbegrebet.

4.1 Rehabiliteringsparadigmets opståen

I bogen *Professioner under pres: Status, viden og styring* beskriver forsker Jens Erik Kristensen hvordan de velfærdsprofessionelle, der bl.a. indbefatter sygeplejersker, ergoterapeuter, pædagoger og socialrådgivere, historisk set har haft et godt samarbejde med staten. Et samarbejde der var præget af tillid til professionernes faglighed og autonomi i opgaveløsningen. Dette samarbejde har ændret karakter siden 1980- og 1990'erne, hvor velfærdsstaten, via det nye styringsparadigme New Public Management (NPM), gennemgik store strukturelle ændringer med fokus på at begrænse udgifter og derigennem effektivisere velfærdsstaten (Kristensen, 2014: 165). NPM er en fællesbetegnelse for flere tiltag i forhold til effektivisering, smidiggørelse og brugerorientering af den offentlige sektor. Strategien med NPM var, via markedslignende mekanismer, at opnå større effektivitet i opgaveløsningerne i den offentlige sektor (Andersen & Bak, 2020: 175). Med NPM skulle den offentlige sektor omskabes gennem intern konkurrence i og mellem institutionerne, stærk ledelse og personale styring, hvor fokus skulle være på resultatmål og økonomiske parametre (Dybbroe, 2018: 211-212). NPM havde kort sagt til formål at gøre op med den offentlige sektors ineffektivitet og skulle ses som et brugerservicesystem, hvor borgerne fik større indflydelse og ansvar (Kristensen, 2014: 176). Dette nye styringsparadigme stillede nye krav til medarbejderne, fordi nye typer opgaver skulle udføres udover professionernes vigtige faglige opgaver. Der blev øget fokus på dokumentation, og nye metoder og arbejdsgange skulle udvikles, og den enkelte medarbejder blev i endnu højere grad stillet til ansvar for kvaliteten af det udførte arbejde (Dybbroe, 2018: 211-212). NPM-tilgangen krævede forandring i hele den offentlige sektor herunder også på ældreområdet. Med NPM-bølgen kom der et øget fokus på den ældres egne ønsker og mål for plejen samt den ældres eget ansvar for egen sundhed (Bødker & Glasdam, 2021: 84). Dermed måtte både borgeren og den professionelle undergå forandring, for at passe ind i NPM modellens krav. Gennem strukturelle ændringer med nye styrings- og ledelsesformer er professionerne blevet mødt af ændrede krav, nye arbejdsgange og stærkere styring oppefra med det overordnede fokus at mindske ressourceforbrug og øge produktivitet og krav om evidensbaseret sundhed (Kristensen, 2014: 165). Som følge af NPM-bølgen

skulle professionerne ændre karakter, og de blev underlagt en mere udtalt hierarkisk styring samt overvågning og kontrol, end de tidligere havde været vant til (Kristensen, 2014: 177). Tidligere havde velfærdsprofessionernes professionsidentitet og faglighed været præget af kultur og traditioner og ikke i lige så høj grad af videnskabelig viden. Men efter institutionsreformerne, der skabte professionsuddannelserne, blev der fokus på evidensbaseret viden og effektivisering. Målet var at gøre behandling og ydelser ens på landsplan (Kristensen, 2014; Gulløv, 2017: 7).

4.2 Konkurrencestatens indflydelse

Kristensen beskriver at et af konkurrencestatens mål er at gøre Danmark til en global konkurrencedygtig nation (Kristensen, 2014: 167). Velfærdsstaten er i løbet af de forgange 20 år blevet transformeret fra en velfærdsstat til en national konkurrencestat, og dette har unægteligt ændret hele tilgangen til velfærdspolitikken og herunder velfærdsprofessionernes status og roller (Kristensen, 2014: 178). Ord som kvalitetsstandarder, evalueringer og certificeringer påvirker den professionelles autonomi og faglighed, og de professionelle underlægges et styringsparadigme, der bygger på overvågning, kontrol og dokumentation (Kristensen, 2014: 166). Vores erfaringer fra sundhedsområdet bekræfter Kristensens påstande om et system præget af standarder, og hvor vi, som sundhedsprofessionelle, er blevet begrænset i vores faglighed og autonomi gennem tidsstyring, standarder og afkrydsningslister.

Professionsforståelsen har også gennemgået store forandringer, hvor konkurrencestaten har stillet andre krav til professionerne end hvad velfærdsstaten gjorde. Med velfærdsstaten havde professionerne relativt monopol og stor indflydelse, men med konkurrencestaten bliver professionernes faglighed, selvforståelse og identitet ændret. Her ønskes det, at velfærdsprofessionerne fremadrettet, i langt højere grad, skal følge detaljerede målformuleringer og i mindre grad baseres på professionsspecifikke værdier og holdninger (Kristensen, 2014: 168-169). Sagt på en anden måde skal professionerne stå mindre stærkt på deres egen professionsidentitet og i stedet følge styringen oppefra i samarbejde med andre professioner. Man kan her tale om den "postmoderne professionelle", som karakteriseres ved bl.a. fleksibilitet, tværfaglig integration og teamsamarbejde. Med den "postmoderne professionelle" er der ikke længere en ære i eneret på faglighed, bestemte specialiseringer eller professionsidentiteter (Kristensen, 2014: 184). Samarbejde og fleksibilitet er buzzwords for nutidens professionsuddannede. Velfærdspolitikken, herunder rehabiliteringstilgangen på ældreområdet, har nu til formål at bidrage til mobilisering, aktivering og optimering af arbejdsstyrken med det overordnede mål, at vi skal forblive arbejdsduelige så længe som muligt (Kristensen, 2014: 182).

4.3 Kommunalreformen i 2007

Nutidens sundhedssystem er dybt præget af NPM-tilgangen og konkurrencestatens indtog. Men yderligere opstod der, med kommunalreformen fra 2007, markante forandringer i store dele af sundhedssystemet. Med kommunalreformen fik kommunerne en større rolle på sundhedsområdet, og der kom en øget opmærksomhed på rehabilitering og genoptræning ude i kommunerne (Gamborg, 2011: 4), da mange velfærdsopgaver blev flyttet fra de såkaldte amter og ud i kommunerne. Hele sundhedssystemet gennemgik i den sammenhæng en stor forandring da mange opgaver, der tidligere blev varetaget af hospitalerne, rykkede ud i kommunerne (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2005). Kommunerne fik hovedansvaret for genoptræning, forebyggelse og sundhedsfremmende indsatser for borgeren, og opgaverne skulle integreres med kommunens øvrige opgaver og gerne i borgerens nærmiljø (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2005: 22). Ældreplejen var et af kommunens ansvarsområder allerede før Kommunalreformen, men da genoptræningen rykkede ud i kommunalt regi, blev tilgangen til træning i nærmiljøet lettere tilgængeligt for den ældre borger i eget hjem. Dette medførte et øget fokus på genoptræningspotentialer hos den ældre borger, og i samme periode opstod tankerne om et rehabiliteringspotentialer hos den hjemmeboende ældre borger.

4.4 Den spæde opstart til et rehabiliteringsparadigme

I 2007 afholdte FOA et ældretopmøde med det formål at finde en løsning på fremtidens udfordringer med det stigende antal ældre og det dertilhørende forøgede plejebestanden, samt et støt faldende antal arbejdsduelige borgere. På dette topmøde samledes eksperter, praktikere og borgere for at skabe en konstruktiv debat og forsøge at klarlægge nogle mulige løsningsforslag på de udfordringer man så, at ældreplejen gik i møde (Kjellberg, Kjellberg & Ibsen, 2013: 4).

Siden 1980'erne havde man benyttet sig af mantraet *Længst muligt i eget hjem*. Her stillede man mod, at den ældre skulle blive i egen bolig så længe som mulig, men med topmødet i 2007 opstod der et nyt mantra, der lød at borgeren skulle være *Længst muligt i eget liv* (Kjellberg et al., 2013b: 4). Hvor mantraet fra 1980'erne betød, at den ældre skulle blive i egen bolig så længe som muligt - med kompenserende hjælp - stillede det nye mantra mod en borger, der forblev selvhjulpent så længe som muligt. Ældreplejen havde siden slutningen af 1960'erne gennemgået stor udvikling, hvor den ældre, som alternativ til at komme på plejehjem, skulle blive i stand til at forblive i egen bolig med hjælp fra kommunen (Kjellberg et al., 2013b: 4). I perioden fra 1960'erne frem til 2007 var ældreplejen præget af, hvad man kan kalde et omsorgsparadigme, men efter ældretopmødet i 2007 opstod tankerne om et nyt, såkaldt,

rehabiliteringsparadigme. Dette skulle vise sig at medføre et paradigmeskift i ældreplejen, som gik fra et fokus på pleje og omsorg til et fokus på træning og rehabilitering (Kjellberg *et al.*, 2013b: 4). Denne rehabiliterende tilgang gennemsyrrer hele ældreplejeområdet i nutidens sundhedsvæsen.

4.5 Definition på rehabiliteringsbegrebet

I foråret 2022 udkom en opdateret version af *Hvidbog om rehabilitering* fra Rehabiliteringsforum Danmark (Kjeldsen, 2022). Originalversion stammede fra 2004, men i både forskningsmiljøer og ude i praksis har der i flere år været efterspurgt en ny opdateret definition på rehabiliteringsbegrebet, som er tilpasset nutidens behov (Ergoterapeutforeningen, 2021). Den nye definition på begrebet lyder således:

Rehabilitering er målrettet personer, som oplever eller er i risiko for at opleve begrænsninger i deres fysiske, psykiske, kognitive og/eller sociale funktionsevne og dermed i hverdagslivet. Formålet med rehabilitering er at muliggøre et meningsfuldt liv med bedst mulig aktivitet og deltagelse, mestring og livskvalitet. Rehabilitering er en samarbejdsproces mellem en person, pårørende, professionelle og andre relevante parter. Rehabiliteringsindsatser er målrettede, sammenhængende og vidensbaserede med udgangspunkt i personens perspektiver og hele livssituation. (Kjeldsen, 2022).

Ifølge den opdaterede version af begrebet, er formålet med rehabilitering at muliggøre et meningsfuldt liv for borgeren. Dette gennem et rehabiliterende arbejde hos den ældre der har begrænsninger, som både kan være af fysisk, psykisk, kognitiv og social karakter. Der er med denne definition af rehabilitering fokus på hele borgerens livssituation. Rehabilitering skal ske i et samarbejde mellem borger, pårørende, professionelle og andre samarbejdspartnere. Næstformand i Dansk Sygeplejeråd, Dorthe Boe Danbjørg, vurderer, at der med denne nye definition kommer mere bredde ind i rehabiliteringsbegrebet, og at hun nu ser frem til at den nye definition omsættes til handling ude i praksis (Kjeldsen, 2022). Da den nye definition udkom efter vores empiriindsamling, har vi ikke haft mulighed for at få informanternes udsagn omkring den nye definition på rehabilitering.

4.6 Hverdagsrehabilitering kommer på landkortet

Begrebet *hverdagsrehabilitering* blev opfundet af Fredericia Kommune i 2008 ved opstarten af projektet *Længst muligt i eget liv*. Hverdagsrehabilitering skulle forsinke borgernes opstart af hjemmepleje gennem en terapeutfaglig indsats. Begrebet hverdagsrehabilitering var rettet mod borgere over 65 år, som endnu ikke modtog ydelser fra kommunen. Når den enkelte borger søgte om hjælp hos kommunen første gang, skulle vedkommende gennemgå et hverdagsrehabiliteringsforløb med det formål, at borgeren forblev selvhjulpnen så længe som muligt, og dermed udskød eller mindskede behovet for hjælp. Fredericia Kommune valgte at opfinde begrebet om hverdagsrehabilitering, da de ønskede at: *”beskrive en indsats, der skulle rehabilitere borgeren til hverdagen ved en indsats i hverdagen leveret af hverdagens personale* (Kjellberg *et al.*, 2013b: 4). Det var altså hverdagsaktiviteter der, i et samarbejde mellem fagperson og borger, skulle afprøves og trænes med en hverdagsrehabiliteringstilgang.

Ved opstarten af Fredericia Kommunes projekt *Længst muligt i eget liv* i 2008 blev det besluttet, at 1/3 af alle borgere, der ansøgte om hjemmepleje, skulle deltage i hverdagsrehabilitering (Kjellberg *et al.*, 2013b: 4). Dette tal er nu oppe på af 80% af alle hjemmehjælpsansøgere (Bødker & Glasdam, 2021: 85). Tilbuddet skulle varetages af et hverdagsrehabiliteringsteam bestående af sygeplejersker, terapeuter, SOSU-assistenten og SOSU-hjælperen. Når borgeren havde opnået sit endelige rehabiliteringspotentiale, blev han vurderet som selvhjulpnen, eller alternativt overgik borgeren til den almindelige hjemmepleje, hvis der fortsat var et behov for hjælp (Kjellberg *et al.*, 2013b: 4). Formålet var at sundhedsprofessionelle, i hverdagsrehabiliteringsteamet, skulle støtte og hjælpe borgeren med at varetage opgaverne i hjemmet selv. Dermed var ønsket også at gå væk fra den almindelige plejetilgang, hvor man løste opgaverne for borgeren og ikke sammen med borgeren (Kjellberg *et al.*, 2013b: 6). Dette projekt blev startskuddet til rehabiliteringsparadigmet på ældreområdet, og et skifte væk fra omsorgsparadigmet.

Fredericia Kommune var frontløbere for rehabiliteringstendensen og med projektet *Længst muligt i eget liv* fandt man, at der var et signifikant mindre forbrug af kommunale serviceydelser gennem brugen af hverdagsrehabilitering (Kjellberg *et al.*, 2013b: 6). Da man fandt, at der kunne opnås besparelser på ældreplejen gennem rehabilitering, gik kommuner over hele landet i gang med at etablere hverdagsrehabilitering i ældreplejen. Siden 1. januar 2015 har det været lovpligtigt at kommunerne skulle tilbyde rehabilitering til alle borgere, inden vurderingen af en borgers behov for hjemmepleje kunne udføres (Social- og Indenrigsministeriets Benchmarkingenhed, 2019).

Dette er gældende efter serviceloven § 83 a, hvor der står:

Kommunalbestyrelsen skal tilbyde et korterevarende og tidsafgrænset rehabiliteringsforløb til personer med nedsat funktionsevne, hvis rehabiliteringsforløbet vurderes at kunne forbedre personens funktionsevne og dermed nedsætte behovet for hjælp (...) (Danske love u.å.).

Målet med rehabilitering er at borgerne, i en vis udstrækning, skal kunne klare sig selv, og i mindre grad være afhængige af plejepersonale, så de kan få et mere selvstændigt og aktivt liv (Social- og Indenrigsministeriets Benchmarkingenhed, 2019). Hele tankegangen omkring hverdagsrehabilitering er at styrke den enkelte borger fra hjemmehjælp til selvhjælp.

5 Professionerne under forandring

I afsnittet nedenfor ønsker vi at skitsere professionernes udvikling og historie, og derigennem hvilke forandringer professionerne gennemgår i nutidens danske sundhedssystem.

5.1 Sundhedsprofessionernes opståen

Sygeplejerskerne fik egen uddannelse og autorisation i 1860'erne, og overgik dermed fra at være vågekoner og gangpiger på datidens hospitaler. Sygeplejerskerne havde gennem 1900-tallet kæmpet om at få selvstændige behandlings- og plejkrævende opgaver, da de havde arbejdet tæt sammen med læger, og dermed var det vanskeligt at adskille de sygeplejefaglige opgaver fra lægefaglige opgaver (Dybbroe, 2018: 209-210).

I 1990'erne kom SOSU-assistenterne og SOSU-hjælperne ind i sundhedssektoren. De blev betragtet som fleksible servicemedarbejdere med brede kompetencer. Dette kunne både ses som en opkvalificering af samtlige professionelle medarbejdere i sundhedsvæsenet, men det kunne også ses som et udtryk for en dequalificering af professionelle i sundhedsvæsenet, idet de, med deres korte og brede uddannelse, kunne overtage både ufaglært og professionelles arbejde. I 2001 fik SOSU-assistenterne og SOSU-hjælperne adgang til sygehussektoren, og i 2008 fik SOSU-assistenterne autorisation (Dybbroe, 2018: 210).

I 1937 blev uddannelse til arbejds- og beskæftigelsesterapeut grundlagt, hvilket i 1957 udviklede sig til den uddannelse, der danner grundlag for nutidens ergoterapeuter. I 1969 opstod ergoterapeutforeningen og i 2001 overgik ergoterapeutuddannelsen til at blive en professionsbacheloruddannelse. Helt overordnet omhandler ergoterapeuternes grundværdier aktivitet og deltagelse, og at det gode liv består af meningsfulde aktiviteter (Goul & Andersen, 2019: 85-90).

Den offentlige sektor i 1990'erne var præget af en samfundsmæssig udvikling påvirket af diskurser om innovationssamfundet, videnssamfundet og konkurrencestaten. Dette medførte, gennem de efterfølgende årtier, at velfærdsstaten gennemgik et hav af reformer, hvilket påvirkede de professionelle roller og deres professionelle praksis (Jensen, Tofteng & Gunnarsson, 2018: 1). Samtlige mellemlange videregående uddannelser i sundhedssystemet i Danmark betegnes som professioner, siden uddannelserne fik en status som professionsbachelor. Et specialiseret vidensgrundlag er afgørende for skabelsen af sundhedsprofessioner. SOSU-assistent, som også har sygeplejefaglige arbejdsopgaver, er en erhvervsuddannelse og betegnes derfor ikke som en profession (Dybbroe, 2018: 203). Dette betyder, at SOSU-assistenterne befinder sig på et lavere uddannelsesniveau, som placerer dem med en lavere

status end f.eks. sygeplejerskerne. Selvom SOSU-assistenterne ikke er professionsuddannet, vil de i dette speciale omtales under titlen sundhedsprofessionelle.

5.2 Professionernes autoritetstab

I takt med at rehabiliteringsparadigmet slog rødder i den danske ældrepleje, skete der et skifte i hvilke kompetencer der efterspurgtes i ældreplejen. Der ses en tendens til, at sygeplejerskens og SOSU-assistentens omsorgsgener kan betragtes som problematiske og hæmmende for rehabiliteringsprocessen. Derimod har terapeuten den rigtige, udviklingsorienterede tilgang til den ældre, som der efterspørges i hverdagsrehabiliteringstilgangen (Bødker & Glasdam, 2021: 85). For SOSU-hjælpere og SOSU-assistenters kan hverdagsrehabilitering ses som opkvalificering af jobfunktionen, da det giver mulighed for at påtage sig rollen som både omsorgsgiver og træner (Bødker & Glasdam, 2021: 85). Det er dermed sygeplejerskerne der forventes at have størst udfordring med at implementere hverdagsrehabilitering som en del af deres professionelle virke.

Samtidig med at paletten af fagligheder i sygehusregi er blevet forøget, er respekten omkring den enkeltes faglighed og iboende autoritet blevet svækket betydeligt. Kristensen beskriver hvorledes professionerne har lidt et autoritetstab i offentligheden (Kristensen, 2014: 165). Dette præstigetab i omsorgsfagene medvirker til, at det er svært at få ungdomsgenerationen til at vælge sundhedsprofessionsuddannelserne til, og dertil at fastholde eller rekruttere nye medarbejdere på arbejdsmarkedet. Omsorgsfagene har tidligere haft en vis status i samfundet, og man har med beundring set på den handlekraftige og kærlige sygeplejerske, der passer den syge patient, hvilket gav faget autoritet og status. Nu anser offentligheden i stigende grad velfærdsprofessionerne som dårligt betalte erhverv med elendige arbejdsforhold. Tabet af anseelse, status og autonomi ser vi som et af hovedproblemerne i de massive rekrutteringsproblemer, som velfærdsprofessionerne står overfor, og som noget der skal belyses og ændres, hvis de varme hænder skal vende tilbage til omsorgsfagene for at imødekomme samfunds behov.

5.3 Sundhedsprofessionernes fremtid

Med New Public Management er der sket en markedsgørelse af sundhedsvæsenet. Et eksempel på dette er "bestille udføre"-modellen, som bl.a. ses i ældreplejen, hvilket får den betydning, at de faglige vurderinger ikke længere er afgørende for visitation af f.eks. hjemmepleje, men snarere kommunens politisk fastsatte købekraft, der er udgangspunktet for specifikke ydelser som rengøring og bad.

Derudover har neoliberale politiske strømninger et ønske om en tilbagetrukket offentlig sektor. Dette betyder at borgerne langt hen ad vejen selv skal løse opgaver uden støtte fra det offentlige system (Dybbroe, 2018: 217-218). Her kan vi drage en parallel til hverdagsrehabiliteringstilgangen, hvor formålet blandt andet er, at borgerne skal kunne klare sig længst og bedst muligt i eget liv (og hjem). Med denne tilgang gøres borgerne til brugere og kunder, og deres forhold til de sundhedsprofessionelle ændres. De sundhedsprofessionelle skal udvise fleksibilitet for at blive anerkendt. Der ses en tendens til, grundet effektiviseringer, at professioner skal varetage flere funktioner fra andre sundhedsprofessioner, fremfor at tilføje ny viden til ens egen profession (Dybbroe, 2018: 219). Professionsgrænserne svækkes for alle sundhedsprofessionelle og faggrupper, idet der opstår nye opgaver, som flere faggrupper kan byde ind på. Dette ses særligt i samarbejdet, hvor der efterspørges tværfaglige kompetencer. I den offentlige sektor kan denne ændring ses som at nutidens professionelle, pludselig skal arbejde under servicemedarbejderbegrebet. De skal være fleksible og løse opgaver med afsæt i organisationens forskellige behov og rationaler og ikke længere ud fra egne faglige vurderinger af borgerens behov (Dybbroe, 2018: 219).

6 Historisk baggrund for tværprofessionalisme

I dette afsnit ønsker vi at klarlægge hvad tværprofessionelt samarbejde indebærer på et styringsmæssigt og politisk plan, samt at klarlægge den historiske baggrund for tværprofessionalisme. Vi ønsker at beskrive hvilke forståelser, der har ledt frem til nutidens meget ivrige brug af tværprofessionalisme som "løsningen" på samfundets velfærdsproblemer.

6.1 Hvordan det tværprofessionelle samarbejde påvirker professionerne

Tværfaglighed kan forstås som flere faggruppers samarbejde om den samme opgave, hvor man byder ind med hver sin faglighed i forhold til selve opgaven, og hvor der er et fælles mål for indsatsen, som alle i gruppen arbejder hen imod. Grundlaget for det tværfaglige samarbejde er at øge den enkeltes viden om de andres indsatser og kompetencer. Tværfaglighed må ikke forveksles med flerfaglighed, hvor de enkelte faggrupper har egen faglighed i fokus, og løser opgaver som ligger inden for faggruppens kompetenceområde; I dette samarbejdet er helheden ikke nødvendigvis i fokus (Christoffersen, 2011: 104; Hulgård, 2015).

I tværfaglige miljøer vil man ofte kunne observere, at feltet styres eller domineres af ét bestemt fagligt perspektiv (Christoffersen, 2011: 104). Det dominerende perspektiv i et hverdagsrehabiliteringsteam vil ofte tage afsæt i en terapeutisk vinkel, da terapeuternes træningstilgang stemmer godt overens med den rehabiliterende aktivitetstilgang, hvor borger skal trænes op til at kunne klare sig selv. Dette ser vi som en risikofaktor ift. kampe om status og magt i gruppen, hvor de resterende fagligheder i et rehabiliteringsteam, herunder sygeplejerskerne og SOSU-assistenterne, kan opleve, at deres viden og faglighed kommer i anden række. Rehabiliteringsopgaver kan være komplekse, idet rehabilitering ikke blot er somatisk og drejer sig om konkrete fokuspunkter, men i lige så høj grad er af psykologisk og pædagogisk karakter. En plejetilgang er derfor ofte nødvendig for at favne hele den komplekse problematik. Derfor kan ét dominerende perspektiv til tider være begrænsende, og italesættelsen af disse begrænsninger er afgørende.

Ser man nærmere på fænomenet om tværprofessionelt samarbejde i velfærdssektoren, er der tale om et relativt nyt fænomen, som gennem de seneste 10-20 år har indtaget en stor plads i professionernes identitet, udvikling og status (Gulløv, 2017: 6). Det, at professionerne arbejder sammen på tværs af deres professionsgrænser, er i sig selv ikke noget nyt, men nutidens forståelse af tværprofessionelt samarbejde

er opstået gennem en særlig politisk agenda. For at forstå begrebet er det relevant at forstå hvilken historisk og samfundsmæssig kontekst, fænomenet opstod i.

Begrebet tværprofessionelt samarbejde stammer fra slutningen af 1990'erne til midten af 2000'erne. I dette tidsrum forandrede institutionsreformerne de mellemlange videregående uddannelser til professionsbachelorer. Staten havde et ønske om at øge kvaliteten af uddannelserne og derunder sikre, at fremtidens professionelle opnåede kompetencer i bl.a. tværprofessionelt samarbejde (Gulløv, 2017: 7). Med det tværprofessionelle fokus blev værdien af de enkelte professionernes faglighed og autonomi mindsket. Det succesfulde arbejde opstod nu via professionernes evne til at samarbejde på tværs af fagligheder om en fælles forudbestemt generel målsætning for arbejdet. Dermed blev professionerne svækket i deres magt til at definere deres opgaver og brug af ressourcer.

Tværprofessionalismen skal dermed ikke ses som den enkelte professions endeligt, men at der med tværprofessionalismen unægtelig opstår et krav om inkorporering af modstridende rationaler fra andre professioner, og derigennem en evne til at gå på kompromis med egne traditioner og arbejdsgange (Gulløv, 2017: 12). Der sås et ønske om at opbløde de traditionelle faggrænser mellem professionerne (Kristensen, 2014: 169).

Uanset hvordan man vender og drejer det, befinder velfærdsprofessionerne sig i et opbrud. Ifølge Kristensen kan dette opbrud gå to veje. Enten opfindes der en ny form for professionalisme, som bygger på en modernisering af de eksisterende professioner, eller en afprofessionalisering, hvor professionerne erstattes af en helt ny måde at organisere velfærdsarbejde på i konkurrencestaten (Kristensen, 2014: 169). Det bliver spændende at følge udviklingen af velfærdsprofessionerne de kommende år, da det kan forventes, at vi går en yderligere forandring i møde.

7 Videnskabsteoretisk position

Videnskabsteoretisk tager dette speciale sit afsæt i hermeneutikken. Grundlaget for dette valg er, at hermeneutikken tilbyder begreber, der kan netop danne grundlag for arbejdet med at opnå en nuanceret forståelse og fortolkning af vores interviews. Med begreber som forforståelse, fordomme, livsytringer og den hermeneutiske cirkel bliver det muligt at etablere en videnskabsteoretisk ramme for undersøgelsen af, hvordan kravene og rammerne omkring hverdagsrehabiliteringen påvirker de indbyrdes relationer og samarbejdet mellem de sundhedsprofessionelle i den konkrete kommune, som vi har foretaget vores interview i.

Da vores empiri viste sig at kræve belysning fra en anden vinkel end oprindeligt tiltænkt, har vi yderligere valgt at inddrage og anlægge et socialkonstruktivistisk perspektiv. Da denne erkendelse kom efter indsamlingen af vores empiri, er dataindsamlingen kun tilrettelagt efter en hermeneutisk synsvinkel. Baggrunden og argumenter for socialkonstruktivismens relevans for vores tilfælde, vil blive diskuteret afslutningsvis i dette afsnit.

Selvom der er tale om to forskellige videnskabsteoretiske positioner vil vi argumentere for, at man kan forsvare at anvende dem sammen. Dels deler de en central antagelse om, at vi som mennesker ikke kan få erkendelsesteoretisk adgang til en objektiv virkelighed. Dels insisterer de begge på, at der altid eksisterer en mangfoldighed af forståelsesmuligheder. Eftersom de afviser, at man kan have monopol på sandheden, kan man også argumentere for, at de begge teorier indeholder en åbenhed over for at anvendes i samspil med andre videnskabsteoretiske positioner.

7.1 Hermeneutik

Ordet *hermeneutik* er af oldgræsk afstamning og betyder fortolkning eller fortolkningskunst. Hermeneutikken bryder med positivismens fakta-paradigme om at skabe sand og objektiv viden, hvorimod hermeneutikken fokuserer på, at mennesket altid er et fortolkende væsen (Juul, 2012: 107; Martinsen og Norlyk, 2011). Den hermeneutiske videnskabsteoretiske retning er i modsætning til naturvidenskaben ikke optaget af finde love, regelmæssigheder eller generaliserbare sandheder i det, der studeres. Tværtimod handler hermeneutikken om at udvikle en fortolkende forståelse af den mening, der findes i menneskelige livsytringer. “ (...) at hermeneutikkens ærinde ikke er at forklare en objektiv realitet, men at fortolke menneskelige ytringer i bred forstand” (Juul og Pedersen, 2012: 428). Dette kræver et kendskab til den kontekst livsytringerne findes i. Der vil altid være et hav af fortolkninger og ingen kan

tilskrives en objektiv sandhedsstatus, da de altid er åbne for yderligere fortolkning. Her handler fortolkningsopgaven om at nå frem til den bedste fortolkning af en bestemt sag ud fra ens eget ståsted og derefter overbevise andre om, at det er en relevant fortolkning af en given sag, når alt er taget i betragtning (Juil, 2012: 108-110).

Vi tager i dette speciale udgangspunkt i sundhedsprofessionelles udsagn, der arbejder med hverdagsrehabilitering – og hensigten med specialet er netop at udvide forståelsen af feltet gennem at komme frem med brugbare fortolkninger. Vi vil argumentere for, at viden godt kan være brugbar, selvom det ikke kan betragtes som sand og objektiv viden. Eftersom rehabilitering er et felt, som er underlagt stærke politiske og økonomiske kræfter, går fodfolkets (sundhedsprofessionelle) stemmer ofte tabt i dette samfund. I dette lys kan en hermeneutisk tilgang skabe rum for nye og udviklende forståelser gennem fortolkning af konkrete livsytringer fra sundhedsprofessionelle.

Det er også vigtigt at være bevidst omkring, at det aldrig er muligt at komme frem med et endegyldigt argument, men at enhver fortolkning forholder sig åben overfor kritiske synspunkter (Juil, 2012: 110). I arbejdet med dette speciale betyder det, at specialets konklusioner ikke kan ses som endelige, da de også vil kunne danne afsæt for nye fortolkninger.

7.1.1 Den filosofiske hermeneutik og den hermeneutiske cirkel

I hermeneutikken taler man uundgåeligt om *den hermeneutiske cirkel*, som indenfor den filosofiske hermeneutik, handler om forholdet mellem forskeren og genstanden (Juil, 2012: 110-11). Netop dette aspekt af den hermeneutiske cirkel finder vi inspirerende i arbejdet med vores analyse af specialets genstandsfelt. Som forsker er man altid en del af den verden, som skal fortolkes, og er dermed ikke en udenforstående observatør (Juil, 2012: 110-11). Den tyske filosof Martin Heidegger fremhæver, at *den hermeneutiske cirkel* ses som en ontologi om menneskets "væren i verden". Ontologi skal forstås som læren om virkeligheden og mennesket aldrig er udenfor verden, men altid allerede i verden (Juil, 2012: 110-111). Et centralt aspekt af den hermeneutiske cirkel er, at vi aldrig begynder på bar bund, når vi skal forstå et nyt felt. Vi bruger den viden, vi allerede har, altså vores forforståelse om feltet, til at fortolke med og til at kunne opnå ny forståelse. Dette er en endeløs proces (Schmidt, 2022).

Hans-Georg Gadamer, som også er en tysk filosof, fører Heideggers filosofiske hermeneutik videre. Gadamer fremhæver at forskeren ikke neutral, men altid vil have fordomme med sig i forståelsesprocessen. Disse fordomme skal ikke ses som snubletråde for erkendelsen, men derimod som

et vigtigt element i forståelsesprocessen. Det er fordomme, der gør det muligt for én at stille relevante spørgsmål, idet de udgør en forståelseshorisont fra et bestemt perspektiv (Juul, 2012: 122). Vi vil altid have en historisk og kulturel betinget forforståelse, som kan undersøges gennem nye erfaringer, men som også vil være bestemmende for, hvad det er, vi kan erfare (Schmidt, 2022). Forforståelsen er derfor en forudsætning for, at vi kan skabe nye forståelser, og når man arbejder med en hermeneutisk videnskabsteoretisk retning, vedkender man sig sine fordomme og arbejder for et eksplicite dem for sig selv og omverdenen, hvilket vi derfor også har gjort i afsnittet om vores egne forforståelser.

Fordomme skal ikke ses som stationære størrelser, tværtimod er det for Gadamer en central pointe, at det ikke er alle fordomme som bibeholdes. Mange fordomme kan også være et udtryk for magtforhold, som hen ad vejen må gå til grunde, hvis nye erfaringer skal opstå. Vi må derfor hele tiden teste vores fordomme ved at sætte vores nye erfaringer i spil, og her er det vigtigt, at vi er åbne overfor nye erfaringer. Det betyder i arbejdet med dette speciale, at vi på den ene side skal udfolde og påtage os vores fordomme, samtidig med vi skal have en åbenhed over for at opdage nye aspekter og forståelser. For Gadamer kan forståelse dermed beskrives som den proces, hvor horisonter smelter sammen, også kaldet *horisontsammensmeltning* (Juul, 2012: 125). Horisontsammensmeltning indebærer ikke, at der skal opstå enighed om en særlig meningsbetydning, men handler om, at man forstår det, der kommunikeres fra den anden om. Herigennem får man udvidet sin egen horisont, som er en af grundstenene for, at man kan genoverveje sine fordomme. Dog er det vigtigt at forstå, at vi ikke skal underlægge os den andens meningshorisont (Juul, 2012: 126).

7.1.2 Argumentation for valg af hermeneutik

Med afsæt i en filosofisk hermeneutisk videnskabsteoretisk retning ønsker vi at fortolke og forstå feltet hverdagsrehabilitering med udgangspunkt i informanternes livsverden. Her er hermeneutikken især brugbar, fordi den fokuserer på de enkeltes ytringer og dermed kan den hjælpe os væk fra det stærke politiske og faglige aspekt af hverdagsrehabilitering. Hverdagsrehabilitering undersøges derfor i den kontekst, informanterne befinder sig i – på deres arbejdsplads. Vi er bevidste om, at vi med vores professionelle baggrunde har fordomme om feltet, men vi ønsker også at bringe vores fordomme eller forforståelse i spil og opnå nye erfaringer med feltet hverdagsrehabilitering. Vi mener det er relevant for specialet at anvende en hermeneutisk filosofisk videnskabsteori, da metoden behandler fortællinger, som vi på forhånd har et nært forhold til men samtidig fordomme omkring, og dermed danner vores forforståelse basis for at påbegynde den hermeneutiske cirkel.

7.2 Socialkonstruktivisme kort fortalt

Vi har valgt at inddrage et socialkonstruktivistisk perspektiv i vores videnskabsteoretiske ramme. Idet hermeneutikken primært fokuserer på fortolkningen af den *enkeltes* livsverden og livsytringer, har vi erkendt, at der er et behov for at udvide den teoretiske ramme for at kunne forholde os til de sundhedsprofessionelles deltagelse i *sociale* sammenhænge. Da vi også metodisk anvender et fokusgruppeinterview i specialet, vil elementer i analysen omhandle det sociale samspil informanterne imellem. Ved også at anvende et socialkonstruktivistisk perspektiv i specialet, giver det os mulighed for at vurdere de sundhedsprofessionelles tænkning, sprog og handlinger i den *intersociale* kontekst (fokusgruppeinterview), den er opsamlet i.

Kort fortalt er socialkonstruktivisme en forholdsvis ny videnskabsteoretisk retning, der betoner, at virkeligheden skal forstås som en konstrueret virkelighed gennem samspil med andre, og sandhedsopfattelsen afhænger af det perspektiv man betragter problemstillingen ud fra. Menneskers måder at handle på udspringer af, hvordan man agerer i sociale sammenhænge (Pedersen, 2012:187-188; Schmidt, 2022). Socialkonstruktivismen fremhæver, at det ikke er muligt at producere neutral og objektiv viden om sociale fænomener, men viden om verden altid vil være konstrueret i en historisk samtid og udviklet gennem samfundsmæssige diskurser (Pedersen, 2012:190-191). De menneskelige erkendelser betragtes som socialt konstrueret og er et produkt af den kultur og samfund man er en del af (Schmidt, 2022). Et centralt element i den socialkonstruktivistiske videnskabsforståelse er sprogets betydning, idet sproget indgår som en aktiv medskaber af vores forståelse af virkeligheden. Sproget anses som afgørende for, hvordan vi opfatter verden omkring os (Pedersen, 2012: 203). Magt og viden har også stor betydning i en socialkonstruktivistisk tilgang, da magtforholdene kan påvirke produktionen af viden og derigennem samfundets forståelse af virkeligheden (Pedersen, 2012: 190-191).

7.2.1 Argumentation for valg af socialkonstruktivisme

Efter vi havde udført samtlige interviews og efterfølgende begyndte at kode og tematisere vores empiri, stod det klart for os, at temaer som status og magt havde stor betydning for det kommende analysearbejde. Ved at tilføje et socialkonstruktivistisk teoretisk perspektiv i specialet, kan vi udfolde, hvordan de sundhedsprofessionelle i hverdagsrehabiliteringsteamet, gennem kommunikation, sprogbrug og interaktioner skaber en særlig kultur. Da vi også metodisk har benyttet os af et fokusgruppeinterview, opstod der også dynamikker informanterne imellem, som vi også ser et behov for at kunne analysere og udfolde. Vi er opmærksom på, at vi kun kan sige noget om de dynamikker der forekommer i vores case-

kommune, idet vores datamængde ikke er tilstrækkelig i forhold til at kunne sige noget generelt om vores antagelser. Det havde krævet, at vi havde foretaget flere interviews i forskellige hverdagsrehabiliteringskontekster.

8 Metode

I det følgende afsnit ønsker vi at gøre rede for den metodiske fremgangsmåde i forbindelse med udarbejdelse af specialet. I afsnittet præsenteres vores case, herunder hvilke foranstaltninger man skal være opmærksom på, når man anvender et casestudie som metode. Derudover vil vi redegøre for vores valg og brug af det kvalitative forskningsinterview; Herunder det semistrukturerede individuelle interview samt et fokusgruppeinterview. Sidst diskuterer vi vores metodevalg og fremlægger vores etiske overvejelser i forbindelse med gennemførelsen af empiriskabelsen.

8.1 Litteratursøgning

For at tilegne os viden om vores ønskede genstandsfelt udførte vi en systematisk litteratursøgning forud for empiriindsamlingen. Formålet var at præcisere vores problemstilling og opnå en større generel baggrundsviden om emnet, for derigennem at kunne belyse eventuelle huller i den aktuelle viden (Petersen & Triantafillou, 2019: 37-38), om rehabilitering på ældreområdet og dets betydning for sundhedspersonalet

Vi har i specialet benyttet os af både akademisk og ikke-akademisk litteratur. Den ikke-akademiske litteratur er fundet via søgemaskinen Google. I brugen af især den ikke-akademiske litteratur har vi været opmærksom på afsenderens formål, da der ofte kan være en synlig eller mere skjult dagsorden bag materialet. Den ikke-akademiske litteratur kan bruges til at skabe et nuanceret billede af problemstillingens samfundsmæssige relevans (Petersen & Triantafillou, 2019: 37-38). Vi har benyttet den ikke-akademiske litteratur til at belyse det samfunds- og sundhedssyn som hverdagsrehabilitering er opstået af, og derved skabe bedst mulig for forståelse til påbegyndelse af den hermeneutiske cirkel.

Den akademiske litteratur blev fundet gennem litteratursøgninger på Det Kongelige Biblioteks søgemaskine. Vi har bl.a. benyttet os af kædesøgninger, hvor vi gennem en af vores primærkilders henvisninger kunne finde videre til relevant litteratur på området. Styrken ved denne type søgning var, at vi let kunne finde andre kilder med en høj relevans indenfor samme område, mens svagheden var, at alle henvisningerne fra artiklerne var ældre end primærartiklen, hvilket vil sige at vi søgte bagud i tiden og dermed ikke vil finde de nyeste kilder (Andersen, Jørgensen & Davidsen, 2019: 70-71). Med alle typer kilder er kildekritik et altafgørende element i arbejdet med litteraturen, som vi har været opmærksom på i forhold til den ikke-akademiske litteratur, dog er den akademiske litteratur peer-reviewed, hvilket er med til at sikre videnskabelighed og kvalitet i forskningsartiklerne.

8.2 Et casestudie

Vores empiriske undersøgelse består af et casestudie. Vores case tager udgangspunkt i en rehabiliteringsenhed, fra en tilfældigt udvalgt, anonymiseret kommune. Hele det empiriske materiale tager derfor afsæt i denne ene kommune. Et casestudie karakteriseres ved at kunne give kontekstuel viden om et bestemt område. En væsentlig kritik af et single-casestudie er metodens manglende evne til at producere generel viden. Dog kan det være en brugbar metode i kvalitativ forskning, da der her ønskes en dybere forståelse af et særligt fænomen (Thualagant, 2019: 344-346).

For at besvare vores problemformulering, ville vi gerne tale med sundhedsprofessionelle, der arbejder med hverdagsrehabilitering i enten hjemmeplejegrupperne eller i et hverdagsrehabiliteringsteam. Vi startede med at tage kontakt til adskillige tilfældigt udvalgte kommuner, og flere kommuner vendte tilbage med interesse i et samarbejde, og særligt én kommune kunne imødekomme vores inklusionskriterier for samarbejdet. Kommunen prioriterede hverdagsrehabilitering højt, og havde organiseret sig ved at have et selvstændigt team bestående af tre ergoterapeuter, to sygeplejersker og ca. 14 SOSU-assistenten til at varetage hverdagsrehabiliteringsfunktionen. I teamet arbejdes der udelukkende med opgaver relateret til hverdagsrehabilitering, og teamet arbejder ikke under samme tag som hjemmeplejegrupperne. I vores case-kommune omfatter hverdagsrehabilitering et forløb på max. 8 uger, bestående af et samarbejde mellem borger, pårørende og sundhedsprofessionelle. Aktiviteterne omhandler typisk almindelige dagligdagsopgaver som personlig pleje, ernæring, træning, rådgivning og vejledning og foregår i eget hjem. Rehabilitering er et tilbud til alle voksne borgere, som er berettiget til hjælp efter serviceloven § 83, som vurderes til at have et rehabiliteringspotentiale. Det er visitator som bevilliger et rehabiliteringsforløb samt skitserer et formål med forløbet, som de sundhedsprofessionelle skal vurdere ved forløbets afslutning i et afsluttende notat til visitationen. Når forløbet afsluttes, er borger enten blevet selvhjulpne eller har behov for delvis eller fuld kompenserende hjælp, hvormed borgeren overovergår til hjemmeplejen.

Fra egne erfaringer ved vi, at hverdagsrehabilitering organiseres forskelligt i kommunerne, og vores case-kommune demonstrerer, hvordan en tilfældig kommune organiserer sig på. Da vi ønskede at få de sundhedsprofessionelles fortælling om at arbejde med hverdagsrehabilitering, fik vi arrangeret fire individuelle interviews samt et enkelt fokusgruppeinterview. Vi vægtede højt, at vores informanter havde forskellige sundhedsprofessionelle baggrunde, dette for at få et forskelligartet billede af at arbejde med hverdagsrehabilitering. Eftersom gruppen var repræsenteret med tre forskellige sundhedsprofessionelle baggrunde, blev det muligt for os, i samarbejde med deres leder, at få planlagt fire individuelle interviews

med hhv. en ergoterapeut, en sygeplejerske, en SOSU-assistent 1 og SOSU-assistent 2. I fokusgruppinterviewet er alle tre faggrupper repræsenteret, dog kunne SOSU-assistent 2 ikke deltage.

Til at benytte os af en teoretisk forståelse omkring vores valg af et casestudie som metode, benytter vi os af professor Bent Flyvbjerg (2015), som i sin forskning har været optaget af nogle af de misforståelser, som forbindes med et casestudie. Nogle af de klassiske begrænsninger der typisk ses i forbindelse med et casestudie er, at man ikke kan skabe generaliserbar viden ud fra et enkelttilfælde og derfor kan et casestudie ikke understøtte videnskabelig forskning. En anden begrænsning er, at et casestudie bedst egner sig til udvikling af hypoteser, hvilket betyder at metoden kun kan anvendes i den første fase af en undersøgelse. Bent Flyvbjerg påpeger, at netop casestudiet giver kontekstafhængig viden, hvilket kan være nødvendigt, hvis man som menneske skal udvikle sig fra at være: *“(...) regelbundne begyndere til helbefarne eksperter”* (Flyvbjerg, 2015: 466). Ifølge Flyvbjerg (2015) er der behov for både den regelrette viden, men også den kontekstafhængige viden. Den nære kontakt med den konkrete virkelighed har stor betydning, da menneskelige handlinger ikke altid kan forstås som regelbaserede handlinger. Her er Flyvjergs pointe, at casestudiet bidrager til at få en indsigt i konkrete og kontekstafhængige fænomener i studiet af mennesker og samfundet, som er langt mere værdifuld end universelle begreber og forudsigende teorier (Flyvbjerg, 2015: 468).

Flyvbjerg modsætter sig, at man ikke kan generalisere ud fra et single-casestudie og understreger, at det bl.a. afhænger af hvordan den pågældende case er udvalgt, samt at et casestudie ikke nødvendigvis ønsker at komme frem til at kunne generalisere viden. Casestudiet kan også bidrage med videnskabelig nytænkning (Flyvbjerg, 2015: 471). Flyvbjerg påpeger desuden, at casestudier har tvunget forskeren til at revidere deres forudindtagede meninger, antagelser og begreber (Flyvbjerg, 2015: 479). Den tætte kontakt med virkeligheden, som et casestudie medfører, vil ofte bidrage til at udbrede forståelse om fænomenet (Flyvbjerg, 2015: 481).

For at få et mere nuanceret billede af et hverdagsrehabiliteringsteam og derigennem kunne generalisere og konkludere i en brede kontekst, havde det været oplagt at interviewe flere kommuner. Dette kunne udføres ved et komparativt studie ved at sammenligne to eller flere kommuner, idet vi har viden om, at kommuner organiserer hverdagsrehabilitering forskelligt (Bertelsen og Hansen, 2018: 122). Efter vi havde indsamlet vores empiri, viste det sig også, at der tydeligt fremkom hierarkier i forhold til hjemmeplejen, som er en tæt samarbejdspartner for rehabiliteringsteamet. Det havde derfor også været interessant at udvide undersøgelsen med at interviewe medarbejdere hos hjemmeplejen og få et indblik i deres syn på rehabiliteringsteamet.

I nærværende speciale er formålet at forstå hvordan rehabiliteringstilgangen påvirker de sundhedsprofessionelles identitet, dette gennem informanternes beskrivelser omkring arbejdslivets kompleksitet og dilemmaer. Vi er opmærksomme på vores fonds udsigelseskraft, da fundene er et udtryk af fire informanternes forståelser af området, og at vi derfor ikke kan sige noget generelt om hverdagsrehabiliteringsteams. Vi har et ønske om at bidrage til forskningen i udvalgte problematikker og tendenser, der kan opstå blandt sundhedsprofessionelle, der arbejder med hverdagsrehabilitering, og formålet er derfor ikke at kunne generalisere ud fra vores case.

8.3 Det semi-strukturerede forskningsinterview

For at besvare vores problemformulering har vi, som tidligere nævnt, valgt at interviewe sundhedsprofessionelle som til daglig arbejder med hverdagsrehabilitering, da vi mener, de kan bidrage med viden om, hvilken betydning det har for de sundhedsprofessionelles professionsidentiteter at arbejde rehabiliterende samt tværprofessionelt.

Vi har i vores opgave valgt at anvende det kvalitative forskningsinterview som metode, som bidrager med personlig viden og erfaring indenfor det felt man ønsker at undersøge. Det kvalitative forskningsinterview medvirker desuden til at få belyst problemformuleringen i vores speciale og er orienteret omkring en fremgangsmåde, hvor personer taler sammen om et specifikt tema, som både interviewer og informant er interesserede i (Poulsen, 2019: 97-99). Forskningsinterviewet har til formål at beskrive og forstå betydningen af forskellige temaer og perspektiver fra informantens livsverden. Der stræbes efter at indhente erfaringer af informantens livsverden, med henblik på at fortolke betydningen af det, den interviewede siger (Kvale, 1997: 40-42).

Vi gør brug af det semistrukturerede individuelle interview samt fokusgruppeinterview som interviewform i vores speciale, da de to metoder bidrager med forskellige former for viden om vores genstandsfelt. Fokusgruppeinterviewet bidrager til at få et billede af informanternes indbyrdes relation, kommunikation og tværprofessionelle samarbejde, hvilket vil blive uddybet senere i metodeafsnittet. Med de semistrukturerede interviews var formålet særligt at opnå et indblik i informanternes egne oplevelser af deres professionelle professionsidentitet i den rehabiliterende kontekst.

Det semistrukturerede interview er karakteriseret ved, at temaet for samtalen på forhånd er forberedt, og at der inden interviewet udarbejdes en interviewguide (Poulsen, 2019: 101-102). I vores arbejde med udformningen af spørgsmål til interviewguiden (Bilag 1), var vi opmærksomme på ordvalg og at udforme

simple spørgsmål uden fagtermer. Vi var derudover opmærksom på at stille åbne og ikke ledende spørgsmål i vores forsøg på at få informantens egne overvejelser. Da vi på dette tidspunkt i processen ikke havde truffet valg om brug af teori, blev vores foreløbige overvejelser og undring, fra arbejdet med problemfeltet, styrende for vores udformning af spørgsmål. Spørgsmålene blev udformet med et ønske om at besvare vores problemformulering. Vi var bevidste om at være åbne for ændringer undervejs i samtalen, idet styrken ved de semistrukturerede interviews er, at det er muligt at følge informantens fortælling, og stille nye opfølgende og ikke-forberedte spørgsmål, afhængigt af hvordan samtalen udvikler sig (Poulsen, 2019: 98-99).

8.3.1 Anonymitet

Vi har ligeledes udarbejdet et informationsbrev (Bilag 2) til samtlige interviewpersoner, hvor vi skriftligt introducerer dem til vores problemstilling, planlagt varighed af interviewet samt mulighed for fuld anonymitet i vores opgave (Poulsen, 2019: 102-103). Vi informerer ligeledes om, at interviewet vil blive optaget ved hjælp af diktafonapps og efterfølgende transskriberet, hvor citater fra interviewet vil blive anvendt i vores opgave. Det vil være muligt for informanten at trække interviewet tilbage, frem til aflevering af specialet. Lydfiler, samt eventuelle udskrifter, vil blive slettet efter aflevering af speciale. Vi har i samråd med vores samarbejdskommune valgt at anonymisere både kommunens og informanternes navne. Efter aftale vil informanterne dog fremgå med deres professionstitler.

8.3.2 Gennemførelse af interviews

Et interview er ofte præget af asymmetri, da interviewer, i kraft af sin rolle, vil rangere højere end informanten. I denne sammenhæng har tillid og trykke rammer mellem interviewer og informant stor betydning, idet det medvirker til, at informanten får lyst til at fortælle om sine erfaringer. Vi vil møde informanterne, ved at gøre brug af aktiv lytning med et åbent kropssprog og venlighed, både verbalt og nonverbalt (Schmidt & Dyhr, 2004: 37-38; Poulsen, 2019: 106). Dette bidrager med at udvise, at man er oprigtigt interesseret i det, der bliver sagt, for derigennem at skabe et tillidsbånd.

Interviewene blev gennemført i et mødelokale på informanternes egen arbejdsplads, for at gøre det nemmest for dem at deltage. Vi møder interviewpersonerne med en vis ydmyghed, idet de sætter deres tid til rådighed, i en ofte travl hverdag. Vi oplevede, at flere informanter havde haft svært ved at sætte tiden af til interviewene, og vi måtte både før de individuelle interviews og fokusgruppeinterviewet ændre

på tidsplanen for at imødekomme informanternes behov på dagen. Vores oplevelse var dog, at informanterne var fuldt til stede under selve interviewene, når døren til mødelokalet blev lukket og interviewet gik i gang. Vi havde på skift rollen som interviewer og medinterviewer/observant under de individuelle interviews. Observantens opgave var at holde overblikket over interviewguiden, for at sikre at vi kom rundt om alle de emner, vi ønskede at få belyst. For at skabe et tillidsbånd mellem interviewer og informant, holdt observanten sig i baggrunden og kom kun med få opfølgende spørgsmål til informanten. Under et af de fire semistrukturerede interviews var kun interviewer og informant til stede, grundet sygdom. Ulempen herved var, at der ikke var mulighed for at inddrage observationer og opfølgende spørgsmål fra observanten, hvilket kan påvirke interviewets kvalitet og indhold.

Under fokusgruppeinterviewet var rollerne fordelt mellem en facilitator/interviewer, som stod for at stille spørgsmålene, og en observant, som under interviewet foretog observationsnoter. Vi var på forhånd åbne omkring noteskrivningen og fortalte informanterne, at det var en naturlig og nødvendig del af interviewet (Kristensen, 2019b: 201). Umiddelbart efter interviewet nedskrev både facilitator og observant observationsnoter (Bilag 3), hvori deres umiddelbare indtryk fra interviewet fremgik, uafhængig af hinandens overvejelser. Herunder stemningen blandt informanterne, forstyrrelser og dynamikker.

Rummet, hvor interviewene foregik, havde glasvægge ud mod en fællesgang, hvor vi havde mulighed for at rulle persienerne ned. På den måde kunne vi afskærme fra indtryk fra fællesgangen. Det at interviewene blev udført på informanternes egen arbejdsplads, tænker vi, både kan være en styrke og en svaghed. En styrke, da informanterne tydeligt var trygge i omgivelserne, men også en svaghed da informanternes roller og dynamikker kunne være påvirket af lokaliteten, og at de måske ikke ville forholde sig så kritisk til temaet, da kollegaer eller ledere potentielt kunne høre deres udtalelser ude fra gangen.

Informanternes livsytringer om hverdagsrehabilitering og det tværprofessionelle samarbejde, opstår ud fra deres oplevelser og erfaringer. Vi er bevidste om, at havde vi talt med andre sundhedsprofessionelle, havde vi formentlig fået en anden fortælling og andre perspektiver på hverdagsrehabiliteringen.

8.4 Det særlige ved et fokusgruppeinterview

Et fokusgruppeinterview er et interview med flere deltagere, som bliver interviewet samtidig (Schmidt & Dyhr, 2004: 30). Et fokusgruppeinterview er styret af intervieweren, også kaldet facilitatoren, og formålet er at indsamle verbale og nonverbale data om deltagernes følelser og meninger af en specifik problemstilling. Der ses mange ligheder mellem fokusgruppeinterviewet og det semistrukturerede

forskningsinterview. Ved både det semistrukturerede interview og fokusgruppeinterviewet er metoden interaktiv, hvilket betyder at interviewerens kan kommunikere med interviewpersonerne under selve interviewet og variere sine spørgsmål efter hvordan samtalen udvikler sig. Derudover er man interesseret i at notere hvordan deltagerne, i fokusgruppeinterviewet, fysisk og verbalt reagerer på de spørgsmål der stilles (Damgaard, 2019: 131-132). Samfundsvidenskabelige forskere understreger ydermere, at det særlige ved et fokusgruppeinterview er, at der skabes data både på gruppeniveau og på individniveau. Data kan eksempelvis sige noget om hvordan gruppen træffer beslutninger eller løser udfordringer. Data kan derimod også sige noget om individet og hvordan det reagerer på gruppedynamikken – er individet principfast, lyttende eller undskyldende, eller udtrykker individet glæde vrede eller frustration (Damgaard, 2019: 132). Fokusgruppeinterviewet kan med fordel suppleres med individuelle interviews, da der potentielt kan opstå situationer i et fokusgruppeinterview, hvor forskeren observerer eller antager, at en informant holder noget tilbage i gruppesituationen. Man har derved mulighed som forsker at spørge ind til dette i et opfølgende individuelt interview (Damgaard, 2019: 133-134).

Det skal dog nævnes, at tilrettelæggelsen og planlægningen af de fire individuelle interviews samt fokusgruppeinterviewet, i dette speciale, er planlagt af lederen fra hverdagsrehabiliteringsteamet. Vi har derved ikke haft indflydelse på rækkefølgen af de forskellige interviews. Det er derfor endt med, at de fire individuelle interviews er planlagt før fokusgruppeinterviewet. Ulempen ved det er, at vi ikke har mulighed for at følge op på mulige observationer. Fordelen er, at informanterne allerede er trygge ved os, idet de har mødt os før. Dertil er vi som interviewere bekendte med informanterne, og på den måde kan vi bedre planlægge de spørgsmål, som har givet anledning til at blive uddybet. I litteraturen står det beskrevet at informanter typisk vil føle sig mere frie i deres besvarelser i de individuelle interviews i forhold til gruppeinterview (Schmidt & Dyhr, 2004: 30). I modsætning til dette oplevede vi at informanterne fremstod mere afslappede, ærlige og uden filter i fokusgruppekonstellationen end ved de individuelle interviews.

8.4.1 Fokusgruppeinterview i praksis

Vi har i vores speciale valgt, at fokusgruppemetoden skal være et supplement til de fire individuelle interviews. Fokusgruppeinterviewet skal bidrage med at indsamle information om verbale og nonverbale dynamikker i gruppen, med formålet at nuancere besvarelsen af vores problemformulering. Vi har valgt, at alle fire sundhedsprofessionelle, som også bliver interviewet individuelt, skal medvirke i fokusgruppeinterviewet, dog kunne SOSU-assistent 2 ikke deltage grundet vagtplanlægningen. Specielt er

det vigtigt for sammensætningen af fokusgruppen, at de repræsenterer flere forskellige sundhedsprofessionelle baggrunde, og alle arbejder i samme hverdagsrehabiliteringsteam. Denne sammensætning antager vi, kan skabe en vis form for tryghed, da alle informanter kender hinanden fra teamet. Modsat kan der også, i et fokusgruppeinterview, opstå ubalance i form af f.eks. magtrelationer, hvor en deltager ikke har modet til at tale frit (Damgaard, 2019: 135-137). I nærværende undersøgelse interviewer vi forskellige professioner, hvoraf SOSU-assistenten er lavere rangeret end ergoterapeuten og sygeplejersken, hvilket potentielt kan skabe en ubalance. Vi var opmærksomme på ordvalg og formulering af spørgsmål, så vi på den måde forsøgte at minimere risikoen for at skabe ubalance og hierarkidannelse mellem vores informanter.

8.5 Transskribering

Vi har valgt at transskribere samtlige interviews (Bilag 4 og Bilag 5), da et tekstet materiale bidrager til at give et bedre overblik, når vi påbegynder vores analyse. Interviewene er transskriberet fra talesprog til skriftsprog med fuld tegnsætning og hvor grammatiske fejl rettes til. Små pauser og fyldord, som har mindre betydning for indholdet, som eksempelvis "øh", "jo" og "altså" er ikke transskriberet. Dette er et bevidst valg, da vi er interesseret i indholdet af det sagte ord. En af ulemperne ved at transskribere er, at man mister betoningen af det sagte ord, og det endelige materiale påvirkes (Poulsen, 2019: 110). Fokusgruppeinterviewet transskriberes og kodes efter samme principper som det kvalitative forskningsinterview.

8.6 Diskussion af metodevalg

Hvordan vides det, at en analyse og fortolkning af optagede interviews er korrekt? Hvornår kan noget betegnes som redeligt videnskabeligt arbejde? Traditionelle tilgange såsom positivismen har lånt begreber såsom validitet og reliabilitet fra naturvidenskaben, hvor de bliver benyttet til at vurdere en undersøgelses kvalitet (Jensen og Kvist, 2019: 56). Her er reproducerbarhed en vigtig faktor for kvaliteten af den viden der produceres. Disse begreber benyttes og forstås dog meget forskelligt inden for de forskellige videnskabsteoretiske strømninger (Juul og Pedersen, 2012: 429). Traditionelt omhandler begrebet validitet, også kaldet gyldighed, hvorvidt man faktisk har målt eller undersøgt det, som man satte sig for at undersøge. Begrebet reliabilitet, også kaldet pålidelighed, benyttes til at klarlægge, om man har udført undersøgelsen på en præcis og tydelig måde, som ville kunne efterprøves af andre forskere

(Juul og Pedersen, 2012: 426). Med vores videnskabsteoretiske position indenfor hermeneutikken, benyttes validitet og reliabilitet ikke i den traditionelle forstand, da der i hermeneutikken ikke ses én endegyldigt sand virkelighed.

Men kan dynamikken i et fokusgrupeinterview reproduceres, og hvordan ved man om observatørens vurdering af nonverbale tegn og interpersonelle dynamikker, er korrekte? Hermeneutikken benytter sig ikke af kvalitetsbegreberne validitet og reliabilitet, idet analysen i høj grad baserer sig på forskerens forforståelse. Repræsentanter for hermeneutikken, socialkonstruktivismen og diskursteorien foreslår derimod, at begreberne validitet og reliabilitet skal fratages deres status i forskningen, da de er et levn fra en positivistisk forskningstradition (Juul og Pedersen, 2012: 427). Det foreslås derimod at brugen nytænkes og indfører begrebet *Kommunikativ validering*. Her sker valideringen gennem dialog med andre forskere og offentligheden, og kvaliteten af forskningen besluttet gennem denne kommunikation (Juul og Pedersen, 2012: 427). Snarere skal god forskning findes i brydningen af resultaterne med andre forskere, som tilgår området med andre forforståelser, for at belyse om forståelsen giver mening set gennem en anden forforståelses prisme.

Ved en hermeneutisk forskningsforståelse ses der altså ikke en sand virkelighed, men en virkelighed der opstår gennem fortolkninger af sammenhænge. Forskeren medbringer med denne forståelse altid en forforståelse som bygger på levede erfaringer, og dermed vil ingen fund kunne være reproducerbare, da fundene er bundet op på forskeren (Juul og Pedersen, 2012: 428). Men at der ikke findes en endegyldig sandhed, er ikke det samme som "anything goes"; Der er, som ved alle videnskabsteorier, en forpligtigelse til at begrunde og beskrive valg og fund på en troværdig og gennemsigtig måde. Vi har i vores speciale forsøgt at stille mod metodisk transparens, ved tydeligt at klarlægge hvad der er gjort i alle trin af vores undersøgelse.

8.7 Ethiske overvejelser

I forskning skal der altid være fokus på forskningsetisk og dennes normer og retningslinjer. Indenfor de forskellige videnskaber findes der forskellige normer for etisk korrekt forskning. Dertil er der en række forskningsetiske principper, der anvendes i samfundsvidenskabelig forskning. Ethiske refleksioner skal gennemsyre hele processen i undersøgelsen af en given problemstilling fra idefasen til forskningen står færdig (Kristensen, 2019a: 78). Behandling og fremskaffelsen af empiri skal, indenfor ethvert videnskabeligt felt, foregå etisk korrekt.

I 2015 udgav Uddannelses- og Forskningsministeriet *Det danske kodeks for integritet i forskning*, hvori der fremhæves tre principper for forskningsintegritet: *Ærlighed, Gennemsigtighed og Ansvarlighed* (Uddannelses- og forskningsministeriet, 2014). Med de forskningsprincipper ligger en forståelse af, at man på redelig vis anerkender andre forskeres arbejde, at alle dele af forskningsprocessen fremstilles tydeligt, herunder metodiske problemstillinger eller mangler, eventuelle interessekonflikter og til slut, at forskningen gennemføres på en ansvarlig måde med fokus på resultaternes pålidelighed (Uddannelses- og Forskningsministeriet, 2014). Ved brud på de disse ovenstående principper opstår der fare for uredelig og tvivlsom forskning.

I forskning skal der altid være fokus på det overordnede forskningsprincip som går på hensynet til de berørte parter (Kristensen, 2019a: 84). Forskeren skal altid tage hensyn til organisationer, grupper eller enkeltpersoner, der indgår i undersøgelsen, men samtidig tage en hensyn til det felt forskningen skal fortælle noget om. Det er dermed en balancegang mellem vigtigheden af, at der opstår ny viden igennem forskningen, men at der ikke samtidig forvoldes unødigt ulempe eller skade for de involverede parter (Kristensen, 2019a: 77). I denne sammenhæng var vi opmærksomme på at reflektere over hvilke hensyn vi skulle tage i vores møde med kommunen og vores informanter.

Vi lavede på forhånd en aftale med kommunen om, at vi ville komme ud og formidle vores fund til personalegruppen, og det var derfor vigtigt, at vi overvejede hvorledes vores fund vil kunne påvirke informanterne, særligt hvis fundene er af en kritisk karakter. Vi har efterfølgende reflekteret over fordele og ulemper ved, at vi skal besøge teamet igen, både i forhold til vores informanter, men også i forhold til vores analyse. Det er risiko for bias, i forhold til at vores informanters oplevelse af at kunne tale "frit fra leveren", når de ved, at vi kommer tilbage og videreformidler vores fund, baseret på deres udtalelser. Vi har derfor valgt ikke at udlevere specialet til kommunen, da vi ønsker at kunne arbejde frit med vores fund i analysen, uden at føle af vi skal censurere vores analysefund, af frygt for at risikere af støde kommunen eller udstille informanterne. Vores formidling til kommunen vil dermed bestå af udvalgte pointer og fund, som vi mener, vil kunne gavne kommunens fremadrettede arbejde med hverdagsrehabilitering.

9 Teoretiske fundament

I dette afsnit præsenteres de teorier, som vi har udvalgt til analysen af den indsamlede empiri. Vi benytter os af en eklektisk tilgang, hvor vi inddrager teoretikere med forskellige videnskabsteoretiske forståelse af hensyn til projektets udsigelseskraft. Vi har vendt os mod nogle af de begreber, som Bourdieu har udviklet, fordi hans begreber om felt, kapital og habitus kan bidrage til at forstå det magtspil som udfolder sig blandt de sundhedsprofessionelle som arbejder i et hverdagsrehabiliteringsteam, både indenfor gruppen og i samarbejdet med hjemmeplejen. Dertil supplerer vi med teoretiske perspektiver på tværprofessionalitet og professionsidentitet, som det skrives frem hos Sine Lehn-Christiansen. Hendes begreber kan medvirke til at forstå de magtrelationer, der opstår i et samarbejde med andre professioner. Som supplement til dette inddrager vi Katrin Hjorts begreber om et A-hold og et B-hold, for at belyse hvorfor nogen opnår mulighed for at få indflydelse og højere status, mens andre stigmatiseres som rutinearbejdere nederst i hierarkiet.

9.1 Bourdieus begreber i relation til kommunal rehabilitering

Med udgangspunkt i Bourdieus teori om *felt*, *metamagtfelt*, *kapital* og *habitus*, kan disse begreber særligt bruges til at analysere relationer mellem grupper. Bourdieus teorier beskæftiger sig ikke med det umiddelbare, f.eks. hvorfor de sundhedsprofessionelle har valgt at arbejde med hverdagsrehabilitering. Hans teorier handler i højere grad om at *situere* eller *kontekstualisere* dette bredere ud (Larsen, 2010: 53). Med Bourdieu *in mente* ønsker vi at forstå og forklare hvilken betydning arbejdet med hverdagsrehabilitering har for de sundhedsprofessionelles professionsidentiteter. Dette gøres gennem de sundhedsprofessionelles ytringer, som bl.a. omhandler hvad der er den "rigtigste" måde at arbejde på; Er det ud fra en rehabiliterende tilgang eller er det ud fra en orientering mod pleje og omsorg?

Bourdieu har i sin forskning udviklet en række begreber, hvoraf felt er et centralt begreb og kan forstås som:

(...) et netværk eller en konfiguration af objektive relationer mellem forskellige positioner. Positionerne er objektivt defineret i kraft af deres eksistens og de bindinger, de påtvinger de aktører og institutioner, der udfylder positionerne, i kraft af deres øjeblikkelige og potentielle placering i relation til fordelingen af forskellige former for magt (eller kapital), som giver adgang til de specifikke fordele og goder, der står på spil i det enkelte felt, og dermed samtidig i kraft af deres objektive relationer til andre positioner (...) (Bourdieu & Wacquant, 1996: 84-85)

Ifølge Bourdieu er et felt en konstruktion af virkeligheden, hvor individerne indtager forskellige positioner med forskellig mængde af magt eller kapital. Et felt består af indre spændinger og dominansrelationer, hvor der foregår kamp om ressourcer og magt, og hvor enkelte individer har mere magt, i forhold til det der opfattes som betydningsfuldt i feltet (Bourdieu & Wacquant, 1996: 83-85; Larsen, 2021: 64; Høiris, 1993). Ifølge Bourdieu udgør et felt et mikrokosmos - områder i samfundet - som i nogen grad har sine egne regler, logikker og sprogbrug (Larsen, 2021: 64).

Alle der medvirker i et felt har grundlæggende interesser til fælles, nemlig det der knytter sig til feltets eksistens. I relation til vores speciale ser vi kommunal ældrepleje som et felt, hvor der i dette felt foregår magtkampe mellem professionerne, og de normative forestillinger om, hvad der er den mest rigtige tilgang til borgeren. Er det omsorgstilgangen eller rehabiliteringstilgangen som er den mest korrekte måde at møde borgeren ud fra? Ved at undersøge feltet "Kommunal Ældrepleje", gennem interviews med sundhedsprofessionelle, som arbejder i et hverdagsrehabiliteringsteam, kan vi, gennem deres udtalelser, få indblik i nogle af de magtrelationer, der foregår i dette felt.

Bourdieu påpeger, at staten er et *metamagtfelt*. Staten er ikke et fysisk sted med bestemte personer eller institutioner, men er forholdsvis tavs og anonym og har en struktur med bl.a. love, institutioner og professioner, som er med til at sikre, at trods forskelligheder, så opfører alle sig nogenlunde ens. Staten har mulighed for at regulere sundhedsområdet, f.eks. gennem offentlige og private behandlingsinstitutioner (Larsen, 2010: 56-57), og dette viser sig eksempelvis ved at man kan købe private sundhedsydelser. I relation til vores speciale ser vi hvordan staten, tavst, bidrager til nogle af de kampe, der foregår i feltet. Det ses f.eks. et lovkrav om, at alle kommuner i Danmark skal tilbyde hverdagsrehabilitering, og derved kan der potentielt opstå magtkampe mellem sundhedsprofessionelle som arbejder ud fra en rehabiliterende tilgang, overfor sundhedsprofessionelle der arbejder ud fra en omsorgstilgang.

Et andet centralt begreb Bourdieu beskæftiger sig med er kapital, som kan forstås som menneskelige ressourcer eller goder. De vigtigste former for kapital er økonomisk-, kulturel-, social- og symbolsk kapital. For forståelsens skyld gives der et ganske kort resume af de nævnte kapitaler, men i analysen vil vi kun benytte os af kulturel kapital. Økonomisk kapital er penge og materielle ressourcer, der både kan opbygges over tid men også overføres fra generationer, og er den mest synlige kapitalform. Kulturel kapital skal forstås som en ressource eller en fordel, man kan have mere eller mindre af, i forhold til andre mennesker eller grupper. Social kapital handler om netværk og symbolsk kapital er den anerkendelse, ære eller prestige man får i et felt på grund af ens økonomiske, kulturelle eller sociale kapitaler (Bourdieu &

Wacquant, 1996: 104-105; Larsen, 2010: 57-58). Bourdieus begreb om kapital kan bidrage til en teoretisk forståelse af, hvordan magtrelationer, status og anerkendelse gør sig gældende i et rehabiliteringsteam. I dette speciale vil vi tage udgangspunkt i kulturel kapital i en institutionaliseret form som f.eks. autorisationer, uddannelse, titler og kurser. Vi vil i analysen se nærmere på, om uddannelsesmæssige forhold og titel har betydning for magt og status blandt sundhedsprofessionelle.

Habitus er også et væsentligt begreb Bourdieus har udviklet i sin forskning, og ifølge Bourdieu er alle mennesker udstyret med en habitus. Habitus er de erfaringer, man har med sig gennem barndommen og tilværelsen som f.eks. vaner, normer, holdninger og værdier og skaber konstant et nyt udgangspunkt i forhold til at foretage nye valg (Larsen, 2010: 58-60). Det enkelte individ er formet af en kontekst og en historie, og den livshistorie og de betingelser individet har med sig, inkorporeres eller "kropsliggøres" og bliver en slags støbeform for, hvordan man bør opføre sig (Larsen, 2021: 77-78). På samme måde kan habitus tilegnes ved at praktisere i et bestemt miljø, og habitus er en måde Bourdieu forsøger at forbinde sociale strukturer og individuelle kropslige strukturer på (Larsen, 2010: 59-60). Når der er en sammenhæng mellem det, som individet besidder, og det som individet har tilegnet sig, beskriver Bourdieu at individet "*er som en fisk i vandet*" (Bourdieu & Wacquant, 1996: 113, Larsen, 2010: 60). Her understreger Bourdieu, at habitus føler sig hjemme i det felt den stammer fra (Bourdieu & Wacquant, 1996: 113; Larsen, 2010: 60).

Vi ønsker med begrebet habitus at se hvordan de sundhedsprofessionelle, i vores case, tilegner sig særlige normer og værdier ved at arbejde med hverdagsrehabilitering, og hvordan de føler sig hjemme i dette specifikke område. Er spillereglerne inkorporeret hos de sundhedsprofessionelle eller kræver det en tilvænning at arbejde ud fra en rehabiliterende tilgang?

9.1.1 Professioner og hierarkier i sundhedssektoren

Ifølge Kristian Larsen, som tager udgangspunkt i Bourdieus teori, ses der kampe blandt grupper i samfundet, som har et ønske om at adskille sig fra andre grupper gennem monopolisering af viden, praksis og teknikker (Larsen, 2010: 61). Dette er dermed ikke kun noget man ser indenfor sundhedsvæsenet. Viden, magt og professioner udgør muligheder til at skabe felter, og her tales Bourdieu om *esoterisme*, hvilket kan oversættes til en indadvendthed og en lukkethed. Det er kun dem som er indviede i gruppen, med korrekt titel, uddannelse samt forståelse af specifikke fagtermer, som kan få adgang til denne viden, hvilket medvirker til, at faggrupper "klumper sig sammen" (Larsen, 2010: 61-62). Sundhedsviden kan

dermed ses som en vigtig kulturel kapital indenfor sundhedsvæsenet, hvor læger har en høj status, sygeplejersker har en mellem status og SOSU-assistenten har den laveste status. Larsen (2010: 61-62) påpeger, at de kampe som eksisterer i feltet, typisk tager afsæt i de relationer som eksisterer i gruppen, og der vil oftest ses både et videnshierarki og et professionshierarki i feltet. I vores case-kommune er sundhedsviden også en betydningsfuld kulturel kapital, og da ergoterapeuter, sygeplejersker og SOSU-assistenten arbejder i samme team, er vi interesseret i at undersøge hvilken betydning sundhedsviden har.

9.1.2 Argumentation for at anvende Bourdieus teori

Den dominerende gruppe i et fællesskab er med til at sætte retningen for hvad der er god stil, og disse grupper har en fordel i at kunne læse spillet og har også de nødvendige ressourcer (kapital) til at udføre det (Larsen, 2021: 65). Det er netop nogle af de problematikker, vi ønsker at få en dybere indsigt i, i vores analyse. Vi mener, at der i rehabiliteringsteamet, og i mødet mellem tre forskellige lukkede faggrupper, er potentiale for et magtspil. Rehabiliteringsteamet besidder den rigtige viden, den rigtige kapital (styret politisk og ledelsesmæssigt) og har mulighed for at dominere i samspillet og sætte linjerne op. Dertil vil vi se på det magtspil der udspiller sig mellem hverdagsrehabiliteringsteamet og hjemmeplejen. Vil nogle medarbejdere med mere lav-status professioner give udtryk for professionsbaserede holdninger i de individuelle interviews, men underlægge sig linjen der lægges fra højstatusprofessionerne i fokusgruppeinterviewet? Det ønsker vi at undersøge.

9.2 Tværprofessionalisme og professionsidentitet

Specifikke professioner giver status, professionel viden giver magt, og forskellige instanser i sundhedsvæsenet har mere eller mindre af begge. Hvad sker der, når afdelinger med højere status og magt skal række ud, samarbejde og potentielt bestemme over andre afdelingers tid? Hvilken teoretisk optik ønsker vi så at analysere denne dynamik igennem? Her kan Sine Lehn-Christensens teori om tværfagligt samarbejde i sundhedspraksis benyttes. Vi har valgt at inddrage Lehn-Christiansens forståelse heraf, som hun beskriver i bogen *Tværfagligt samarbejde i Sundhedsfaglig Praksis*. I vores arbejde med Lehn-Christiansens teori og begreber, har vi haft øje for, at hendes videnskabsteoretiske forståelsesramme befinder sig inden for konstruktivismen, mens vi har en hermeneutisk forståelse af problemfeltet. Dette gør, at vi har trådt varsomt i forhold til vores forståelse og tilgang samt brug af hendes teoretiske forståelse af tværfagligt samarbejde.

Lehn-Christiansen definerer tværfagligt samarbejde således:

Tværfagligt samarbejde er en magtfuldt praksis, hvor sundhedsprofessionelle med forskellige fagligheder og/eller institutionelle tilhørsforhold løser forskellige opgaver i relation til forebyggelse, diagnostik behandling, pleje og/eller rehabilitering
(Lehn-Christiansen, 2016: 25).

Tværfagligt samarbejde skal dermed forstås som et møde mellem forskellige fagligheder i deres forsøg på at løse en opgave. I vores forståelse af tværfagligt samarbejde har vi valgt at læne os op ad Sine Lehn-Christiansens analytiske optik, hvor hun beskriver fire teoretiske fokusområder, som er med til at skabe en forståelse af det tværfaglige samarbejde. De fire fokusområder er følgende: Institutionel kontekst, kompleksitet/distance, magt og rationaler/normer (Lehn-Christiansen, 2016: 24). Vi vil især fokusere på fokusområder der omhandler magt, rationaler og normer, men for forståelsen skyld skitserer vi kort alle fire områder.

Institutionel kontekst: Da institutionelle vilkår har stor betydning for det tværfaglige samarbejde, skal man altid forstå den institutionelle kontekst, for at kunne forstå samarbejdet der opstår (Lehn-Christiansen, 2016: 26). Dette kan bl.a. omhandle, hvorledes forskellige enheder kan være underlagt forskellig lovgivning og regler men forventes at skulle arbejde sammen om et fælles mål. Vores forskningsfelt er indenfor det danske sundhedsvæsen i ældreplejen. Det er derfor afgørende at klarlægge, hvad hverdagsrehabiliteringen rent organisatorisk er, for at kunne sige noget om det tværfaglige samarbejde

samarbejde der opstår, både internt i hverdagsrehabiliteringsteamet (også kaldet teamet) og eksternt i samarbejdet med visitation, hjemmeplejen og døgnrehabiliteringen, som er teamets tætteste samarbejdspartnere.

Kompleksitet/distance: I arbejdet med at forstå tværprofessionelt samarbejde skal man have øje for, at forståelsen af tværprofessionelt samarbejde er forskelligt fra instans til instans (Lehn-Christiansen, 2016: 28). Hver afdeling har sin egen forståelse af, hvordan man arbejder tværfagligt. Og på tværs af deres forskellige forståelsesrammer, skal der findes en måde at samarbejde om borgerens mål og ønsker.

Magt: Da magtforholdene, der opstår i mødet mellem teamet og hjemmeplejen, vil blive et omdrejningspunkt i vores analyse, vil vi her dykke ned i Lehn-Christiansens forståelse af magt i det tværprofessionelle samarbejde, for at danne os en teoretisk forståelse af, hvordan man kan forstå magt i en tværprofessionel kontekst. Lehn-Christensen beskriver:

Ved at fokusere på tværprofessionelt samarbejde som en magtfuldt praksis, kan man opnå indsigt i dynamikker, der opstår, når sundhedsprofessionelle med forskellige baggrunde og organisatoriske tilhørsforhold mødes og interagerer fagligt (Lehn-Christiansen, 2016: 30).

Man skal dermed forstå, at magt er en helt central dynamik i samarbejdet. Så snart der opstår et møde mellem forskellige fagligheder, forståelsesrammer og organisatoriske rammer, vil der opstå en forhandling om magtens placering og karakter. Sundhedsprofessionerne opnår en magt gennem deres uddannelse, og under dette ligger en forståelse af, at den sundhedsuddannede har ret, pligt og mulighed for at handle ud fra deres faglige forståelse. En forståelse de både selv skaber, men som omverdenens forventninger også er med til at skabe (Lehn-Christiansen, 2016: 31). Vi ønsker at forstå magt som et uundgåeligt element i samarbejdet mellem forskellige parter. Dermed ser vi ikke magt som noget negativt men som et naturligt vilkår i alle møder mellem mennesker. Vi ønsker også at undersøge, om der opstår en ulige magtforståelse og hierarki uafhængig af den uddannelsesmæssige baggrund mellem de ansatte i hverdagsrehabiliteringsteamet og de ansatte i hjemmeplejen. De to instansers medarbejdere består overvejende af SOSU-assistenter, og dermed kunne forventes at have samme magt og status. Vi ønsker at belyse hvorfor og hvordan, der opstår en dynamik mellem de to instanser.

Rationaler/normer: Lehn-Christensen beskriver, hvorledes rationaler er afgørende for det tværprofessionelle samarbejde. Hun beskriver, at rationaler indeholder en række logikker, som er bestemmende for, om forskellige beslutninger og handlinger er meningsfulde (Lehn-Christiansen, 2016: 36). Dermed kan man også forstå, at mødet mellem forskellige rationaler, herunder logikker og professionsetikker, kan udfordre et samarbejde.

Ifølge Lehn-Christensen er normer med til forme samarbejdet. Normer er med til at skabe en forståelse at rigtig og forkert, godt og dårligt (Lehn-Christiansen, 2016: 36). Forskellige normer hos aktører der skal indgå i et samarbejde, kan derfor også besværliggøre relationen, hvis forståelsesrammerne er forskellige. Normer og rationaler hænger sammen, da rationalerne er med til at forklare normer, og give dem deres status, som noget der ikke længere sættes spørgsmålstegn ved (Lehn-Christiansen, 2016: 37). Der ligger en magt i normer, som værende noget der ikke lige kan ændres. Og denne normative magt, som vi ser at teamet lægger i hverdagsrehabiliteringstilgangen, ønsker vi at klarlægge i analysen.

9.2.1 Når professionskampe opstår

Ifølge Lehn-Christiansen skal man forstå professioner som dynamiske, og noget der forandres over tid. At være en professionel inden for sit felt skaber et særligt perspektiv på verden; En professionsbestemt forståelsesramme. Når en profession møder en anden profession, som arbejder med en anden forståelsesramme, kan der opstå konflikter og vanskeligheder i samarbejdet (Lehn-Christiansen: 95). Dette gælder ikke blot for professioners møde, men kan ses som en helt overordnet udfordring når mennesker, med forskellige tilgange og forståelsesrammer, mødes i alle livets henseender.

Inden for professionerne vil der løbende ske en ændring i magt-viden-relationerne, og dette medfører nye forståelser, dynamikker og behandlingsformer (Lehn-Christiansen: 96). Professioner vil dermed altid være i forandring. Helt overordnet har der det forgangne årti været en tendens i sundhedssystemet, hvor man er gået fra en vision om generalister til specialister. Dette har været med til at gøre sundhedsvæsenet mere fragmenteret, da de højt specialiserede fagområder, af organisatoriske og faglige forståelser, er udfordret i samarbejdet. Her kan borgeren risikere at komme i klemme og opleve usammenhængende forløb (Lehn-Christiansen: 105).

9.2.2 Professionsidentitet

Menneskets identitet er forbundet til bl.a. vores køn, alder, klasse, etnicitet, nationalitet og seksualitet. Ud over dette er vores identitet også forbundet til vores arbejdsliv, hvilket man kan omtale som professionsidentiteten (Lehn-Christiansen: 111). En professionsidentitet opstår ikke blot gennem et eksamensbevis, men den skabes gennem et samspil mellem relationer, forhandlinger og konteksten (Lehn-Christiansen: 109-110). Professionsidentitet er dermed ikke noget stationært, men noget der konstant er under udvikling.

Både Lehn-Christiansen og Wackerhausen beskriver, hvorledes man kan forstå professionsidentitet på både et makro- og et mikroniveau. Makroniveauet er inddelt i tre forhold: 1. De regulerende forhold, bl.a. autorisation. 2. Den samfundsmæssige opfattelse af professionen. 3. Forståelsen, som etableres af uddannelsesinstitutioner og faglige organisationer. På makroniveauet ligger den kulturelle og samfundsmæssige forståelse af professionen. På mikroniveauet ligger de udtalte normer inden for en specifik profession, som klarlægger, hvordan dets medlemmer skal opføre sig (Lehn-Christiansen: 109, Wackerhausen, 2009). Herunder vil der være tale om den daglige interaktion og forhandlinger med kollegaer og samarbejdspartnere. Ved dannelsen af professionsidentiteten kan der, både på mikroniveau og på makroniveau, opstå magtkampe (Lehn-Christiansen: 110). Lehn-Christiansen beskriver, hvorledes professionsidentitet skabes over tid i samspil mellem relationer og konteksten man er en del af (Lehn-Christiansen: 110). Når man tilhører en gruppe, og identificerer sig med denne, vil man tillægge gruppen positive træk, og der skabes dermed et tilhørsforhold til gruppen. De grupper man derimod ikke identificerer sig med, tillægger man automatisk mindre positive træk, og dette har den effekt, at ens eget tilhørsforhold til egen gruppe styrkes (Oliver, 2013: 775-776). Når professionelle på mikroniveau indgår i et samarbejde, er det ikke kun forskellige professioner der mødes, det kan også være forskellige sociale positioner, køn eller klasser der brydes (Lehn-Christiansen: 112). Forståelsesrammen påvirkes af mange forskellige faktorer hos den enkelte, og alle disse kan potentielt spille en rolle i mødet med en samarbejdspartner. Når vi i analysen ønsker at fortolke på magtforholdet, mellem hverdagsrehabiliteringsteamet og hjemmeplejen, er det ikke kun en magtrelation mellem uddannelsesniveau, men også parternes sociale position, faglige kompetencer og forståelse af ældreplejen, der synes at vægte relationerne.

Ifølge Lehn-Christiansen handler tværprofessionelt samarbejde også om en følelse af samhørighed, en oplevelse af at høre til i en gruppe og danne en fælles forståelse og tilhørsforhold (Lehn-Christiansen: 109). Wackerhausen beskriver i samme kontekst, hvorledes den professionelle naturligt forsøger at følge

usagte normer, tale på en bestemt måde og have den rigtige forståelse og dermed vise gruppen, at man er en af dem. Gruppen skaber en fælles forståelse af "hvem er vi", og igennem dette vil der opstå en følelse af sammenhold, hvilket er med til at vedligeholde gruppens fælles professionsidentitet. Ifølge Wackerhausen er skabelsen og vedligeholdelsen af en professionsidentitet ikke en tidsafsluttet proces, men derimod noget der ofte genforhandles og forandres (Wackerhausen, 2009).

Når arbejdsfællesskaber opstår, kan det ses som kulturelle fællesskaber, hvor der opstår et "os" og et "dem" (Lehn-Christiansen: 112). Lehn-Christensen beskriver denne modpolsforståelse således: "*For at vide, hvem man selv er, må man vide, hvordan vi adskiller os fra de andre*" (Lehn-Christiansen: 112). Der opstår en intern bekræftelse i gruppen om, at man tilhører den rigtige gruppe med de rette værdier og den rette forståelse. I analysen vil denne pointe blive udfoldet, for at forklare hvorfor teamet oplever, at de gør alt det rigtige i deres hverdagsrehabiliterende arbejde med de ældre, mens det er hjemmeplejen og deres andre samarbejdspartnere, der ikke forstår og har den rette tilgang til den ældre.

I et hvert tværprofessionelt samarbejde kan der opstå professionskonflikter. Ifølge Lehn-Christiansen, kan det opstå konflikter, i et værdisammenstød mellem individer, professioner eller instanser (Lehn-Christiansen: 115). Dette kan bl.a. være, når der opstår uenighed om en behandlingsmetode, arbejdsvilkår eller, som i vores case, hvor hele tilgangen til og forståelsen af ældreplejen, ses et værdisammenstød mellem rehabiliteringstilgang og omsorgstilgangen.

9.2.3 Professioners A- og B-hold

Professor i pædagogik Katrin Hjort beskriver hvorledes der, som et symptom på velfærdsstatens rationalisering, specialisering og effektivisering, er åbnet døre for nye arbejdsopgaver og måder for de professionelle at arbejde på (Hjort 2014: 12-13). I denne sammenhæng anser vi den relativt nye rehabiliteringstilgang som et eksempel på Hjorts syn på nye arbejdsfunktioner i velfærdsstaten. Hjort beskriver, at denne ændring medfører nye karrieremuligheder for den professionelle, og derigennem også indbyrdes konkurrence internt i professionerne og professionerne imellem. Hjort skitserer et A-hold, som består af de medarbejdere, der får mulighed for kurser, videreuddannelse og nytænkning af opgaver. Og så et B-hold, der fortsat udfører de rutinemæssige opgaver (Hjort 2014: 12-13). Denne selektionsproces mellem et A- og et B-hold medfører stigende hierarkisering, hvor nogen opnår en mulighed for at få indflydelse og være medskabende i nye vidensmonopoler, mens andre bliver stigmatiseret som lavt kvalificerede rutinearbejdere (Hjort, 2006: 342). Denne opdeling af professionernes status og

arbejdsopgaver ser vi som værende udfordrende for samarbejdet intern i professionerne. Hvor de kan have en fælles uddannelsesmæssig baggrund, men, på trods af dette, opnår én del af arbejdsstyrken status og magt, som andre ikke bliver en del af. Dette perspektiv udfoldes yderligere i analysen, i forhold til hierarkier mellem de medarbejdere, der besidder stillingerne i hverdagsrehabiliteringen, over for medarbejderne, der arbejder i hjemmeplejen.

10 Analysestrategi

I dette kapitel præsenterer vi specialets analysestrategi, som er måden hvorpå og hvordan vi har valgt at analysere feltet vi beskæftiger os med. Vi fremlægger i afsnittet vores metodiske fremgangsmåde i forhold til kodning og tematisering, og dernæst de centrale temaer der opstod i vores arbejde med empirien.

10.1 Forskningsstrategi

Vores videnskabsteoretiske samt vores teoretiske afsæt blev udarbejdet sideløbende med vores empirigenerering, hvilket har haft betydning for, hvorledes vi har valgt at analysere vores empiriske materiale. Vi har valgt at anvende en åben kodning, hvorfra temaer og kodninger fra interviewmaterialet udspringer, og vi har udvalgt analytiske begreber efterfølgende, til at beskrive de mønstre der er fremkommet under kodningen. Vi fastlagde dermed ikke teorien på forhånd, idet vi mente, at vi bedst mulig kunne belyse vores genstandsfelt ved at følge informanternes fortælling, og først derefter vælge prismet det skulle fortolkes igennem. Denne tilgang kaldes også for den induktive tilgang, idet vi følger temaerne fra interviewmaterialet og bevæger os på den måde fra det specifikke til det generelle (Bogicevic, Gjødsbøl & Jensen, 2021: 86). I forhold til analysearbejdet har vi konstant bevæget os mellem empiri og teori og derved har analysearbejdet både været præget af en induktiv- og abduktiv metode. Abduktion bidrager til at opnå overraskelser og nye indsigter, som forskeren må forsøge at gøre forståelige ved hjælp af teori. Metoden koncentrerer sig om den kontekst hvori forskerens undring opstod (Atumidt, u.å.; Douven, 2021), som i vores tilfælde var rehabiliteringsteamet i vores case-kommune.

For at danne os et overblik over indholdet af samtlige interviews har flere aflytninger og gennemlæsninger af vores interviewmateriale været nødvendige. Ved første gennemlæsning af interviewene, dannede vi os et overblik over materialet, og noterede de første indtryk. Da materialet blev læst igennem for anden gang, påbegyndtes kodningen, som bestod af kategorisering af relevante temaer og nøgleord, som vi anvendte til at systematisere materialet (Poulsen, 2019: 111). Under hele kodningsprocessen sad vi sammen og gennemgik alle interviews. Vi sad begge med det transskriberede materiale og lyttede samtidigt til lydfileerne. Dette var en tidskrævende fremgangsmåde, men det hjalp os til at få en dybdegående forståelse af hele empirimængden, og undervejs i kodningsprocessen havde vi snakke om vigtige temaer. Problemformuleringen var medvirkende til at strukturere vores interviewguide, og i dette speciale har vi brugt begrebsdrevne koder i forbindelse med bearbejdningen af interviewmaterialet. Der vil således være koder, som kan føres helt tilbage til vores problemformulering (Poulsen, 2019: 111-112).

I analysen vil det ikke fremgå, om citaterne stammer fra de individuelle interviews eller fra fokusgruppinterviewet. Vi har valgt at kode både de semi-strukturerede interviews og fokusgruppinterviewene under samme temaer, for at få et så nuanceret billede af hovedtemaerne som muligt. Vi har dog øje for, hvorledes fokusgruppinterviewet skabte et andet socialt samspil, grundet informanternes indbyrdes relationer og interaktioner i interviewet, som vi undervejs i analysen vil fremlægge.

Da vi valgte at lave en tematisk analyse, som tager afsæt i begrebsdrevne koder, gennem grundig lytning, læsning, kodning og kategorisering af det empiriske materiale (Kristensen, 2019b: 202-203), er informanternes udsagn kodet i følgende syv temaer:

1. *Meningsfuldt*: Hvorfor oplever informanterne at hverdagsrehabilitering for ældre er meningsfuld?
2. *Professionsidentitet*: Hvilken betydning har arbejdet med hverdagsrehabilitering for de sundhedsprofessionelles professionsidentiteter og oplevelse af magt og status?
3. *Tværfprofessionelt samarbejde i teamet*: Hvilke dynamikker og magtbalancer opstår i det tværfprofessionelle samarbejdet i teamet?
4. *Tværfprofessionelt samarbejde med eksterne samarbejdspartnere*: Hvilke hierarkierne opstår imellem teamet og hjemmeplejegruppen?
5. *Organisering og strukturering*: Hvilken betydning har organisering og den fysiske placering for rehabiliteringsteamet?
6. *Definition på hverdagsrehabilitering*. Hvordan definerer teamet hverdagsrehabilitering?
7. *Pårørendes rolle*. Hvilken betydning har de pårørendes rolle i relation til hverdagsrehabilitering?

Efter vi havde kodet samtlige interviews ud fra ovenstående syv temaer, fremkom det tydeligt, at der var temaer som ville fremstå stærkere ved at slå dem sammen. Der var dertil temaer, der udgik, inden vi påbegyndte analysearbejdet, idet de ikke havde relevans i forhold til besvarelsen af vores problemformulering. Temaer der udgik, var tema 1. *Meningsfuldt*, og tema 7. *Pårørendes rolle*. Dog vil tema 7 blive behandlet i vores perspektivering.

Vores endelige tre analysedele ser således ud:

1. De sundhedsprofessionelles forståelse af hverdagsrehabilitering
2. Hierarkier og professionsidentiteter i rehabiliteringsteamet
3. Det tværfprofessionelle samarbejde med hjemmeplejen

11 Analyse

I det følgende afsnit vil vi fremlægge vores analyser, som har sit afsæt i empirien skabt gennem vores semi-strukturerede interviews og fokusgruppeinterview. Under bearbejdelsen af vores interviews fremkom der forskellige temaer, og det blev tydeligt for os, at der var temaer som fyldte mere end andre. Vi har valgt at inddele vores analyse i tre dele, hvor første del omhandler de sundhedsprofessionelles egen forståelse af hverdagsrehabilitering. Anden del handler om professionsidentitet og hierarkier internt i rehabiliteringsteamet (vil i analysen også fremgå som teamet). Analysens tredje del vedrører det tværprofessionelle samarbejde med hjemmeplejen, hvor vi analyserer på de magtforhold og status, der opstår mellem rehabiliteringsteamet og hjemmeplejegrupperne.

Det borgerrettede perspektiv vil kun indgå i et begrænset omfang for at skabe en forståelse af konteksten, hvori vi undersøger sundhedspersonalets position.

11.1 Del 1: De sundhedsprofessionelles forståelse af hverdagsrehabilitering

I det første afsnit af analysen vil vi se nærmere på hvad sundhedspersonalet, i vores case, forstår ved konceptet hverdagsrehabilitering. Vi ønsker dernæst at klarlægge, hvorledes hverdagsrehabilitering forstås på forskellige måder alt efter informanternes uddannelser og erfaringsrammer indenfor området.

11.1.1 Sygeplejersken støtter og vejleder

Vi er interesseret i at forstå, hvilke ændringer de professionelle har oplevet i deres professionsidentitet, efter introduktionen af hverdagsrehabiliteringsparadigmet. Men først, hvordan oplever de professionelle overhovedet det paradigme, de selv er en del af, udmønte i sundhedsvæsenet? En sygeplejerske fortæller:

(...) vi kommer ikke og gør tingene for dem, men vi kommer og støtter og vejleder og guider og vurderer. (...) Hvorfor skal vi komme og gøre det her, hvis borgeren selv kan? Det er ikke fordi, jeg ikke vil, men det er simpelthen for at have borgeren så meget med som overhovedet muligt. (Sygeplejerske).

Vi ser, ud fra citatet, at sygeplejersken har et ønske om at påtage sig en rolle som coach, snarere end omsorgsperson, som er hendes oprindelige mantra gennem uddannelsen. Hun udtrykker, at det er vigtigt at der støttes op om den ældres egne valg, og der vejledes, i det omfang det er nødvendigt, med det sigte at den ældre bliver i stand til at tage vare på sit eget liv. Vi ser et ønske hos sygeplejersken om den aktive og ansvarlige ældre borger. Dette menneskesyn læner sig op ad konkurrencestatens syn på borgerne, hvor der stræbes efter en proaktiv borger, som tager ansvar for sit eget liv (Beedholm & Frederiksen, 2015: 156). Der ses et ønske om, at den ældre holder sig aktiv og deltagende i samfundet hele livet.

Sygeplejersken har et ønske om at aktivere borgeren så meget som muligt og føler, at det er centralt for den rehabiliterende opgave. Men hvordan definerer hun selv rehabilitering?

Udfordringen i den rehabiliterende sygepleje er, at det aldrig nogensinde er blevet beskrevet. Når du går ind og læser om rehabiliterende sygepleje, så er der ikke nogen definition af, hvad der ligger i at arbejde som rehabiliterende sygeplejerske.
(Sygeplejerske).

Ifølge sygeplejersken udestår en klar definition af rehabiliterende sygepleje. Det komplicerer hendes arbejde i teamet, da der ikke er en entydig forståelse af, hvilke opgaver man som sygeplejerske bør varetage i et rehabiliteringsteam. Dette støttes bl.a. af fund fra Bæch, 2021 samt Kjellberg & Graff, 2017, der beskriver, at især sygeplejersker kan have svært ved at finde deres plads i hverdagsrehabiliteringsparadigmet. Dels grundet at ingen, hverken ledelsen eller sygeplejerskerne på gulvet, helt ved hvad rehabiliterende sygepleje skal defineres som.

Vi mener, at det er et reelt problem, at der findes flere definitioner af rehabilitering, men ikke en entydig definition af hvad rehabiliterende sygepleje er; Et område hvor der postes milliarder i rehabiliteringsforløb på ældreområdet (Dalsgaard, Kjærgaard & Lemvigh, 2020). Der ses et helt paradigmeskift i ældreplejen, og uddannelserne for SOSU-hjælper og SOSU-assistent er gennemsyret af et rehabiliteringsfokus, og alligevel er opgaven i bund og grund uklar, fordi man ikke har valgt en klar definition fra starten. Dette medfører, at hver afdeling selv kan definere og organisere sig, ud fra deres vinkel og synspunkt på hverdagsrehabilitering. At der ikke findes en klar definition på hverdagsrehabiliterende sygepleje, kan både bidrage til at skabe fleksibilitet i tilrettelæggelsen og udførelsen af arbejde, men det kan også skabe udfordringer, når flere professioner arbejder sammen om at løse en opgave, når opgavefordelingen ikke er tydelig defineret.

11.1.2 Hjælp til selvhjælp

Sygeplejerskens personlige definition af hverdagsrehabilitering blev, i mangel på en central definition, at borgeren skal aktiveres til at deltage så meget som muligt i eget liv. En lignende vinkel på definitionen blev leveret af vores informant med SOSU-assistent baggrund. SOSU- assistent 2 fortæller her:

Jamen, det [hverdagsrehabilitering] er at skabe en god ramme i borgerens eget hjem. Altså så det er trygt for borgeren at komme tilbage til sit vanlige niveau. Altså det er jo helt basalt. (SSA2).

SOSU-assistenten har en forståelse af, at hverdagsrehabilitering er et redskab til at få borgeren tilbage på sit velkendte niveau. Hun beskriver det som værende *helt basalt*. I dette ordvalg ligger der en form for normativ forståelse af, at hverdagsrehabilitering burde være en selvfølgelighed i tilgangen til den ældre. Denne normative forståelse af hverdagsrehabilitering, som værende noget åbenlyst ønskværdigt i tilgangen til ældre, var noget vi generelt oplevede at alle informanter italesatte på forskellig vis. I samme kontekst bemærker SOSU-assistent 1:

(...) det er da utroligt vi ikke er kommet i tanke om at gøre det [hverdagsrehabilitering] noget før. (SSA1).

SOSU-assistenten støtter her fuldt ud op om hverdagsrehabilitering, i en sådan grad, at hun sætter spørgsmålstejn ved, hvordan det overhovedet har kunnet lade sig gøre, at man ikke har opfundet den rehabiliterende tankegang noget før. Samme SOSU-assistent beskriver, hvorledes hun i det hverdagsrehabiliterende arbejde, i udtalt grad, arbejder efter idéen om *hjælp til selvhjælp*, et af tidens store principper indenfor sundhedsfremme. Vi ser at princippet om *hjælp til selvhjælp* er blevet en general tilgang til brugere i alle afkroge af sundhedssystemet (Wulff, 2017), og ud fra SOSU-assistentens citat mener vi, der ses en forståelse af, at den rehabiliterende tilgang er den mest naturlige tilgang til den ældre borger. Alderdommen skal dermed ikke være et sted, hvor den ældre fritages for ansvar, men et sted hvor den ældre fortsat opnår nye færdigheder og bibeholder et aktivt og selvhjulpent liv.

11.1.3 Ergoterapeuten putter hænderne i lommen

Ovenstående var altså de klassiske omsorgsfags definition af rehabilitering. Men hvordan adskiller den sig fra terapeutens definition? Adspurgt om, hvad rehabiliteringen betyder for hende, beskriver hun at hverdagsrehabilitering handler om at give borgeren plads til at udføre opgaverne selv:

Hele den her tankegang om at man måske bare nogle gange skulle stoppe op og putte hænderne i lommen og se, hvad gjorde borger egentlig ved eget initiativ og vurdere denne her behov for støtte. (Ergoterapeut).

Ifølge ergoterapeuten skal man, ud fra en rehabiliterende tankegang, lære at observere borgeren uden at intervenere, og derigennem klarlægge hvad borger gør, uden at man blander sig. Med en rehabiliterende tankegang undgår man at fratage borgeren retten til at prøve selv.

Her ser vi en tydelig diskrepans mellem de to omsorgsfags forståelser af hverdagsrehabilitering, hvor SOSU-assistenterne og sygeplejersken fortæller, at borgeren skal hjælpes, støttes og guides samt have trygge, hjemlige rammer til at udøve hverdagsrehabiliterende opgaver i. Terapeutens forståelse af hverdagsrehabilitering er, at borger skal observeres med *hænderne i lommen*, og terapeutens opgave er at vurdere og iagttage borgeren nøgtern uden at påvirke ham. Der ses tydelige spor fra et omsorgsparadigme ved de første forståelser af hverdagsrehabilitering, som ikke ses hos ergoterapeuten, hvis forståelse bygger på et testparadigme, hvor aktiviteter skal afprøves og testes med det formål, at klarlægge hvad borgeren kan ved eget initiativ.

Derudover pointerer ergoterapeuten, hvorledes hun ser, at hverdagsrehabilitering er det objektivt bedste for borgeren:

Men som jeg oplever det, så er det virkelig til borgers eget bedste. De kan holde sig friske længst muligt, de kan have et indholdsrigt liv, de kan have et liv med noget kvalitet. I stedet for at de funktioner de måske havde blev taget fra dem, ved at de blev passet og plejet. Og man kan jo sige, at tankegangen er jo god, men der skal bare være en balance imellem det her omsorg og aktivitet, fordi ellers så visner kroppen bare. (Ergoterapeut).

Ergoterapeuten giver udtryk for at borgere, gennem den rehabiliterende tankegang, får mulighed for at bibeholde et indholdsrigt liv, netop ved *ikke* at blive passet og plejet. Derimod kan borgeren vedligeholde sit funktionsniveau i en balancegang mellem omsorg og aktivitet. Dette citat rummer essensen af, hvordan teamet generelt italesætter og tilslutter sig rehabiliteringstilgangen.

11.1.4 Delkonklusion

Hverdagsrehabilitering forstås forskellig afhængig af informanternes uddannelsesmæssige baggrund, og det, at der ikke findes en central definition af rehabiliterende sygepleje, har betydning for informanternes forskelligartede udtalelser. Selvom der er sket et paradigmeskift i ældreplejen, fra omsorg til rehabilitering, kan vi se hvordan omsorgstilgangen trods alt er til stede hos både SOSU-assistenterne og sygeplejerskerne. Hvorimod ergoterapeuten udelukkende har en rehabiliterende tilgang; Og uden træning visner kroppen. Der udtrykkes videre en normativ forståelse blandt informanterne om, at hverdagsrehabilitering er den eneste rigtige tilgang til borgeren i ældreplejen.

11.2 Del 2: Hierarkier og professionsidentiteter i rehabiliteringsteamet

Hverdagsrehabilitering mangler en central definition, hvorved den enkeltes egen definition får større vægt. Når professionelle med større kapital i teamet indtager en holdning, kan denne gennemtrumfe andres holdninger, selv hvis denne går imod deres traditionelle professionsforståelse. Vi ønsker derfor at undersøge hierarkierne og professionsidentiteterne der findes i teamet, både indadtil og udadtil, mod hjemmeplejen.

11.2.1 Møghamrende dygtige

Samtlige informanter giver udtryk for, at de arbejder i et dygtigt team med en bred viden og mange kompetencer. Der kan være mange årsager til, at teamet betragter sig selv som værende en fagligt dygtig gruppe – for det gør de uden tvivl! I interviewene beskriver de sig selv som *møghamrende dygtige*, og at de giver borgeren et *knaldhamrende godt forløb*. Ergoterapeuten fortæller desuden, at det er nogle *absurd dygtige* assistenter og sygeplejersker, hun arbejder sammen med. De betragter sig selv som et meget dygtigt team, bestående af forskellige kompetente faggrupper, og alle, der arbejder i teamet, er meget begejstret for at arbejde med hverdagsrehabilitering. Sygeplejersken beskriver dertil, hvordan det for hende var et *drømmescenarie* at arbejde i et team, hvor de udelukkende arbejder rehabiliterende. Samme overvejelser gør sig gældende for en SOSU-assistent i teamet, som ligeledes udtrykker:

Man kan sige, at det der også gøres specielt i sådan et team, det er jo, at det er folk der har søgt det, folk der ønsker det at arbejde rehabiliterende. Og det er jo superfedt at arbejde sammen med mennesker, der har den samme gnist og den samme interesse som en selv. Det vokser man jo af, og det synes jeg jo tydeligt, at vi mærker i vores team. (SSA1).

Ovenstående citat illustrerer, hvordan alle i teamet oplever en særlig interesse og gejst, i at arbejde rehabiliterende. Flere informanter beskriver ligeledes, at der er en generel begejstring for at arbejde i teamet, og at mange af deres elever søger ansættelse hos dem efterfølgende. Dette er en populær arbejdsplads og et attraktivt team af være en del af. Vi tolker ovenstående udtalelser således, at de sundhedsprofessionelle i teamet oplever at have opnået en særlig status i deres arbejde, en status som påvirker deres professionsidentitet. Det kan man se igennem begrebsrammen fra Lehn-Christiansen og Wackerhausen vedr. professionsidentitet, som viser, at de professionelles professionsidentiteter i rehabiliteringsteamet besidder en status på både et *mikroniveau* (hvad tænker man internt i gruppen?)

og på et *makroniveau* (hvad tænker samfundet om professionen?) (Lehn-Christiansen 2016: 109, Wackerhausen, 2009). Mikroniveauet kan bl.a. forstås som usagte normer, som viser, at den professionelle er "en af os" og makroniveauet kan forstås som den samfundsmæssige og kulturelle opfattelse af en professionsidentitet.

En informant beskriver, at teamet er privilegeret ved ikke at have problemer med at besætte deres stillinger, mens der er store problemer med rekruttering af personale til hjemmeplejen. Dette kan anskues som et eksempel på, at professionsidentiteterne i teamet har en højere status på makroniveau sammenlignet med hjemmeplejen. På mikroniveau påvirkes professionsidentiteterne ved, at der skabes et særligt indbyrdes tilhørsforhold, blandt de sundhedsprofessionelle i et team, og man udviser, ifølge Lehn-Christensen, sit professionstilhørsforhold ved at tale på en bestemt måde og bruge de rigtige ord og begreber, og der opstår derigennem en norm for adfærden i teamet. I rehabiliteringsteamet opstår der en fælles forståelse af, at de kan noget særligt, hvor de bekræfter hinanden i, at hverdagsrehabilitering er vejen frem.

11.2.2 Nyt rehabiliteringskoncept skaber en ny professionsidentitet

En SOSU-assistent fortæller hvordan hun, som nyansat i teamet, oplevede at skulle indtage en "ny professionsidentitet". Hun havde fra tidligere ansættelser i sundhedsvæsenet overvejende arbejdet ud fra en omsorgstankegang. Hun fortæller:

Jeg skulle lige have en anden tankegang og en anden information til borgeren. Men jo, det var svært i starten, for de [kollegaer] sagde hele tiden: "Du skal ikke gøre det, du skal se hende gøre det eller give hende et redskab". (SSA2).

SOSU-assistenten giver udtryk for, at det var udfordrende for hende at arbejde med en rehabiliterende tilgang, efter i mange år at have arbejdet ud fra en pleje- og omsorgstankegang. Ved at kollegaer gjorde hende opmærksom på hendes, efter teamets mening, forkerte tilgang til en borger, ændrede hun løbende sin tilgang. Dette citat udviser hendes forandring i professionsidentitet. Først oplever hun en modstand mod det nye og fremmede, men løbende indtager hun gruppens normer, viden og forståelse. Hun køber præmissen og bliver en del af fællesskabet.

I relation til Bourdieus habitus-begreb, som bl.a. omhandler ens vaner, normer, holdninger og værdier, handler man som individ ud fra det man har med sig gennem livet. Man handler både ud fra ens livshistorie og det man som professionel har tilegnet sig i bestemte miljøer. Når der er overensstemmelse mellem den plads, individet har indtaget, og at det opleves meningsfuldt, vil man ifølge Bourdieu, optræde som en fisk i vandet (Bourdieu & Wacquant, 1996: 113; Larsen, 2010: 58-60).

SOSU-assistenten giver udtryk for, at hun skulle tilegne sig nye vaner, efter hun begyndte at arbejde ud fra en rehabiliterende tilgang. Ifølge Bourdieu tilhører en habitus til ethvert felt, men det er ikke ensbetydende med, at vaner, normer og værdier er indlejret hos individerne, så man fra starten af blindt handler efter de pågældende principper og forståelser i feltet. Ifølge Bourdieu tilegnes habitus gennem erfaring og tid og vil medføre at man med tiden, i langt de fleste tilfælde, vil handle ubevidst og forudsigeligt uden at stille spørgsmålstejn ved måden at gøre det på (Larsen, 2010: 58-60; Høiris, 1993). SOSU-assistenten fortæller, hvordan hun tilegnede sig den rehabiliterende tilgang med tiden, og at det nu er en helt naturlig måde for hende at samarbejde med den ældre borger på. Hun har tilegnet sig samme forståelse, som resten af teamet, om at rehabilitering er den eneste rigtige tilgang til den ældre borger. Vi ser, at der ikke findes en mulighed for at lave et kompromis, hun skulle "købe" hele rehabiliteringskonceptet, for at blive en integreret del af teamet.

11.2.3 Sygeplejerskens professionsidentitet i et hverdagsrehabiliteringsteam

Med en rehabiliteringstilgang er fokus overvejende på træning, og inddragelsen af sygeplejerskerne har i et vist omfang manglet (Bæch, 2021; Limborg og Albertsen, 2013; Kjeldsen, 2017). Den interviewede sygeplejerske fortæller, hvorledes hun overvejende arbejder selvstændigt og løser sine egne opgaver. Vi ser helt overordnet sygeplejersken som teamets solospiller. Vores informant fortæller:

(...) der ligger et gammelt levn, der er stadigvæk nogle som ikke altid tænker sygeplejen rehabiliterende, at de meget hurtigt siger, at det ikke har noget med os at gøre, for der er kun sygepleje hos den her borger. Der skal jeg og vi stadigvæk arbejde med at få nedlagt den myte. (Sygeplejerske).

I citatet udtrykker sygeplejersken en tilkendegivelse af, at det er svært for de andre faggrupper at forstå vigtigheden af, at de sygeplejefaglige opgaver bliver prioriteret i rehabiliteringsteamet. Ud fra citatet ser vi, at sygeplejersken har svært ved at legitimere sin egen rolle i teamet, og hun beskriver, hvorledes

kollegaer ikke altid har så stor forståelse for, hvad rehabiliterende sygepleje omhandler. Sygeplejersken beskriver, hvorledes den sygeplejefaglige rehabilitering bliver nedprioriteret og i værste fald helt glemt. Vi tolker, at der er en tydelig forståelse af hvad hverdagsrehabilitering kan på et aktivitetspræget niveau, men når det kommer til sygeplejefaglige opgaver, synes det mere diffust.

Sygeplejersken fortæller desuden, at mange borgere har smerteproblematikker, mave-tarm- eller urinvejsproblematikker og ernæringsproblematikker, og argumenterer for, at der er et relativt stort sygeplejefagligt behov. Hun beskriver hvorledes den hverdagsrehabiliterende sygeplejerske, i nogle tilfælde, kan oplære borgeren i medicindispensering, stomi- og kateterpleje. Sygeplejersken udtrykker, at den sygeplejefaglige viden er vigtig, både i forhold til at vurdere borgerens helbredsmæssige og fysiske kunnen, men også i forhold til at betragte de mentale forudsætninger for at indgå i et rehabiliteringsforløb.

Lehn-Christiansens tanker, om arbejdet i et tværprofessionelt felt bidrager her med en ny vinkel. Hun finder, at det kan være udfordrende at opnå en fælles forståelse med andre sundhedsprofessionelle i teamet, idet man kan se forskelligt på den sundhedsfaglige opgave, sig selv og andre sundhedsprofessionelle (Lehn-Christensen, 2016: 95). Sygeplejersken oplever at have svært ved at finde sin plads i teamet, da sygeplejeopgaverne ikke anerkendes af kollegaerne i teamet. Sygepleje vurderes generelt ikke som havende samme rehabiliterende værdi som træning og afprøvning af aktivitet. Der mangler dermed en fælles forståelse i teamet om, hvad rehabiliterende sygepleje er og kan. Ifølge Lehn-Christiansen (2016: 96) agerer man som sundhedsprofessionel på baggrund af ens faglighed, hvilket implicerer et område, som er præget af magtkampe, der handler om de enkeltes professioners status, berettigelse og ansvarsområder. Vi ser med ovenstående citat, at sygeplejersken må kæmpe for hendes eksistensberettigelse i teamet.

11.2.4 Ergoterapeuten er hverdagsrehabiliteringens dronning

Det stod hurtigt klart for os, at ergoterapeuterne havde en markant og anerkendt rolle i teamet. Både ergoterapeuten selv og kollegaer beskrev i interviewene, at de ergoterapeutiske tilgange havde en helt naturlig plads i rehabiliteringsteamet gennem ADL-metoden (Almindelig Daglig Levevis), hvor dagligdags aktiviteter afprøves og vurderes i et samarbejde mellem borger og ergoterapeut. I litteraturen fremgår det også at terapeuterne generelt opnår større status og position end andre kollegaer i rehabiliteringsteamsne (Bødker & Glasdam, 2021: 85). Samme billede gør sig gældende i informanternes udtalelser. En SOSU-assistent beskriver:

Vi ved jo godt, hvad det er ergoterapeuten kan. Hvad kan hun gøre her, for at borger får det bedre. (SSA2).

Citatet understreger netop, at der i teamet ikke er nogen tvivl om, at ergoterapeuten har en høj status. Der ligger en forståelse af, at ergoterapeuten, med sin sundhedsfaglige viden, kan hjælpe borgerne med at få det godt igen. Ergoterapeutens rolle er dermed kendt i enheden, hendes kollegaer ved hvad hun kan, og de stoler på hendes dømmekraft. Ergoterapeuten beskriver det således:

Jeg er jo nok en af dem, qua min ergoterapi, der har størst kendskab til det her hverdagsrehabilitering, det er jo noget vi er skolet i. Så der har jeg måske også en rolle i, at jeg er en af dem, man går til, hvis man har spørgsmål ift. hverdagsrehabilitering. (Ergoterapeut).

Ergoterapeuten har en mentoragtig rolle i teamet, hun er en af dem kollegaerne søger, når de har spørgsmål. Hun beskriver også hvorledes hun, fra sin uddannelsesbaggrund, har et stort kendskab til hverdagsrehabilitering. Og herunder ligger der også en forståelse af, at hendes kollegaer, som ikke er uddannede ergoterapeuter, ikke vil have den samme forståelse for området. En af SOSU-assistenterne understreger ligeledes i interviewet, at hun generelt har brug for ergoterapeuten som sparringspartner i samarbejdet med borgeren. Dette vidner om, at SOSU-assistenterne i høj grad oplever hverdagsrehabilitering som overvejende træning. For at belyse eventuelle magtkampe og positioneringer i teamet, kan Bourdieus begreb om *kapital* benyttes. Når ergoterapeuten har opnået en særlig position og status i teamet, skyldes det først og fremmest hendes *kulturelle kapital* (sundhedsviden), som hun især har opnået gennem hendes uddannelse og erfaringer fra arbejdet i andre rehabiliteringsteams.

Når flere professioner mødes i teamet, er det uundgåeligt, at der opstår udfordringer på tværs af de forskellige forståelsesrammer. Ergoterapeuten beskriver i denne sammenhæng, hvordan en SOSU-assistent kollega ikke altid forstår hendes arbejde med borgeren:

Og forståelsen for mig som ergoterapeut til mine assistentkollegaer der siger: "Det kan hjemmeplejen jo ikke yde, så hvorfor gør vi det?" Så det her overførbare i at vi laver den her aktivitet, men den kan faktisk også gøre, at borger kan komme til at klare sig selvstændigt her, den kan være lidt svær at forstå. (Ergoterapeut).

Her beskriver ergoterapeuten, hvorledes assistenterne kan have svært ved at sætte sig ind i overførbareheden fra en aktivitet til en anden. Dette er interessant, idet SOSU-assistenten udtrykker, at hun ikke er i tvivl om, hvad ergoterapeuten kan bidrage med, men at ergoterapeuten giver udtryk for det modsatte.

En SOSU-assistent beskriver i det individuelle interview, hvordan hun har oplevet, at der bliver sat spørgsmålstejn ved hendes faglighed fra kollegaer med en højere uddannelsesmæssig baggrund og giver udtryk for, at sådanne situationer kan opleves svære. Dette understreger, at der, internt i teamet, kan ligge en forståelse af, at SOSU-assisterer ikke altid har den rette faglighed, til at varetage bestemte opgaver i teamet. Her ser vi hvordan ergoterapeuten tilgår hverdagsrehabiliteringstilgangen med én forståelsesramme og SOSU-assistenten tilgår området med en anden forståelsesramme.

Lehn-Christiansen (2016: 115) beskriver hvorledes tværprofessionelt arbejde kan medføre vanskeligheder og konflikter pga. forskellige forståelsesrammer. Hun beskriver nogle af de udløsende faktorer i professionsidentitetskonflikter som f.eks. *forskelsbehandling*, som kan opstå når professioner behandles forskelligt på arbejdspladsen i forhold til anerkendelse og forfremmelser. *Fornærmelser* eller en ydmygende bemærkning, der degraderer en profession, i relation til en anden, kan også resultere i konflikter på arbejdspladsen og endelig *værdisammenstød* - reelle forskelle i værdier - kan udløse professionelle identitetskonflikter. Særligt det sidste ses blandt vores informanter, idet ergoterapeuten giver udtryk for, at det hun opfatter som værende rigtigt eller normalt, det mener hun, kan opfattes som forkert blandt SOSU-assisterne. Der er dermed en risiko for, at der kan opstå misforståelser mellem de forskellige professioner og eventuelle konflikter, som bygger på professionernes forskellige forståelsesrammer af borgeren og dennes behov.

11.2.5 Er rehabiliteringsteamet domineret af et fagligt perspektiv?

Med fokusgruppeinterviewet ønskede vi at undersøge de indbyrdes relationer og dynamikker, der opstod mellem de tre informanter. Vi ønskede at belyse den interaktion, der opstod på tværs af deres forskellige fagligheder, med det formål at klarlægge deres indbyrdes hierarki og samarbejdsforhold i teamet. Under fokusgruppeinterviewet adspurgte vi vores informanter, om teamet var domineret af et særligt fagligt perspektiv. Der opstod, umiddelbart efter spørgsmålet blev stillet, en dyb tavshed blandt samtlige informanter, som blev afbrudt af SOSU-assistenten, som tilkendegav, at hun ikke forstod spørgsmålet. Vi omformulerede spørgsmålet og ergoterapeuten brød tavsheden:

Altså jeg vil jo sige, at hverdagsrehabilitering er jo meget ergoterapeutisk. Hvad kan man sige; Tankegangen. Det er jo også hverdagsaktiviteter, dagligdagsaktiviteter, som man arbejder med, som man er skolet med, så jeg tænker. Men for mig at se der er hverdagsrehabilitering noget, jeg er blevet skolet til, det er noget jeg har haft gennem hele min uddannelse. (Ergoterapeut).

Man ser her, at ergoterapeuten tager ejerskab over hverdagsrehabiliteringstilgangen. Ejerskabet argumenteres også ud fra en uddannelsesmæssig viden, en særlig sundhedsviden, som hun, og hendes to ergoterapeut kollegaer, er de eneste i teamet der rigtigt besidder. Efter ergoterapeuten bemærker, at hverdagsrehabilitering er overvejende ergoterapi, opstår der igen en tavshed i rummet. Hun skynder sig efterfølgende at anerkende de andre professioner i teamet, ved at fortælle at rehabilitering også taler ind i assistent- og sygeplejefaglige opgaver. Hun afslutter dog med at understrege endnu engang, at ergoterapi taler meget ind i feltet. At der opstod den længere pause, da vi stillede spørgsmålet om et dominerende fagligt perspektiv i teamet, gav os et indtryk af, at spørgsmålet berørte et muligt ømtåleligt emne. Først signalerede SOSU-assistenten, at hun ikke forstod spørgsmålet, hvilket reelt kan være muligt, men for os tydede det nærmere på, at der var nogle udtalte hierarkier, vi berørte med emnet. Vi fornemmer, at der ligger en usagt forståelse af, at ergoterapeuten har magten i teamet, men at det ikke er noget SOSU-assistentkollegaen ønsker, bliver sagt direkte. På trods af at der er omkring 15 SOSU-assistenten i teamet, oppe imod tre ergoterapeuter, er det alligevel ergoterapeuterne der, *qua* deres uddannelse, har magten, og deres viden der er dominerer teamet.

11.2.6 Når faggrænser udviskes

En konsekvens af den dominerende rehabiliteringslogik er, at der kan opstå forskydninger i professionshierarkier. Klassisk set, vil fordelingen være således at terapeuterne befinder sig højest i hierarkiet og leder og fordeler arbejdet. Sygeplejerskens ansvarsområde er medicinen, og SOSU-assistenten og SOSU-hjælpere udfører arbejdet hos borgeren (Bødker & Glasdam, 2021: 85). Denne ansvarsfordeling var også eksisterende i vores case-kommune, hvor vi gennem informanternes udtalelse havde en klar fornemmelse af, at ergoterapeuten rangerede højest. Alt imens oplevede SOSU-assistenten at opnå en vis status i at udføre terapeutlignende opgaver. Vores informant, som er SOSU-assistent fortæller:

Vi har også nogle gange svært ved at se hvor grænserne går, fordi vi gør så mange ting som terapeuterne også gør (...). (SSA1).

Citatet beskriver netop nogle af de forskydninger, der opstår, særligt blandt SOSU-assistenterne, idet de i deres arbejde træder ind på det terapeutfaglige område. Det er ifølge vores informant ikke problematisk, at de traditionelle faggrænser udviskes. Vi ser, at SOSU-assistenterne opnår et statusløft ved at varetage træningsopgaver fremfor plejeopgaver. Her ønsker vi at drage en parallel til ergoterapeutens udtalelse, som omhandlede, at SOSU-assistenterne ikke forstod terapeutrettede opgaver hos borgeren. Er denne afvisning et udtryk for et forsvar af hendes eget fagområde? Ifølge SOSU-assistenterne kan de tilsyneladende godt udføre terapeutopgaver, hvis de får chancen, men ergoterapeuten står samtidig fast på, at SOSU-assistenterne ikke altid forstår formålet med terapeutopgaverne.

Ifølge Bødker og Glasdam (2021: 85) udviskes faggrænserne i det hverdagsrehabiliterende arbejde, hvilket, for SOSU-assistenterne, kan opleves som en øgning i status. Når SOSU-assistenterne arbejder med hverdagsrehabilitering, side om side med terapeuterne, giver det SOSU-assistenterne mulighed for at arbejde med terapeutfagligt arbejde fremfor traditionelt plejearbejde. Dette kan give SOSU-assistenterne en kærkommen mulighed for at forfremmes fra omsorgsgivere til terapeuter.

Kristian Larsen har, med afsæt i Bourdieus optik, grundigt undersøgt, hvordan sundhedsviden er en vigtig kapital i feltet, og at der ses en vertikal dimension, hvor læger rangerer højest. De efterfølges i rang af sygeplejersker, SOSU-assistent og patienterne/borgerne i faldende rangorden. De kampe der opstår i feltet, opstår typisk ud fra relationer mellem grupperne i et givent felt, men også sygdomme, kropsdele, kropsfunktioner har betydning for ens status (Larsen, 2010: 62). I ældreplejen er størstedelen af borgerne diagnosticeret med kroniske lidelser, og, ifølge Kristian Larsen, har arbejdet med ældre kroppe, kroniske sygdomme, dagligdagsaktiviteter og erfaringsbaseret viden (i forhold til evidensbaseret viden) ikke høj værdi (Larsen, 2010: 62). Arbejdet i ældreplejen rangerer dermed som lavstatus arbejde.

SOSU-assistenterne rangerer utvivlsomt lavere, både i forhold til uddannelsesstatus, men også i forhold til at arbejde med ældre borgere med kroniske sygdomme. Ved at SOSU-assistenterne i teamet flytter sig fra det traditionelle pleje- og omsorgsarbejde til et mere træningsfokuseret perspektiv, kan de opnå en højere status end SOSU-assistenterne i hjemmeplejen, som fortsat vil arbejde med pleje af den ældre borger.

11.2.7 Træningsopgaver giver status

Rehabiliteringsopgaven er en kompleks størrelse, der fordrer et tværprofessionelt samarbejde. De sundhedsprofessionelle i rehabiliteringsteamet er uddannet ud fra et monofagligt perspektiv, og ergoterapeuten udtrykker, at det er vigtigt at være bevidst om nogle af de udfordringer og vanskeligheder, der kan være ved at arbejde flere faggrupper sammen mod et fælles mål. Hun fortæller:

Jeg kan godt mærke, det her med, at jeg, qua min uddannelse, ikke har alt det her sygeplejefaglige med inde over. Det er et sted, hvor jeg virkelig suger til mig og lærer af mine kollegaer, både sygeplejersker og assistenter. Men jeg kan også godt se nogle gange, når vi får de her konsulentopgaver ind, og der er meget sygeplejefagligt med indover, at selv om opgaven egentlig ligger hos mig, så bliver jeg simpelthen nødt til at sige højt, at jeg har brug for, at der kommer en anden faggruppe med, fordi jeg kan ikke stå med det her alene. Jeg vil ikke kunne vurdere rehabiliteringen ift. de sygeplejefaglige områder, der er jeg simpelthen ikke stærk nok. (Ergoterapeut).

I ovenstående citat fortæller vores informant, hvor vigtigt det er at være bevidst om egne faggrænser, når man arbejder tværfagligt. Citatet viser en forståelse af, at ergoterapeuten, gennem sin status, har mulighed for at sige fra, hvis hun skal udføre opgaver uden for sin egen faggrænse, og at hun særligt har brug for sine sparringspartnere, når det gælder de sygeplejefaglige opgaver hos borgeren. Hvorimod SOSU-assistentene mere taler om vigtigheden af, at de også kan udføre terapeutlignende opgaver i teamet, hvilket i høj grad giver dem en status i teamet.

Der ligger en forståelse af, at jo højere status man har i teamet, jo mere bevidst og tydelig, omkring egne faggrænser, kan man tillade sig at være. Og jo lavere status man har i teamet, jo mere åben skal man være for nye typer opgaver. Dette kan bidrage til at give en forståelse af, hvorfor træningsopgaver, blandt SOSU-assistentene, har så høj en status i teamet. Sygeplejersken argumenterer omvendt for behovet for sygeplejersker i rehabiliteringsteamet og fortæller, at mange af assistenterne i teamet har svært ved at udføre sygeplejeopgaver, da de ikke ved hvordan opgaverne skal løses. Dette eksempel er med til at understrege, at blandt SOSU-assistentene, rangerer træningsrelaterede opgaver højere end sygeplejefaglige opgaver.

Gennem brug af Lehn-Christensens magtbegreb, kan man få indsigt i nogle af de dynamikker som opstår, når forskellige fagligheder arbejder sammen. Ergoterapeuten har, qua sin magt og status, mulighed for at

handle på en særlig måde; Mulighed for at kunne sige fra, hvis hun skal udføre opgaver, som er udenfor sit fagområde. Denne form for magt forstås, af Lehn-Christiansen, som noget, der er til *forhandling*. Et andet magtvilkår som Lehn-Christiansen peger på, er et *strukturelt* forhold. Dette ses f.eks. ved, at ergoterapeuterne har fået en højere status, idet det for nyligt er blevet muligt for dem at praktisere uden en henvisning fra en læge (Lehn-Christensen, 2016: 32-33). I ovenstående ser vi, at magt både er på spil i forhold til *forhandling* og *strukturelle* forhold hos ergoterapeuten da ergoterapeutens status i samfundet er stigende, hvilket påvirker hierarkiet i teamet. Hverdagsrehabilitering er, ifølge ergoterapeuten, også andet end træning, og hun anerkender vigtigheden af at kunne sige fra, når der er behov for et andet fagligt perspektiv, samtidig erkender hun, hvor betydningsfuldt det er at have sygeplejersker med i teamet. Ergoterapeuten besidder en magt, som tydeligvis giver dem mulighed for at forhandle. Dette medfører, at de kan uddelegere lavprofils-opgaver til SOSU-assistenten og sygeplejerskerne og derved bevare deres magt som primære forvaltere af træningen.

11.2.8 Tværprofessionelt samarbejde styrker monofagligheden

Et tværprofessionelt samarbejde byder altid på mødet mellem forskellige faglige forståelser. I vores case-kommune opstår mødet mellem ergoterapeuter, sygeplejersker og SOSU-assistenten, der, udover at have forskellige uddannelser, også befinder sig på forskellige uddannelsesniveauer. Informanterne giver udtryk for, at det tværfaglige samarbejde i teamet er guld værd, og at fagligheden styrkes ved, at flere fagligheder arbejder sammen omkring samme borger. Helt overordnet belyser samtlige informanter det tværfaglige samarbejde som et af teamets helt store styrker, og at det er tilfredsstillende for dem at kunne bruge hinandens forskellige viden. I fokusgruppinterviewet beskriver en SOSU-assistent, hvorledes hun anser det tværfaglige samarbejde i teamet:

Men jeg synes også at den der tværfaglighed, den styrker jo også den monofaglighed, man har. Jeg kan da mærke, at jeg er meget mere alert på mine egne arbejdsområder, som ikke er jeres og mine egne kompetencer. Jeg står også mere til ansvar overfor andre end mig selv. Det tror jeg styrker fagligheden. (SSA1).

Med dette citat beskriver SOSU-assistenten, hvorledes hun oplever, at det at stå til ansvar for andre end sig selv styrker hendes faglighed, og at de udflydende faggrænser fremavler en stærkere tro på egne evner indenfor ens egen baggrund. I denne sammenhæng ønsker vi at anskue citatet, ud fra Lehn-Christiansens tanker om at arbejde tværprofessionelt, hvori man som sundhedsprofessionel har en profession, som

bidrager til at man ser sig selv og andre professioner på en bestemt måde, og at man derved forstår verden ud fra et bestemt perspektiv (Lehn-Christiansen, 2016: 95-96). Vi ser, i denne relation, at SOSU-assistenten, bliver mere opmærksom på egne kompetencer gennem det tværprofessionelle arbejde. Man bliver altså skolet i at se sin egen profession, og andres professioner, på en specifik måde, baseret på ens baggrund. Men på trods af professionernes forskelligheder, så ses det nære tværprofessionelle samarbejde, som SOSU-assistenten belyser, som noget der fremmer deres monofaglighed og ikke udfordrer den.

11.2.9 Specialist eller generalist

Når mange faggrupper arbejder sammen, kan der opstå et behov for, at en faggruppe varetager opgaver, som ligger udenfor dennes traditionelle faglighed. Dette har vi tidligere beskrevet, som f.eks. når SOSU-assistenterne overtager træningsopgaver. Ergoterapeuten giver sit bud på, hvordan man kan imødekomme at varetage andre faggruppers funktioner, når der er behov for dette:

Vi har snakket om at skulle gå ind, i hvert fald med de mest basale ting, og lære op og få kurser, så vi ligesom kan blive bedre. (Ergoterapeut).

Her giver vores informant udtryk for, at kurser vil kunne bidrage til at løse opgaver uden for sin egen faggrænse. Hun fremviser et ønske om, at den sundhedsprofessionelles kompetenceområde udvides, hvilket vi tolker som et ryk væk fra en specialisttendens, over mod et ønske om generalister. Der opstår her et dilemma mellem positionering af egen faglighed i teamet og at træde ind på andres fagområder. Dette er ikke kun noget, der optræder i vores case-kommune, men en helt generel ting, der tydeligere træder frem i sundhedsvæsenet. Det at udvide ens kompetenceområde, og at foretrække generalister fremfor specialister, kan ses som et symptom på manglen på arbejdskraft på velfærdsområdet (Tram, 2021; Sommer & Andersen, 2021). Vores informanter påpeger, at der mangler hænder i hjemmeplejegrupperne.

I fokusgruppeinterviewet ytrer sygeplejersken og en SOSU-assistent deres holdning til generalist- overfor specialistkulturen. Samtalen bevæger sig på et tidspunkt i interviewet ind på, hvorledes der i nogle borgerforløb mangler mulighed for et samarbejde med en diætist. I denne sammenhæng beskriver sygeplejersken, at hun sætter pris på samarbejdet med de specialiserede sygeplejersker udenfor teamet:

Og så bruger vi jo også vores sygeplejespecialister. Vi har jo både inkontinenssygeplejersker, vi har sårsygeplejersker, hygiejnesygeplejersker og har også haft en lungesygeplejerske, det har vi desværre ikke mere, hende savner vi rigtig rigtig rigtig rigtig meget. (Sygeplejerske)

Sygeplejersken giver her udtryk for, hvorledes hun benytter og værdsætter specialiserede samarbejdspartnere til opgaver, hvor hun med hendes faglighed kommer til kort. Dette besvarer SOSU-assistenten således:

Vi har jo så en ressourceperson i teamet, som er ernæringsansvarlig, og som kommer på kurser med diætisterne, så på den måde har vi altså noget i forhold til det. (SSA1).

SOSU-assistenten ønsker, i relation til sygeplejerskens ros og anerkendelse af de specialiserede samarbejdspartnere, at påpege, hvorledes de har ressourcepersoner i teamet, som er ansvarlige for de forskellige, særligt sygeplejefaglige, områder. Vi forstår, at ressourcepersonerne er SOSU-assistenten, som har været på et specifikt kursus, som medvirker, at de efterfølgende kan varetage et særligt ansvarsområde. Det kan være indenfor ernæring eller inkontinens. Denne udtalelse fortæller os at SOSU-assistenten, som traditionelt også er uddannet ud fra en tankegang om at være generalist fremfor specialist, har en forståelse af at specialistfunktioner godt kan uddelegeres til generalister, efter man har været på et bestemt kursus. Til dette svarer sygeplejersken:

Men et mere specialiseret plan. (Sygeplejerske).

Her ser vi en forskel i forståelsesrammer, hvor sygeplejersken ønsker et samarbejde med specialister, mens SOSU-assistenten oplever, at de selv kan varetage opgaverne internt i teamet, og dermed imødekomme udfordringerne som generalister. Det kan dertil tænkes, at sygeplejersken værdsætter at samarbejde med andre sygeplejersker, da hun bliver bekræftet i sit fags relevans gennem dette samarbejde. På den måde kan sygeplejerskerne bekræfte hinanden og påskønne hinandens faglighed, mens SOSU-assistenterne ikke har samme loyalitet overfor sygeplejespecialisterne og gerne vil overtage deres specifikke fagområde.

Med ovenstående citater, fra først ergoterapeuten og dernæst sygeplejersken og SOSU-assistenten, vurderer vi, at professionerne i teamet styres mod at varetage funktioner, der ligger udenfor deres egen monofaglighed. Ergoterapeuten varetager i nogen grad opgaver, der ligger indenfor sygeplejen, SOSU-assistenterne varetager opgaver, der ligger indenfor træningen, mens sygeplejerskerne er den eneste faggruppe, der i høj grad har holdt fast ved deres faglighed.

11.2.10 Delkonklusion

De sundhedsprofessionelle i rehabiliteringsteamet har generelt en høj status grundet det rehabiliterende arbejde, hvilket påvirker deres professionsidentiteter. Der ses dog tydelige professionshierarkier og forskellige forståelsesrammer internt i teamet, hvor ergoterapeuten besidder toppen af pyramiden og slår takten an, grundet hendes uddannelsesmæssige baggrund. Sygeplejersken må, et stykke hen ad vejen, kæmpe for sin tilstedeværelse i teamet og arbejder overvejende monofagligt, og SOSU-assistenterne løser primært terapeutlignende opgaver i teamet, hvilket giver dem status.

11.3 Del 3: Det tværprofessionelle samarbejde med hjemmeplejen

Efter at have belyst de interne magtbalancer i teamet, ønsker vi nu at undersøge samarbejdet mellem rehabiliteringsteamet og hjemmeplejen. Hvilken status og magtbalance opstår der mellem de to instanser? Det bør først tydeliggøres, at hjemmeplejen, ud over visitationen, er teamets tætteste samarbejdspartner. Borgere der har et forløb hos teamet, kan også modtage ydelser fra hjemmeplejen sideløbende. Og når en borger afslutter et forløb hos teamet, vil han overgå til hjemmeplejen, hvis der er brug for støtte fremover. Hjemmeplejen er derfor på mange måde en tæt samarbejdspartner for rehabiliteringsteamet.

11.3.1 Rehabiliteringsteamets syn på hjemmeplejen

Vi ser det som relevant at belyse teamets syn på hjemmeplejen, for at klarlægge deres indbyrdes magtbalance og samarbejde. Vi ønsker at finde frem til, hvordan teamets spejling i hjemmeplejen fører til et sammenhold i rehabiliteringsgruppen. Dette er vigtigt at klarlægge, da deres indbyrdes relationer og samarbejde har betydning for deres status på ældreområdet.

En måde hvormed vi oplever, at teamet tager afstand fra hjemmeplejen, er gennem deres sprogbrug, når bl.a. sygeplejersken omtaler hjemmeplejen, som de *ordinære plejeteams*. Ordet ordinær betyder "*almindelig, ofte grænsende til det middelmådige, banale eller kedelige*" (Den danske ordbog, u.å.). Ud fra denne definition, ser vi det som negativt ladet at kalde hjemmeplejen for den ordinære plejegruppe, da det lægger op til, at plejen ikke er noget særligt. Sat på spidsen analyserer vi os frem til, at teamet ser sig selv som spektakulært, hvilket er modsætningen til det ordinære. Dette ser vi gennem teamets ordvalg i at beskrive sig selv som *absurd dygtige*, og et team der udfører et *knaldhamrende godt forløb*, som tidligere beskrevet. Dette mener vi, står i skærende kontrast til ordvalget om en *ordinær hjemmepleje*.

I relation til samarbejdet med hjemmeplejen beskriver ergoterapeuten overgangen fra hjemmepleje til et hverdagsrehabiliteringsforløb:

(...) mange gange, hvis vi får borger hjem fra sygehuset, og de så lige har været en måned forbi hjemmeplejen, så skal vi hente dem endnu længere nedefra, om man så må sige. (Ergoterapeut).

Her forklarer ergoterapeuten, hvorledes en borgers fysiske niveau forringes, hvis de kommer i hjemmeplejens varetægt, før de opstarter i teamet. Dette gælder f.eks., hvis en borger, grundet et brud, skal holde sig i ro og modtage kompenserende hjælp, inden opstart af træning. Med dette citat ses en form for miskreditering til hjemmeplejens arbejde. Fra ergoterapeutens udtalelse fremstår der en ærgrelse over borgerens funktionsfald, når borgeren er under hjemmeplejens vinger. Citatet peger på et sammenstød mellem pleje- og omsorgstilgangen op imod træningstilgangen. Ifølge Lehn-Christensens teori om tværprofessionelt samarbejde, er dette sammenstød helt forventeligt, når forskellige professioner, der arbejder inden for forskellige instanser, mødes i arbejdet med en fælles borger. Dette sammenstød beskrives også i nedenstående citat, hvor en sygeplejerske beskriver, hvordan en kollega i rehabiliteringsteamet omtaler de ansatte i hjemmeplejen:

Som vores gode kollega altid siger: "Står du bare og venter på at maden den skal blive varm, kan borgeren ikke rejse og sætte sig ti gange, mens du står og venter". Tænk ind at du rent faktisk godt kan gøre noget med borgeren, mens maden nu bliver varmet. (Sygeplejerske).

Med denne anekdote fra hverdagen belyser sygeplejersken, hvordan hjemmeplejen fejler i, ikke at indtænke rehabilitering i deres daglige arbejde med borgeren. Fra teamets side ses det som en misforstået omsorg for borgeren, at hjemmeplejen, via omsorgstilgangen, ønsker at borgeren skal have det godt og holde sig i ro. Men ud fra en træningstilgang, er dette kontraproduktivt, da borgeren her skal holde sig i gang. Citatet kan ses som en form for kritik af personalet i hjemmeplejen, og deres løsning af opgaverne ude hos borgeren. Når sygeplejersken, med et smil på læben, fortæller, hvorledes en kollega omtaler plejepersonalet i hjemmeplejen, fremstår der et "os" i teamet; De har løsningen på det rigtige samarbejde med den ældre, som i bund og grund handler om at gøre den ældre uafhængig af sundhedspersonalet, og et "dem" i hjemmeplejen, der ikke har samme forståelse endnu. Lehn-Christiansen beskriver denne type værdisammenstød mellem to poler, i vores tilfælde rehabiliteringsteamet overfor hjemmeplejen, som noget der både kan være med til at adskille professionerne fra hinanden, men at det samtidig også kan bekræfte de interne tilhørsforhold (Lehn-Christiansen: 112). Teamet opnår på en måde mere status, og intern forståelse af, hvem de i teamet er, ved at kunne sige, at de i hvert fald ikke tilhører hjemmeplejen. Der opstår en fælles forståelse af, at de i teamet ikke følger hjemmeplejens plejeorienterede tilgang til den ældre. Sygeplejersken beskriver ligeledes, at det helt grundlæggende handler om, at hjemmeplejen bør etablere en anden tankegang og forstå vigtigheden af rehabilitering hos den ældre. Der ses et

videnshierarki mellem teamets forståelse af træning, som vejen frem hos den hjemmeboende ældre, overfor plejens, efter teamets mening, forældede omsorgstankegang.

Ifølge Lehn-Christiansen vil forskellige professioners normer og rationaler altid kunne udfordre et samarbejde (Lehn-Christiansen, 2016: 36). Med brug af Lehn-Christiansen forståelse af normbegrebet, ser vi, hvorledes hverdagsrehabilitering og dennes træningstilgang, som en norm for deres arbejde. Denne norm er opstået gennem en lang række rationaler, som der ikke skal sættes spørgsmålstejn ved internt i teamet. Med udgangspunkt i informanternes udtalelser, kan man se, at de mener, at hjemmeplejen ikke forstår at følge denne norm, og dermed opstår der et naturligt skel mellem forståelsesrammerne for de to instanser.

I denne sammenhæng kan også Wackerhausen's teori benyttes til at beskrive, hvordan den professionelle altid vil søge at passe ind i gruppen og derigennem følge sagte og usagte normer (Wackerhausen, 2009). Det er altså helt naturligt, hvis hjemmeplejen ikke udelukkende ønsker at følge den udefrakommende rehabiliteringstanke, da de i hjemmeplejen følger nogle omsorgsnormer i deres tilgang til den ældre. At de ansatte i hjemmeplejen ikke tænker træningsopgaver ind i forbindelse med at udøve omsorgsarbejde, som eksempelvis træningsopgaver i forbindelse med at middagsmaden varmes i mikroovnen, ser vi som værende meget forståeligt, da det ikke er en del af deres omsorgsnorm. På samme måde ser vi at vores informanter, til en vis grad, har pligt til at støtte op om fællesskabet og derigennem også at tage afstand fra "de andre" i hjemmeplejen.

Når man dertil identificerer sig med en gruppe, giver man dem automatisk positive træk, hvilket styrker tilhørsforholdet i gruppen. Grupper man ikke tilhører giver man automatisk negative træk (Oliver, 2013: 775-776). Gennem tilpasningen forsøges der at skabes en fælles forståelse af "hvem vi er", både i teamet og plejegruppen, som skaber et sammenhold hver for sig.

11.3.2 Hvad mon "de" tænker om "os"?

Inden denne del af analysen, bør det pointeres, at vi, grundet vores oprindelige begrænsning af vores problemfelt og case, kun arbejder ud fra rehabiliteringsteamets forståelse af samarbejdet med hjemmeplejen. En begrænsning i den kommende analyse er derfor, at vi ikke har nogen viden om, hvad hjemmeplejen reelt tænker om samarbejdet med rehabiliteringsafdelingen, hvilket ville være et yderst relevant emne at undersøge nærmere for andre. En af de interviewede SOSU-assistenten i teamet kommer dog med sin forståelse af, hvorledes hjemmeplejen kunne tænkes at anskue rehabiliteringsteamet:

(...) Nogle gange kan jeg se det i øjnene på dem (...). Nogle gange så tror de ikke, at vi laver noget. Det har der i hvert fald været en del som [kort pause]. "I har også bare masser af tid". Og så tror de, at man ikke bruger tiden til noget. Og det er jo ikke noget, man kan forklare på fem minutter, og det er der i virkeligheden heller ikke interesse for. (SSA1).

SOSU-assistenten beskriver her, hvilken forståelse hun har af hjemmeplejens tanker om rehabiliteringsteamet; At rehabiliteringsteamet ikke laver noget. Ud fra informantens udsagn tegner der sig et billede af en manglende forståelse fra hjemmeplejen af, hvad teamet laver. Dertil beskrives en forståelse af, blandt personalet i hjemmeplejen, at de i teamet har nogle meget fordelagtige vilkår, når det kommer til tid og mængden af borgerforløb. Når hjemmeplejen, ifølge SOSU-assistenten, har en forståelse af, at de i teamet har masser af tid, fortæller det os om to instansers vidt forskellige arbejdsvilkår. Her kan vi med fordel benytte Lehn-Christiansens (2016: 26) begreb om den *institutionelle kontekst*. Hvor rehabiliteringsteamet, som flere informanter er inde på, har god tid til de enkelte forløb, til at observere og give borgeren plads til at udføre opgaverne selv eller delvist selv. Hvor hjemmeplejen derimod opererer under en helt anden *institutionel kontekst*, hvor tid er en mangelfuld ressource.

I citatets sidste linje tydeliggøres det, hvordan SOSU-assistenten oplever samarbejdet mellem de to instanser, hvor det er hendes oplevelse, at plejen ikke har et ønske om at forstå hvad teamet kan og gør. Med citatet ser vi, at der fra teamets side, ikke er en stor interesse i at bruge tid på at formidle, hvordan rehabiliteringsarbejdet udføres. Der ses et skel mellem de to instanser, hvor teamet ingen interesse har for at gøre noget ved. Teamet udtrykker, at deres felt er svært for hjemmeplejen at forstå, og teamet har reelt set ikke en interesse i at forklare det. Det, at hjemmeplejen ikke forstår dem, gør dem mystiske og utilnærmelige, hvilket er med til at male det endnu skarpere op, at der er forskel på SOSU-assistenten i rehabiliteringsteamet og SOSU-assistenten i hjemmeplejen.

I citatet nedenfor beskriver SOSU-assistenten samarbejdet mellem rehabiliteringsteamet og ældreplejen:

Vi har også et samarbejde med plejeteams 'ene derude, men det er bare ikke så meget, som vi godt vil have, og det skal vi også have meget mere af. Men det kræver jo, man skal også huske på, at der er mange kollegaer derude, der ikke er interesseret i rehabilitering, og de går ikke på arbejde for at rehabilitere, de går på arbejde for at yde omsorg, og ser rehabilitering som en lidt hård måde at gøre det på. Vi ser det jo som omsorg. (SSA1).

SOSU-assistenten beskriver, at hun ser plejen have en modvilje overfor den rehabiliterende tankegang. Hun fremhæver en manglende fælles forståelse af, at rehabilitering også kan være en form for omsorg. Ergoterapeuten talte ind i samme problematik og fortalte, at rehabilitering, blandt personalet i hjemmeplejegrupperne, blev betegnet som omsorgssvigt. Ud fra ovenstående vurderer vi, at informanterne og deres team, føler, at de besidder en position, hvor de har retten til at definere hverdagsrehabilitering. Teamet er af den opfattelse, at de ved bedst, og at hjemmeplejen ikke har erkendt det uundgåelige; At hverdagsrehabilitering er vejen frem til en bedre ældrepleje.

Vi vurderer, at rehabiliteringstilgangen besidder magten i ældreplejen, hvilket bl.a. skyldes, at hverdagsrehabilitering prioriteres på et politisk og samfundsmæssigt plan. Hverdagsrehabilitering prioriteres fra statspolitisk og kommunal side (Social- og Indenrigsministeriets Benchmarkingenhed, 2019: 6, 28), og ses som en ny og mere attraktiv måde at rekruttere personale til ældreplejen, derudover som en mulighed for at spare penge på ydelser. I denne sammenhæng er det værd at inddrage Lehn-Christiansens (2016: 95-96) overvejelser om uundgåeligheden af kampe om magtbalancer i professionsfelter, og at dette sker som noget helt naturligt, når forskellige forståelsesrammer mødes. Man vil dermed se lignende kampe om retten til at definere et felt, inden for mange områder af sundhedssystemet, hvor der vil opstå en form for forhandling om, hvem der besidder magten til at definere feltet. Men hvor Lehn-Christiansen beskriver et behov for forhandling mellem de forskellige parter, for at nå til en fælles forståelsesramme, ser vi ud fra vores informanternes udtalelser, at denne forhandling ikke er eksisterende i vores case-kommune. Ønsket fra rehabiliteringens side synes snarere at være, at hjemmeplejen skal forstå, at de bør følge rehabiliteringens anvisninger uden at sætte spørgsmålstegn ved dette.

11.3.3 Tid bliver et udtryk for kapital i sundhedsfeltet

Vi har ovenfor set, at hjemmeplejen blev tilskrevet den opfattelse, at teamet havde meget tid til et borgerforløb, og teamet generelt giver udtryk for det samme, at tid ikke er en udfordring for dem. En SOSU-assistent beskriver hvorledes hun oplever teamets arbejdsforhold:

Jeg synes, at vi har rigtig meget tid her og har god tid til det. Det synes jeg helt klart. At det bliver prioriteret rigtig meget, og man har brug for den her tid, hvis man skal nå noget. (SSA1).

Informanten beskriver hvorledes det prioriteres højt, at der sættes god tid af til arbejdsopgaver ude hos borgeren. Hun forklarer hvorledes, der er plads til at afprøve nye ideer i teamet, og at hun ikke føler sig underlagt en tidsbegrænsning i arbejdet med borgeren. Med dette citat danner der sig et billede af et team med relativt frie rammer, god tid, løs struktur og plads til selvbestemmelse. Dette står i skærende kontrast til informanternes beskrivelse af hjemmeplejens arbejdsforhold, hvor et markant anderledes billede tegner sig. En SOSU-assistent beskriver problematikkerne i hjemmeplejen således:

Men der skal jo nogle flere ressourcer til, det kan vi godt blive enige om. Det er der nødt til at skulle være (...) Det er ikke sjovt at køre rundt i plejeteams 'ene, og bare drøne fra den ene [borger] til den anden og ikke have tiden (...). (SSA1).

I citatet tilkendegiver SOSU-assistenten et billede af en hjemmepleje, der mangler ressourcer. En hjemmepleje, hvor de ansatte må fare rundt, fra borger til borger, for at overholde tidsplanen på kørelisterne. Gennem lovgivning er det besluttet, at alle kommuner skal have et hverdagsrehabiliterende tilbud (Social- og Indenrigsministeriets Benchmarkingenhed, 2019: 6). I den sammenhæng vil vi inddrage Bourdieus begreb om *metamagtfelt*, et begreb som karakteriseres ved, at staten ikke er et fysisk sted, men en struktur med politik og lovgivning, som er med til at regulere felterne på afstand f.eks. gennem investeringer i forskellige sektorer, diagnoser og alder. Der ses således kampe i et metamagtfelt (Larsen, 2010: 56-57; Larsen, 2021: 69). Her ser vi, hvordan teamet har god tid til at udføre deres arbejde, fordi det politisk er bestemt, at rehabilitering bliver prioriteret højt. Hjemmeplejen har travlt, fordi der bl.a. er et ønske om at minimere udgifter forbundet med plejeopgaver. Der ses med dette en nedprioritering af hjemmeplejens "driftsopgaver" mod rehabiliteringsteamets "udviklingspotentiale". "Drift" ses som et sort hul, der sluger økonomiske midler, mens "udvikling", herunder rehabilitering, har et perspektiv om at skabe besparelser, hvorfor det på et samfundsøkonomisk plan er mere attraktivt at investere i udvikling.

For at belyse dette yderligere, ønsker vi at benytte Bourdieus begreber om høj og lav kapital i sundhedsfeltet (Larsen, 2010: 57-58). Vi ser at teamet besidder en høj kulturel kapital, da de ses som værende nytænkende, og deres arbejde er rettet mod at løse nogle af de udfordringer, der ses i forbindelse med det stigende antal ældre og en større plejebyrde. Myndighederne ser muligheder, og potentielle besparelser i, at de ældre kommer til at klare sig selv, og dermed ikke skal være (ligeså) afhængige af kommunale velfærdsydelser.

Vi ser et magtforhold, mellem rehabiliteringsteamet og hjemmeplejen, som ikke kun opstår gennem de ansattes uddannelsesmæssige baggrunde. Men det opstår også gennem de sundhedsprofessionelles sociale position og faglige kompetencer, som bestemmes ud fra hvilke muligheder for læring, fornyelse og ansvar den ansatte oplever. Dette kræver, at der bliver prioriteret midler til opkvalificering af ansatte. Vi vurderer, at hverdagsrehabiliteringens opståen har haft en indirekte indflydelse på de massive problemer hjemmeplejen står overfor med rekruttering af arbejdskraft og fald i status. I denne kontekst forstår man godt, hvis hjemmeplejen har en vis modstand mod rehabiliteringstilgangen.

11.3.4 Dilemma mellem selvstændighed og udbredelse af hverdagsrehabilitering

Generelt i interviewene oplevede vi et ønske fra informanterne om at udbrede rehabilitering. Sygeplejersken beskriver, hvorledes teamets leder har været i gang med at informere plejen om, hvad teamet er og kan:

Vores nye leder har allerede været ude i flere af plejeteams 'ene og simpelthen fortælle om, hvad er vi for et team, hvad kan vi, og hvordan vil vi gerne arbejde, og hvordan vil vi gerne samarbejde med kollegaerne ude i de ordinære plejeteams. Og så at de får en forståelse for, hvordan er det, vi arbejder, og måske kan medinddrage noget af den viden i deres dagligdag. (Sygeplejerske).

I citatet beskrives det hvordan teamet gerne vil ud og informere hjemmeplejen om deres arbejde. Der ses med citatet et ønske om at promovere rehabiliteringstilgangen til hjemmeplejen, som efter vores tolkning handler om, at hjemmeplejegrupperne kan lære hvilke særlige kompetencer rehabiliteringsteamet besidder. Der er dermed ikke et ønske om et decideret samarbejde, hvor begge parter bidrager, men et ønske om, at hjemmeplejen adapterer en rehabiliteringstilgang. Samtlige informanter beskriver i samme kontekst, hvorledes de har et ønske om, at den rehabiliterende tilgang udbredes til alle afkroge af ældreplejen. En SOSU-assistent beskriver:

Jeg synes jo, at min faglighed er øget voldsomt, man kan jo virkelig ærgre sig over, at det ikke er udbredt, at det er nødvendigt med et specielt team. Det er lidt ærgerligt i virkeligheden. Det håber jeg da på et tidspunkt, ikke er nødvendigt, at der skal et specielt team til det. (SSA1).

Der ses en ambition om, at rehabilitering skal udbredes og blive gængs praksis i hele den kommunale ældrepleje. Samtidig er der en ærgrelse over, at der er et behov for et særligt team. Vi oplever, at SOSU-assistenten, på et samfundsplan, ønsker, at rehabilitering bliver mere udbredt. Dette ville dog samtidigt medføre, at teamet blev overflødig og dermed ville være i fare for at blive lukket ned som et selvstændigt team. Vi oplever generelt en ambivalens, mellem informanternes ønske om, at rehabiliteringen skal spredes til alle afkroge af ældreplejen, men samtidigt et ønske om, at teamet bibeholder deres autonomi og selvstændige virke parallelt med plejen. Der ses en underlæggende forståelse af, at de i teamet oplever, at de besidder en særlig magt, status og eftertragtet viden, en viden som de ønsker at sprede til plejen, men samtidigt nødig vil give afkald på.

11.3.5 Et rehabiliteringsteam der lukker sig om sig selv

I vores case-kommune er hverdagsrehabilitering organiseret således, at rehabiliteringsteamet er et selvstændigt team, som ikke indgår som en del af hjemmeplejen. I andre kommuner vil rehabilitering indgå i de almindelige hjemmeplejegrupper (Bertelsen og Hansen, 2018: 122). Samtlige informanter udtrykker, at det ville være helt utænkeligt for dem at indgå i hjemmeplejegrupperne, eller blot have lokaler i samme bygning som hjemmeplejen. En SOSU-assistent fortæller, hvad hun oplever, det ville gøre ved teamet, hvis det skulle indgå som en del af plejen, eller hvis de skulle indfinde sig i samme lokaler som plejen. SOSU-assistenten fortæller:

Vi har fra starten af holdt meget fast på, at vi skulle være et team for os selv. Vi har selvfølgelig researchet en del i starten, og fundet ud af, hvad der sker med rehabiliteringen, når man arbejder i plejeteams. Så bliver det meget ofte nedprioriteret, og vi synes det er meget vigtigt. Det har vi holdt meget fast i, at vi ikke skulle være i samme lokaler. Vi er først kommet sammen med træningen [rehabiliteringsteamet er placeret i samme hus som den kommunale genoptræning] for et par år siden, og det er jo også fordi, at det giver mest mening, at vi er sammen med træningen. (SSA1).

I citatet beskrives en frygt for, at hverdagsrehabilitering ikke vil blive prioriteret, hvis det skulle indgå som en del af hjemmeplejen. Det udtrykkes, at rehabiliteringen skal være et team for sig, for at bibeholde deres særegne. Dette anser vi som endnu et eksempel på en dikotomisk tilgang med "os" og "dem", hvor teamet ser sig selv som noget særligt, noget som ikke skal risikere at blive forandret ved at skulle indgå i en ny organisering.

Informanten giver udtryk for, at det giver mest mening, at hverdagsrehabilitering ligger sammen med træningen, men hun uddyber ikke hvorfor hun mener dette. Det er tydeligt, at teamet ikke har problemer med at arbejde tæt sammen med træningen, da træningen varetages af terapeuter, som har højere status. Men hver eneste gang et samarbejde med hjemmeplejen blev omtalt, handlede det om, at de skulle oplære plejen, men at de ikke fysisk ville have arbejds gange tæt på hjemmeplejen. Det står meget klart, at rehabiliteringsgruppen ikke har en interesse i at være placeret fysisk hos hjemmeplejegrupperne, og dette anser vi som et udtryk for, at de i teamet er bange for at miste deres magt og status. For at undgå dette, lukker teamet sig om sig selv, så de kan bibeholde deres position. I denne sammenhæng ønsker vi at inddrage Bourdieus begreb om *esoterisme*, som oversat kan beskrives som lukkethed. Der opstår en kamp blandt samfundets grupper (i vores case sundhedsfeltet), som forsøger at isolere sig fra andre grupper gennem monopolisering af viden (Larsen, 2010: 61). Dette begreb, og forståelsen deraf, kan bruges om professionernes måde at lukke sig om sig selv, og gennem en afgrænset gruppes viden og magt skabes der lukkede felter. Det er altså kun de indviede, der kan blive en del af feltet og dette felts viden (Larsen, 2010: 62), og de indviede, er i vores case de sundhedsprofessionelle, der arbejder i rehabiliteringsteamet. Fra teamets side er der et udtalt ønske om et bedre samarbejde med hjemmeplejen. Men alle informanterne giver samtidig udtryk for, hvorledes de aldrig vil blive en del af hjemmeplejen eller blot have lokaler i samme bygning som plejen. Her mener vi, at rehabiliteringsteamet forsøger at gøre deres felt *esoterisk*, og lukke sig om sig selv, for at undgå at deres magt og status bortfalder ved en tilknytning til hjemmeplejen.

11.3.6 Hierarki mellem temaet og plejen

Alle informanter italesætter et ønske om, at hjemmeplejen skal arbejde mere rehabiliterende. Teamet vil gerne udføre bl.a. konsulentbesøg og informationsmøder hos hjemmeplejen, hvor de kommer ud og fortæller hvad hverdagsrehabilitering handler om. Ergoterapeuten beskriver dette således:

Vi skal køre endnu mere af de her konsulenter. Og at det ikke kun er mig som ergoterapeut, men at det også er vores knalddygtige assistenter, der kan komme ud og give nogle råd og vejledning. (Ergoterapeut).

Ergoterapeuten ønsker, at både hun, men også SOSU-assistenterne, skal køre ud og vejlede hjemmeplejen i at udføre hverdagsrehabiliterende arbejde. Denne type konsulentbesøg vil, potentielt, medføre et møde mellem to grupper med samme uddannelsesniveau, hvilket vil betyde, at SOSU-assistenterne fra teamet,

vil komme med en vis magt og status, udelukkende *qua* deres viden, og have til opgave at oplære SOSU-assistenten ude i hjemmeplejen. Med dette citat fremhæver ergoterapeuten teamets kompetencer, og at deres viden skal formidles videre til hjemmeplejen.

Dette kan forstås via Katrine Hjorts begreb om et A- og et B-hold inden for samme profession. Hvor A-holdet opnår magt og viden, mens B-holdet udfører rutineopgaver (Hjort 2014: 12-13, Hjort, 2006: 342). I denne sammenhæng ønsker vi at anskue SOSU-assistenten i rehabiliteringsteamet som A-holdet, der skal videregive deres viden til SOSU-assistenten i hjemmeplejen, som så indtager en position som det menige B-hold. Der ses her et hierarki mellem rehabiliteringsteamet og hjemmeplejen, hvor viden i rehabiliteringen rangerer højere end viden i hjemmeplejen. Det er på intet tidspunkt i interviewene på tale, at hjemmeplejen også kan komme ud og fortælle rehabiliteringsteamet, hvorledes plejen kan bidrage med perspektiver på arbejdet med hverdagsrehabilitering.

11.3.7 Delkonklusion

Der ses en tydelig magtrelation mellem rehabiliteringsteamet og hjemmeplejen, hvor rehabiliteringsteamet udtrykker, at det er misforstået omsorg ikke at tænke rehabilitering ind i ældreplejen. På trods af, at de to instanser arbejder ud fra forskellige normer, så ønsker teamet at promovere rehabiliteringstilgangen til hjemmeplejen og ikke omvendt. De to instanser arbejder under forskellige vilkår, hvor særligt tid er en ressource i rehabiliteringsteamet, men som mangles i hjemmeplejen. Den rehabiliterende tilgang rangerer højt i samfundet, grundet mulighed for langsigtede økonomiske besparelser. Rehabiliteringsteamet har derfor en vis status sammenlignet med hjemmeplejen, som udfører plejeopgaver.

12 Diskussion af fund

Efter analysearbejdet står vi tilbage med mange spændende fund, nogle forventelige og andre som har overrasket. Vi er interesseret i at diskutere magt- og statusdynamikker, i relation til, hvordan de forskellige professioners professionsidentitet påvirkes i det rehabiliterende arbejde. Vi ønsker også at diskutere den indbyrdes status, mellem rehabiliteringsteamet hjemmeplejen, og andre kommunale samarbejdspartnere, i relation til omsorgs- og træningstilgangen. Vi har udarbejdet to figurer og et diagram til at understøtte vores diskussion. Vi ønsker ikke med disse figurer at vurdere generelle antagelser i samfundet – dette er vores case for begrænset til. Snarere ønsker vi at sætte vores fund i relation til bredere samfundsdynamikker fra relevant forskning og derigennem finde støtte eller modstrid med vores tese.

12.1 Ergoterapeutens status i teamet

Gennem ergoterapeutens teoretiske forståelse af rehabilitering fra hendes uddannelse, formår hun at opnå en status som teamets ekspert på området. Dette betyder, at ergoterapeuten opnår magt til at forhandle, da hendes høje status i teamet tillader dette. Gennem denne forhandling, formår hun, i relativ høj grad, at bibeholde egne faggrænser. Dette betyder dernæst, at ergoterapeuten, grundet hendes status, kan have en rådgivende funktion i teamet, og derefter kan sende plejeopgaver ned i hierarkiet til SOSU-assistenterne. Hun indtræder som en ledende rolle i teamet, hvor hun har magt og status til at pålægge kollegaer hendes forståelse af hverdagsrehabilitering, som noget aktivitets- og træningspræget. I litteraturen beskrives det ligeledes, hvordan terapeuterne i hverdagsrehabiliteringen, opnår højest position blandt kollegaerne (Bødker & Glasdam, 2021: 85).

Disse fund er opsummeret i Figur 1, hvor det her ses, hvordan vi mener, at ergoterapeutens magtdynamik kan fortolkes. Disse er naturligvis ikke generaliserbare, men indkapsler essensen af, hvordan status og magt gør, at hun kan holde sit bord frit for lav-status opgaver, og dermed opretholde sin høje status.

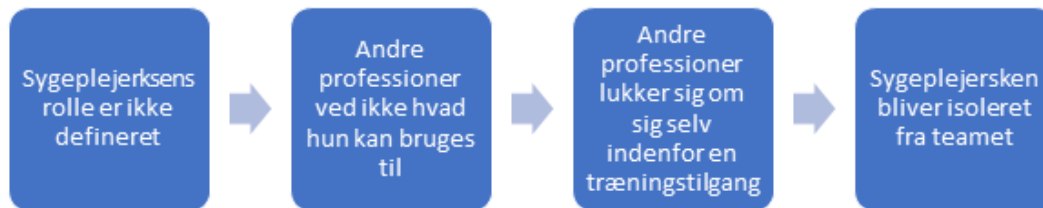


Figur 1: Ergoterapeutens status i hverdagsrehabiliteringsteamet

12.2 Sygeplejerskens status i teamet

I kontrast til ergoterapeutens status i teamet, ser vi en sygeplejerske, der har vanskeligt ved at finde sit fodfæste. Sygeplejerskens rolle i hverdagsrehabiliteringsteamet mangler at blive defineret, og i mangel på dette, har kollegaerne i teamet svært ved at forstå, hvad rehabiliterende sygepleje helt konkret betyder. De andre professioner lukker sig dermed om træningsforståelsen, da der findes en tydelig definition på, hvad træning er og kan, indenfor rehabilitering, og dermed hvorledes SOSU-assisterter kan udføre disse opgaver, superviseret af ergoterapeuten. Sygeplejersken står derfor tilbage, ufrivilligt, isoleret fra samarbejdet i teamet. Det er ikke vores opfattelse, at hun ønsker at arbejde parallelt med de andre i teamet, hun udtrykker derimod, at hun synes tværfagligt arbejde er guld værd. På trods af hendes positive blik på det tværprofessionelle samarbejde, så ender hun i udtalt grad med at køre sideløbende forløb med kollegaer, som foretrækker at arbejde med elementer fra træningsparadigmet, og ikke bevæger sig tilbage mod et omsorgsparadigme, som sygeplejersken i nogen grad repræsenterer. Disse

fund opsummeres i Figur 2 nedenfor, hvor vi kan se at sygeplejerskens rolle i teamet står uklar og medfører en isolation af hendes faglighed.



Figur 2: Sygeplejerskens rolle i hverdagsrehabiliteringsteamet

I artiklen "Rehabilitering: Borgerens motivation er drivkraften" beskrives det, at en sygeplejerskes opgaver bl.a. ligger i at formidle til borgeren, at rehabilitering er meget mere end træning, at rehabilitering også handler om patientuddannelse, sygdomsforståelse og den psykologiske del i forhold til at mestre sygdom (Bæch, 2021). Sygeplejerskens opgaver i teamet er altså af en mere diffus karakter end træningsopgaverne. Dette er noget, der vil have klar værdi at få formidlet til rehabiliteringsteamet og potentielt åbne deres øjne for, hvordan sygeplejersken kan bidrage til det rehabiliterende arbejde med den ældre borger. I artiklen påpeges vigtigheden af at have sygeplejersker i hverdagsrehabiliteringen; Det beskrives, at sygeplejerskernes perspektiv er vigtigt, både i forhold til at vurdere borgerens helbredsmæssige og fysiske kunnen, men også i forhold til at betragte de mentale forudsætninger for at indgå i et rehabiliteringsforløb. Artiklen understreger, at hvis der skal opnås en helhedsorientering af borgeren i en rehabiliteringskontekst, bør sygeplejerskerne få en mere aktiv rolle, når der er opstartsmøder hos borgeren samt på de tværfaglige gruppemøder (Bæch, 2021). Vi efterspørger på samme måde som artiklen, at sygeplejersken får en større værdi i teamet. At det i højere grad prioriteres at afdække det hele menneskes behov, både fysisk, men også mentalt og psykisk. At mange ældre slås

med depression og ensomhed kan i mange tilfælde være noget, der skal italesættes og arbejdes med, inden man begynder at arbejde trænings- og aktivitetsorienteret. Andre gange vil det aktivitetsdrevne helt skulle udgå af et rehabiliteringsforløb, hvis den ældre har andre problemstillinger, der er langt vigtigere at arbejde med. Og her har sygeplejersken nogle uudnyttede kompetencer, som rehabiliteringsteamet er struktureret på nuværende tidspunkt.

12.3 Professionernes indbyrdes statusforhold

I dette afsnit ønsker vi at diskutere professionernes indbyrdes statusforhold mellem høj og lav status samt omsorg og træning, både indbyrdes i teamet, men også i relation til hjemmeplejen, hjemmesygeplejen og genoptræningsområdet. Dette illustreres i diagrammet nedenfor.

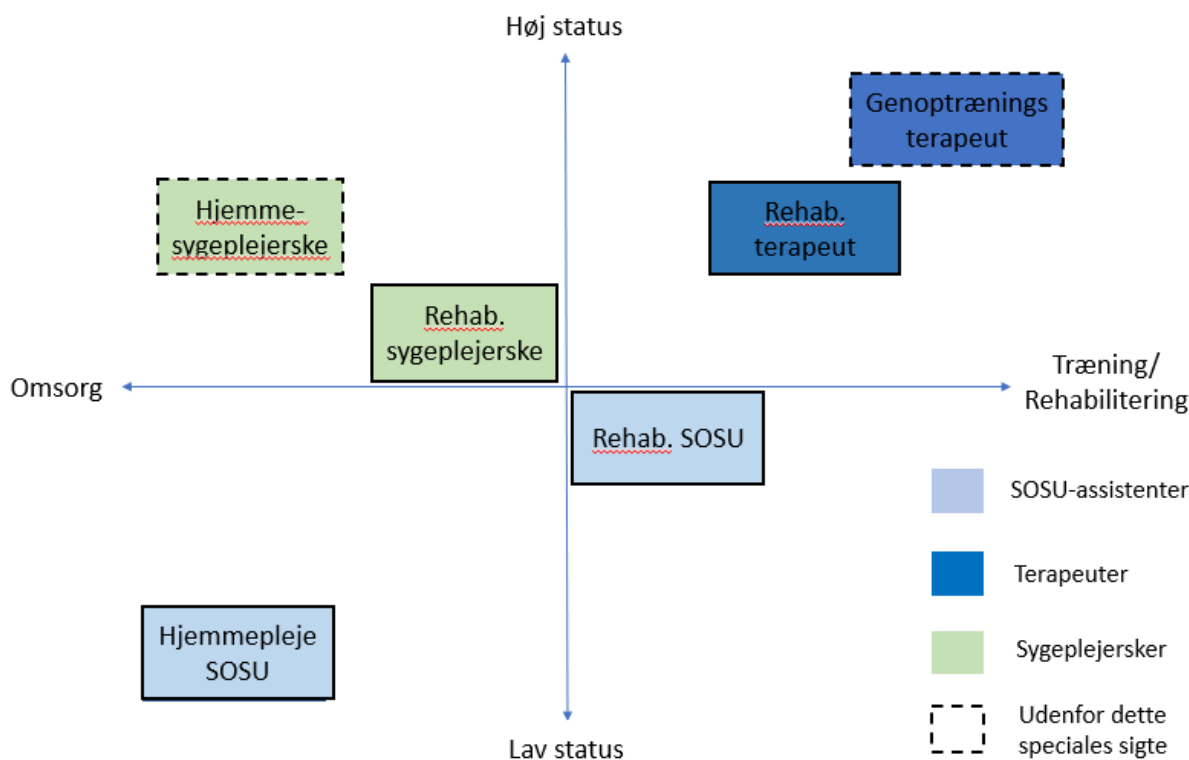


Diagram 1: Kvalitativt statusplacering opstillet i et (X og Y) -koordinatsystem, for kommunalt arbejde på ældreområdet.

I diagrammet opstilles professionernes relative status overfor hinanden, og hvor de vurderes at ligge indenfor krydsfeltet omsorg overfor træning/rehabilitering. Her vurderes professionerne; SOSU-assistent, terapeut og sygeplejerske, i henholdsvis rehabiliteringsteamet, hjemmeplejen, hjemmesygeplejen og på genoptræningsområdet.

Vores analyse belyste, hvorledes SOSU-assistenterne i teamet bevægede sig væk fra deres traditionelle omsorgsidentitet, for at adoptere en ny og mere træningsorienteret identitet. Med dette ryk i retningen af træningstilgangen, oplevede SOSU-assistenterne at stige i status ift. kollegaer i hjemmeplejen. Dette skyldes bl.a., at de gennem dette skift, bevægede sig væk fra de mere kropsnære plejeopgaver, som traditionelt ses som lavstatusopgaver i sundhedssystemet. I Meldgaard og Kamps artikel, "From Cares to Trainers: Professional identity and Body Work in Rehabilitative Eldercare", fremgår det, hvorledes man, fra et makroskopisk perspektiv, kan se at der i sundhedssystemet investeres i træning, sundhedsfremme og forebyggelse. Der investeres økonomi, forskning og tid i de opgaver, hvor de ansatte bevæger sig væk fra sundhedsfagernes traditionelle kropsnære plejeopgaver (Hansen & Kamp, 2018: 65-66). Efter vores arbejde med informanternes udtalelser, samt fund i litteraturen, er vi af samme opfattelse, at rehabiliteringsarbejdet prioriteres højt, og der investeres ressourcer i det rehabiliterende arbejde, som bevæger sig væk fra den traditionelle pleje. Vi anser, at formålet med dette i sidste ende er at spare ressourcer på ydelser hos den hjemmeboende ældre.

I diagrammet kan det ses, hvorledes SOSU-assistenterne, i hjemmeplejen, rangerer med lavest status af de skitserede faggrupper. Set i lyset af den massive mediedækning af ældreområdet store udfordringer, med bl.a. rekruttering af medarbejdere, er det måske ikke så overraskende, at SOSU-assistenterne i hjemmeplejen befinder sig på sidstepladsen, når det kommer til status på ældreområdet. Hansen og Kamp (2018: 64) forklarer dette med, at plejeopgaverne stigmatiseres som det "beskidte", kropsnære og lavtlønnet kvindearbejde. Vi ser, at rehabiliteringstilgangen i ældreplejen forsøger at bevæge sig væk fra stigmaet om kvindearbejde, og forsøger at tiltrække mandlig arbejdskraft gennem en træningstilgang. Hansen og Kamp (2018: 70-72) belyser desuden i deres forskning, at træningsopgaver befinder sig over plejeopgaver rent statusmæssigt. Plejeopgaver devalueres i takt med at træningen opgraderer sin status. SOSU-assistenterne i hjemmeplejens placering, som den profession med lavest status, cementeres dermed yderligere, gennem deres SOSU-assistentkollegaer i rehabiliteringsteamet, som oplever en forøgelse i status, ved at rykke tættere på træning/rehabilitering.

I diagrammet har vi placeret genoptræningsterapeuten med højere status og tættere på træning, end dennes terapeutkollegaer i rehabiliteringsteamet. Vi vælger at gøre dette, da vores erfaringer fra praksis fortæller os, at terapeuter fra genoptræningsområdet anser terapeutarbejdet i rehabiliteringsteamet som lavstatusarbejde ift. arbejdet med genoptræning. Vi har oplevet, at der skete et statusfald, blandt rehabiliteringsterapeuterne, når de gik fra at arbejde på et genoptræningscenter til et rehabiliteringsteam. Vi formoder, at dette skyldes, at rehabiliteringsarbejde ligger tættere på hjemmeplejen, og dermed også tættere på omsorgsområdet, som ikke er statusgivende. Vi har valgt at inddrage denne pointe, da det er interessant, at rehabiliteringsterapeuterne opnår højere status, end deres kollegaer i rehabiliteringsteamet, men at de i relation til kollegaer, indenfor deres eget fagområde, rangerer med en relativ lav status. I artiklen "Rehabiliterende kropsarbejde i hjemmeplejen" konkluderes det, at på trods af at faggrupper internt kan opleve en øget status med det rehabiliterende arbejde, er dette ikke ensbetydende med en øget anerkendelse fra andre faggrupper i sundhedssystemet eller på et samfundsmæssigt plan (Hansen, 2018: 37). Dette har vi ikke kunne underbygge med yderligere fund i litteraturen, men det kunne være et interessant forskningsområde at belyse.

I diagrammet placerer vi rehabiliteringssygeplejersken med højere status end SOSU-assistenten i teamet. Selvom SOSU-assistenten udfører mere træningsorienteret arbejde, sammenlignet med sygeplejersken, oplever vi, at hun har højere status *qua* sin uddannelse. I diagrammet har vi valgt at placere rehabiliteringssygeplejersken lige over midten på omsorgs-træningsaksen og tættere på omsorg end på træning. Hun bevæger sig i arbejdet med rehabiliteringen væk fra omsorgstilgangen, som ellers er en del af sygeplejerskens kerneopgave. Dette har dog ikke medført en stigning i status, og som nævnt ovenfor er rehabiliteringssygeplejerskens rolle uvis. Hvilken status hjemmesygeplejersken har, ligger umiddelbart udenfor vores undersøgelses sigte at vurdere, men vi har alligevel valgt at komme med et bud på dennes placering, ud fra vores tidligere erfaringer og viden. Vi vælger at placere hjemmesygeplejersken højere på status-aksen end rehabiliteringssygeplejersken, på trods af at hjemmesygeplejersken ligger tættere på omsorgstilgangen. Dette gør vi, da vi oplever, at selv om omsorg ikke er et statusgivende ord i rehabiliteringen, så er omsorg fortsat statusgiver i sygeplejen. Det har ikke været muligt for os at underbygge denne påstand med litteratur, og det kunne også være et interessant emne for senere forskning på området.

Generelt kan vi med ovenstående diagram se, at når man bevæger sig mod træningstilgangen, stiger professionernes status, med undtagelse af rehabiliteringssygeplejersker, der generelt ikke synes at passe ind i denne udvikling. Det er ikke overraskende, at vi gennem fund i empirien kunne konkludere, at

rehabiliteringsteamet meget gerne ville associeres med genoptræningen, placeres i samme hus som dem og indgå i et samarbejde med dem, da de ønsker at genoptræningsområdets status smitter af på dem. Alt imens var rehabiliteringsteamet meget forbeholdent omkring et samarbejde og en fælles lokalitet med hjemmeplejen.

12.4 Det tværprofessionelle samarbejde med hjemmeplejen

I analyseafsnittet indgår et afsnit om hjemmeplejens syn på rehabiliteringsteamet. Men hvad plejen reelt mener om rehabiliteringstilgangen, i vores case-kommune, kan vi ikke sige noget om, da vi ikke interviewede plejen. I rapporten "Hverdagsrehabilitering og velfærdsinnovation i ældreplejens organisering" beskrives hvorledes, der er stor uenighed blandt visitationen, hverdagsrehabiliteringsteamet og hjemmeplejen om i hvor høj grad hjemmeplejen arbejder rehabiliterende. Ifølge rapporten oplever hjemmeplejen at arbejde ud fra en rehabiliterende tilgang i deres arbejde, mens visitationen og hverdagsrehabiliteringsteamsne oplever, at hjemmeplejen ikke arbejder rehabiliterende. Dette kan skyldes, at de forskellige faggrupper ikke har en forståelse for hinandens arbejdsvilkår (Bertelsen & Hansen, 2018: 122-123). Fund fra litteraturen beskriver hvorledes mere og bedre kommunikation, på tværs af instanserne, vil kunne bidrage til at skabe en bedre forståelse for hinandens arbejdsopgaver og arbejdsvilkår, og forhåbentlig være med til at danne en samlet fælles forståelsesramme for, hvad det vil sige at arbejde med hverdagsrehabilitering (Bertelsen & Hansen, 2018: 122-123). Om dette er tilfældet i vores case-kommune, kan vi ikke vide. Det er dog spændende at belyse hvorledes der, fra forskellige instanser, ses forskelligartede meninger om, hvordan andre arbejder ud fra en rehabiliterende tilgang. Kort sagt fortæller dette os, at der helt overordnet mangler forståelse for hinandens arbejdsvilkår og en bedre kommunikation på tværs af instanser, ville muligvis kunne fremme det tværprofessionelle samarbejde.

12.5 Udviskning af faggrænser og en stærk professionsidentitet

Til slut vil vi komme med en kort generel diskussion af hvorledes faggrænserne, på nogle områder, udviskes i det rehabiliterende arbejde. Denne ændring, med mindre fast opridsede faggrænser, bydes af nogle informanter velkommen, mens andre oplevede en større skepsis omkring bevægelsen fra specialist til generalist. Vi forestiller os, med denne tendens, en risiko for, at sundhedssystemet ender med at bestå af én stor gruppe sundhedsfaglige generalister, der ikke kan adskille sig synderligt fra hinanden, med et ønske om at de traditionelle professioner udviskes og bliver i stand til at overtage hinandens områder ved arbejdsgiverens behov, for at spare tid og penge. Vi ser allerede nu, hvorledes faggrupper pålægges at

udføre arbejde, udenfor deres specialer, udelukkende for at sikre driften. Dette ser vi med sygeplejersker på hospitaler, der bliver pålagt arbejde på afdelinger, som de ingen erfaring har indenfor. Eller terapeuter der må udføre plejeopgaver på f.eks. døgnrehabiliteringspladser, da ledelsen ikke kan få dækket plejeopgaverne af plejepersonalegrupper i knæ. Drift sættes over faglighed og arbejdsgiverne går efter en optimal udnyttelse af personaleressourcerne (Sommer og Andersen, 2021). Denne udvikling ses mange steder i sundhedsvæsenet, og kan ses som et symptom på manglen af sundhedsprofessionelle. Men når professionsgrænserne udviskes, påvirkes professionsidentiteten, og hvad dette vil betyde for professionerne i fremtiden i sundhedssystemet, kan vi kun gisne omkring.

13 Konklusion

Hverdagsrehabilitering er et ord på manges læber. Det er løst defineret og hver kommune kan opbygge det på sin egen måde, hvorfor studier af, hvordan opbygningen af afdelingerne påvirker arbejdet og samarbejdet mellem de sundhedsprofessionelle, er bydende. Vi kan konkludere, ud fra vores casestudie, af en tilfældigt udvalgt kommunes rehabiliteringsteam, at der internt i teamet findes spændende magtdynamikker og kampe om status. Disse dynamikker påvirker de sundhedsprofessionelles professionsidentiteter, deres interne tværprofessionelle samarbejde, men også samarbejdet eksternt med hjemmeplejen.

Gennem vores semi-strukturerede- og fokusgruppeinterviews er vi kommet frem til, at de sundhedsprofessionelle har forskellige forståelser af at arbejde med hverdagsrehabilitering, afhængigt af deres uddannelsesbaggrund; Ergoterapeutens forståelse læner sig meget op ad en træningsorienteret rehabiliteringstilgang, hvor borgeren selv skal udføre arbejdet. Derimod arbejder sygeplejersken og SOSU-assistenterne også ud fra en rehabiliteringstilgang, men med fokus på hjælp til selvhjælp, hvorved en grad af samspil med omsorgstilgangen også ses.

På trods af gensidig bekræftelse af hinandens faglighed i teamet, hersker der tydelige hierarkier mellem de forskellige professioner. Vi finder, at ergoterapeuten indtager den højeste rang i teamet, grundet sin uddannelsesmæssige baggrund, og at rehabilitering er en helt naturlig del af hendes arbejde. Hun har en konsulentlignende rolle, både internt i teamet, hvor hun kan uddelegere lavprofilsopgaver, men også en rolle i at videreformidle hverdagsrehabilitering til hjemmeplejegrupperne i kommunen.

Sygeplejersken har tydeligvis svært ved at finde sin plads i rehabiliteringsteamet, og det, at der ikke findes en endegyldig definition på, hvad rehabiliterende sygepleje er, er med til at vanskeliggøre andre faggruppers forståelse af vigtigheden af sygeplejeopgaver i et rehabiliteringsteam. Sygeplejersken er derved udfordret i at legitimere sin egen rolle i teamet, hvilket fører til at hun overvejende arbejder monofagligt.

Vi ser, at SOSU-assistenternes professionsidentitet ændres i arbejdet med rehabilitering; Inddragelsen af træningsopgaver i deres virke bidrager til, at SOSU-assistenterne får en særlig status i forhold til kollegaer i hjemmeplejegrupperne. For SOSU-assistenterne, giver det status at kunne varetage forskelligartede opgaver uden for egne faggrænser, hvorimod sygeplejersken og ergoterapeuten begge forsøger at holde fast i eget fagområde. Hvor sygeplejersken herved isoleres, grundet omsorgstilgangens lavere relevans for rehabiliteringen, opnår ergoterapeuten magt ved at fastholde ejerskab over kerneopgaven. Magten

bruger ergoterapeuten til at fremhæve vigtigheden af egen faggrænse og uddelegere lavt positionerede opgaver ned i hierarkiet.

Der ses højere status i arbejdet med rehabilitering end i hjemmeplejens omsorgsarbejde, dette er til dels politisk bestemt, gennem mængden af tid og ressourcer der allokeres. For rehabiliteringsteamet er tid letkøbt og til rådighed i deres forløb, hvorimod tid for hjemmeplejen er en mangelfuld ressource, idet hjemmeplejen er underlagt et effektiviseringskrav, gjort værre af medarbejdermangel. Derimod er hverdagsrehabilitering politisk prioriteret, idet det fremgår af loven, at alle kommuner i Danmark skal tilbyde hverdagsrehabilitering, med det langsigtede mål at gøre borgere i ældreplejen uafhængige af sundhedsvæsenet. Der ses dermed politisk en økonomisk gevinst ved det rehabiliterende arbejde, hvorfor ressourcer prioriteres hertil.

Vi ser en opfattelse af, at status smitter af gennem nærhed. Blandt informanterne er der et stort ønske om, at rehabiliteringsteamet skal være et lukket team, og at der absolut ingen interesse er i at være placeret i samme hus som hjemmeplejegrupperne. Derimod er der et udtalt ønske om at lokaliseres sammen med den kommunale genoptræning. Vi vurderer, at dette giver dem mulighed for at spejle sig i terapeuterne, som har en højere status, sammenlignet med hjemmeplejen.

Der ses dermed helt tydelige hierarkier i ældreplejen blandt sundhedsprofessionelle, både indenfor samme uddannelsesbaggrund, men også blandt sundhedsprofessionelle med forskellig uddannelsesmæssig baggrund. Den overvejende arbejdskraft i ældreplejen består af SOSU-assistenter og SOSU-hjælpere. Vi ser at paradigmeskiftet i ældreplejen, fra pleje og omsorg til træning og rehabilitering, i høj grad fører til udvikling af et A-hold og et B-hold indenfor den samme professionsgruppe. Rehabiliteringsteamet i vores case indtager pladsen som et A-hold, sammenlignet med hjemmeplejen, som altid vil rangere lavest og dermed placeres som et B-hold. Rehabiliteringsteamet vil, så længe de lukker sig om sig selv, opretholde deres magt og status i ældreplejen, hvis der fra politisk side fortsat er fokus og ressourcer til rehabilitering; Noget som hjemmeplejen kun kan drømme om.

14 Perspektivering

Specialets fokus har været centreret omkring rehabiliteringsteamets professionsidentiteter, magt og status. Men med dette valg har vi samtidig fravalgt et fokus på selve "hovedpersonerne" i hverdagsrehabiliteringen, nemlig de ældre og deres pårørende. Vi ønsker derfor at klarlægge et samfundsmæssigt perspektiv, der opstår i kølvandet på hverdagsrehabiliteringen, hvor rekrutteringsproblemer samt manglende ressourcer i den offentlige ældrepleje resulterer i, at de ældre, eller deres pårørende, må løfte en større del af læsset.

Som nævnt tidligere vil ældreområdet uundgåeligt gennemgå store forandringer over den kommende årrække. Et aldrende samfund, og mangel på medarbejdere, vil presse kommunerne og kvaliteten af hjemmeplejen. Eksempelvis har Silkeborg Kommune i skrivende stund hver 10. stilling i hjemmeplejen og på plejehjemmene ubesat (Olsen & Yding, 2022).

En umiddelbar glædelig nyhed er, at den andel af hjemmeboende ældre, der modtog hjemmepleje, er faldet fra 36 pct. i 2007 til 25% i 2017. Men dette fald skyldes ikke udelukkende at de ældre havde fået et bedre funktionsniveau, men også i høj grad, at de ældres pårørende varetog en større del af opgaverne (Rostgaard & Matthiessen, 2019: 6). Med disse tal *in mente* kan man diskutere, hvorledes hverdagsrehabilitering skaber en reel reduktion i behovet for hjemmehjælp, eller om der blot er sket en forskydning i ansvaret over mod den ældre og dennes pårørende.

I Danmark har vi været en del af det der kaldes nordisk universalisme, som betyder at ansvaret for bl.a. ældreplejen pålægges staten og ikke familien (Kamp & Hvid, 2012: 29). I artiklen "Nordic eldercare – weak universalism becoming weaker?" fremlægges et historisk og samfundsmæssigt perspektiv på en ældrepleje i forandring i de nordiske lande. Der skitseres en tendens mod en voksende privat sektor, som giver den ældre alternativer til de offentlige tjenester, og at dette kan medføre, at de økonomisk ressourcestærke borgere vil kunne købe sig til ekstra ydelser i ældreplejen. Denne mulighed vil de økonomisk ressourcetsvage ikke have i samme grad, og her vil den ældres pårørende i større grad skulle træde til (Szebehely & Meagher, 2018).

Når vi sammenligner os med vores nordiske naboer, er halvt så mange danske kvinder påvirket af plejeopgaver hos deres pårørende, som i Sverige og Finland. Her er det især kvinder i alderen 55-64 år der varetager opgaver hos deres ældre pårørende (Szebehely & Meagher, 2018). Der ses altså en tendens til, at det er kvinder i 50-60 årsalderen, som forventes at skulle løfte den største byrde, hvis dele af ældreplejen bliver overladt til de pårørende. Vi tænker, at dette både kan have en indflydelse på kvaliteten

i ældreplejen, hvis dele af plejen skal udføres af personer, der ikke er uddannet til opgaven, men det vil også have en stor betydning for kvinderne, hvis de i højere grad trækkes ud af arbejdsmarkedet for at passe de ældre.

Ifølge Bødker og Glasdam (2021: 87) påtager de pårørende sig meget arbejde hos den ældre, og de pårørende kompenseres, hvis den offentlige hjælp skulle reduceres til et niveau som ikke er acceptabelt for familien. Med en rehabiliteringstilgang ses der en neoliberal orientering om at den ældre, og dennes pårørende, til dels gøres ansvarlig for det arbejde staten tidligere varetog, hvilket kan ses som et udtryk for de-universalisering af ældreplejen.

I mange tilfælde har den ældre fundet på kreative løsninger til at klare sig i hverdagen, uden at få hjælp fra kommunen. Når disse løsninger ikke rækker mere, og kommunen skal vurdere et rehabiliteringspotentiale hos den ældre, vil det være meningsfuldt for den ældre, hvis dennes tidligere strategier blev indtænkt i opgaveløsningen. Hvis den ældre ikke har støvsuget i ti år, da de pårørende har varetaget dette, er det ikke sandsynligt, at den ældre kan trænes op til at støvsuge. Hvis kommunen presser på med afprøvning af diverse hverdagsaktiviteter, som den ældre oplever som værende umulige at udføre, kan det for den ældre føles som spild af tid eller i værste fald nedværdigende og ydmygende (Bødker & Glasdam, 2021: 87). Det kan ende med, at de pårørende påtager sig arbejdsopgaven igen, da kommunens serviceniveau bliver for ringe. Dette får os til at sætte spørgsmålstegn ved, hvad det er for en ældrepleje vi går i møde. Er det uundgåeligt at familien igen skal til at spille en større rolle i takt med at ældreplejen forringes?

Vi ser, at denne udvikling kan være begyndelsen på enden af det velfærdssystem, vi kender. Ældreplejen tager utvivlsomt stormskridt imod en usikker fremtid, og der er lige så mange løsningsforslag som der er politiske ståsteder. For tiden dominerer rehabiliteringstilgangen, som hyldes som vejen frem mod større uafhængighed og mere selvstændige ældre med højere livskvalitet. De sundhedsprofessionelle oplever at have medvind i rehabiliteringsprojektet, og de professionelle går derfor i den retning. Men hvorvidt rehabiliteringstilgangen, spændt for en besparelsesplan, er vejen mod en bedre ældrepleje, bør fortsat overvejes kritisk.

15 Litteraturliste

- Andersen, P. T. & Bak, C. K. (2020). Empowerment, brugerinddragelse og samskabelse i praksis. I: Andersen, P. T., Lau, C. B., & Andersen, H. M. (Red.), *Sundhedsfremme i kommuner og lokalsamfund: Mellem forskning, planlægning og praksis* (Kapitel 7). Hans Reitzel Forlag.
- Andersen M. H., Jørgensen L., Davidsen S. (2019). Litteratur- og informationssøgning i samfundsvidenskaberne. I: Kristensen, C. J. & Hussain M. A. (Red.), *Metoder i Samfundsvidenskaberne* (Kapitel 4). Samfundslitteratur.
- Atumidt, (u.å.). Deduktion, induktion og abduktion – note. *Akademiet for Talentfulde Unge*. Lokaliseret d. 24. maj 2022 på: https://atumidt.dk/sites/default/files/aktiviteter/forskningsstrategier_mc.pdf
- Beedholm K. & Frederiksen K. (2015). Professioner og værdier i bevægelse – når målet er det aktive patientskab. *Michael*, 12: 153–66.
- Bertelsen, T. M., & Hansen, M. B. (2018). *Hverdagsrehabilitering og velfærdsinnovation i ældreplejens organisering*.
- Bogicevic, I., Gjødsbøl, I. M., Jensen, A. M. B. (2021). Kvalitative interviews. I: Jensen, A. M. B. & Vallgård, S. (Red.), *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab* (Kapitel 3). Forfatterne og Munksgaard.
- Bourdieu, P. & Wacquant, L. (1996). *Refleksiv sociologi - mål og midler*. Oversat af: Silberbrandt, H. Hans Reitzels Forlag.
- Bæch, S. B. (2021). Rehabilitering: Borgerens motivation er drivkraften. *Sygeplejersken*, 4: 10-12.
- Bødker, M. N. & Glasdam, S. (2021). Ældrepleje i forandring - fra pleje og omsorg til ansvarliggørelse og hjælp til selvhjælp. *Klinisk Sygepleje*, 1(35): 81–91.
- Christoffersen, B. (2011). Tværfaglighed i rehabiliteringsprocessen. I: Hjortbak, B. R., Bangshaab, J., Johansen, J. S. Lund, H. (Red.), *Udfordringer til rehabilitering i Danmark* (Kapitel 8). Rehabiliteringsforum Danmark.
- Dalsgaard, C. T., Kjærgaard, M. & Lemvig, K. (2020). *Økonomisk styring af hjemmepleje og rehabiliteringsforløb*. VIVE og forfatterne.
- Damgaard, B. (2019). Fokusgrupper. I: Kristensen, C. J. & Hussain M. A. (Red.), *Metoder i Samfundsvidenskaberne* (Kapitel 8). Samfundslitteratur.
- Danske love (u.å.). *Serviceoven § 83 a*. Lokaliseret d. 10. februar 2022 på: <https://danskelove.dk/serviceoven/83a>
- Danske regioner (2019). *Flere ældre betyder flere patienter i sundhedsvæsenet*. Lokaliseret d. 19. april 2022 på: https://www.regioner.dk/media/11765/faktaark_flereaelre-uhi2.pdf
- Den danske ordbog (u.å.). *Ordinær*. Lokaliseret d. 5. maj 2022 på: <https://ordnet.dk/ddo/ordbog?query=ordin%C3%A6r>
- Douven, I. (2021). Abduction. *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Edward N. Z. (Red). Lokaliseret d. 23. Maj 2022 på: <https://plato.stanford.edu/archives/sum2021/entries/abduction/>

- Dybbroe, B. (2018). Professions sociologi - sundhedsprofessioner under pres. I: Andersen, P. T. & Timm, H. (Red.), *Sundhedssociologi En Grundbog* (Kapitel 10). Hans Reitzels Forlag.
- Ergoterapeutforeningen (2021). *Høring: Hvidbog om ny definition af rehabilitering*. Lokaliseret d. 10. februar 2022 på: <https://www.etf.dk/aktuelt/nyheder/hoering-hvidbog-om-ny-definition-af-rehabilitering>
- Flyvbjerg, B. (2015). Fem misforståelser om casestudiet. I: Brinkmann, S. & Tanggaard, L. (Red.) *Kvalitative metoder en grundbog* (Kapitel 22). Hans Reitzels Forlag.
- Gamborg, G. (2011). Forord. I: Hjortbak, B. R., Bangshaab, J., Johansen, J. S. & Lund, H. (Red.). *Udfordringer til rehabilitering i Danmark*. Rehabiliteringsforum Danmark.
- Goul, P. & Andersen, L. E. (2019). Ergoterapeut. I: Hjermitzlev, H. H. (Red.). *Velfærdsprofessioner* (Kapitel 6). DJØF/Jurist- og Økonomforbundets Forlag.
- Gulløv, J. M. (2017). Tværprofessionelt samarbejde mellem autonomi og styring. *Tidsskrift for Professionsstudier*, 13 (25): 6-13.
- Hansen, A. M. (2018). Rehabiliterende kropsarbejde i hjemmeplejen. *Tidsskrift for Arbejdsliv*, 18(2):26-40
- Hansen, A. M. & Kamp, A. (2018). From Carers to Trainers: Professional Identity and Body Work in Rehabilitative Eldercare. *Gender, Work and Organization*, 25: 63-76.
- Hjort, K. (2006). Diskursen om kompetenceudvikling. *Nordisk Pedagogik*, 26: 333-345.
- Hjort, K. (2014). Det affektive arbejde. *Klinisk Sygepleje*, 28 (3): 9-17.
- Hulgård, E. (2015). Tværprofessionelt samarbejde. I: Gravesen, D. T. (Red.), *Pædagogik: introduktion til pædagogens grundfaglighed*, 18. Systime.
- Høiris, O. (1993). Pierre Bourdieu og antropologi. *Jordens Folk*, 28(2).
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet. (2005). *Kommunalreformen - kort fortalt*.
- Jensen, J. B., Tofteng, D. & Gunnarsson, E. (2018). Tema: Hvilke typer viden er der brug for i professionerne, og hvilke typer forskning er nødvendige? *Forskning og Forandring*, 1(2): 1-4.
- Jensen M. D., Kvist J., (2019). Hvordan laver man en stærk analysestrategi? I: Kristensen, C. J. & Hussain M. A. (Red.), *Metoder i Samfundsvidenskaberne* (Kapitel 3). Samfundslitteratur.
- Juul S. & Pedersen K. B. (2012). Videnskabsteoretiske retninger og projektarbejde. I: Juul S. & Pedersen K. B. (Red.), *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori en indføring* (Kapitel 11). Hans Reitzels Forlag.
- Juul, S. (2012). Hermeneutik. I: Juul S. & Pedersen K. B. (Red.), *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori en indføring* (Kapitel 4). Hans Reitzels Forlag.
- Kamp, A. & Hvid, H. (2012). *Elderly care in transition: Management, meaning and identity at work: a Scandinavian perspective*. Copenhagen Business School Press.
- Kjeldsen, S. B. (2017). Sygeplejersker kan løfte hverdagsrehabilitering i ældreplejen. *Sygeplejersken*, 7: 23-23.

- Kjeldsen, S. B. (2022). Hvidbog om rehabilitering skaber et fælles sprog. *Danske Sygeplejeråd*. Lokaliseret d. 17. maj 2022 på: <https://dsr.dk/fag-og-forskning/nyhed/hvidbog-om-rehabilitering-skaber-et-faelles-sprog>
- Kjellberg, P. K., Hauge-Helgestad A., Madsen, M. H. & Rasmussen, S. R. (2013a). Kortlægning af kommunernes erfaringer med rehabilitering på ældreområdet. *Socialstyrelsen*.
- Kjellberg, P. K., Kjellberg, J. & Ibsen, R. (2013b). Længst Muligt i Eget Liv og hverdagsrehabilitering. Erfaringer fra Fredericia Kommune. *Gerontologi*, 29(1)
- Kjellberg P. K., Graff, L. (2017). Sygeplejerskernes rolle i rehabilitering i ældreplejen. Hvad kan vi lære af danske studier? *Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning*. Kora.
- Kristensen, C. J. (2019a). Forskningsetik i samfundsvidenskaberne. I: Kristensen, C. J. & Hussain M. A. (Red.), *Metoder i Samfundsvidenskaberne* (Kapitel 5). Samfundslitteratur.
- Kristensen, C. J. (2019b). Shadowing – observationer af enkeltpersoners praksis. I: Kristensen, C. J. & Hussain M. A. (Red.), *Metoder i Samfundsvidenskaberne* (Kapitel 12). Samfundslitteratur.
- Kristensen, J.E. (2014). Velfærdsprofessioner i konkurrencestaten: i lyset af velfærdspolitikens omkalfatring. I: *Professioner under pres: Status, viden og styring*. Via Systime.
- Kvale, S. (1997). *Interview. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview*. Hans Reitzels Forlag.
- Larsen, K. (2010). Pierre Bourdieu. I: Andersen, P. T. & Timm, H. (Red.). *Sundhedssociologi – en grundbog* (Kapitel 3). Hans Reitzels Forlag.
- Larsen, K. (2021). Bourdieu – centrale begreber. *Sundhedskapital. Investeringer i kroppen* (Kapitel 3). Samfundslitteratur.
- Lehn-Christiansen, S. (2016). *Tværfagligt samarbejde i sundhedsfaglig praksis*. Munksgaard.
- Limborg, H. J. & Albertsen, K. (2013). Sygeplejersker skal spille en aktiv rolle i hverdagsrehabiliteringen. *Sygeplejersken*, 8: 77-79.
- Martinsen, B. & Norlyk, A. (2011). Tre kvalitative forskningstilgange. *Sygeplejersken*, 12: 64-68.
- Oliver, C. (2013). Social Workers as Boundary Spanners: Reframing our Professional Identity for Interprofessional Practice. *Social Work Education*, 32(6): 773–784.
- Olsen, T. L. & Yding, H. (2022). Skal pårørende tage mere ansvar for omsorg af ældre? Mangel på hænder får flere til at foreslå det. *Danmarks Radio*. Lokaliseret d. 2. februar 2022 på: <https://www.dr.dk/nyheder/regionale/oestjylland/skal-paaroeerende-tage-mere-ansvar-omsorg-af-aeldre-mangel-paa-haender>
- Pedersen, O. K. (2011). *Konkurrencestaten*. Hans Reitzels Forlag.
- Pedersen, K. B. (2012). Socialkonstruktivisme. I: Juul S. & Pedersen K. B. (Red.), *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori en indføring* (Kapitel 6). Hansen Reitzels Forlag.
- Petersen O. H. & Triantafillou P. (2019). Udarbejdelse af problemstillinger og problemformuleringer i samfundsvidenskabelige universitetsopgaver. I: Kristensen, C. J. & Hussain M. A. (Red.), *Metoder i Samfundsvidenskaberne* (Kapitel 2). Samfundslitteratur.

- Poulsen, B. (2019). Semistrukturede interviews. I: Kristensen, C. J. & Hussain M. A. (Red.), *Metoder i Samfundsvidenskaberne* (Kapitel 6). Samfundslitteratur.
- Prokofyeva, E. & Krohne, K. (2020). Helsefagsarbejderes erfaringer med hverdagsrehabilitering. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 6(3): 1-11. Universitetsforlaget.
- Rostgaard T. & Matthiessen M.U. (2019). Hjælp til svage ældre. *VIVE – viden til velfærd. Det nationale forsknings- og analysecenter for velfærd*. VIVE og forfatterne.
- Schmidt, C. H. (2022). Hermeneutik. Lokaliseret d. 10. maj på: <https://laeremiddel.dk/viden-og-vaerktoejer/videnskabsteori/videnskabsteoretiske-retninger/hermeneutik/>
- Schmidt, L. & Dyhr, L. (2004). Det kvalitative forskningsinterview. I: Koch, L. & Vallgård, S. (Red.). *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab* (Kapitel 2). Munksgaard Danmark.
- Social- og Indenrigsministeriets Benchmarkingenhed. (2019). *Rehabilitering på ældreområdet efter § 83a i serviceloven*.
- Sommer, C. & Andersen, K. J. (2021). DSR: Drop generaliseringen af specialerne. Lokaliseret d. 22. maj 2022 på: <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-2021-5/dsr-drop-generaliseringen-af-specialerne>
- Statsministeriet, (2022). Mette Frederiksens nytårstale 1. januar 2022. Lokaliseret den. 26. januar på: <https://www.stm.dk/statsministeren/taler/mette-frederiksens-nytaarstale-1-januar-2022/>
- Szebehely, M., & Meagher, G. (2018). Nordic eldercare – Weak universalism becoming weaker? *Journal of European Social Policy*, 28(3): 294–308.
- Thualagant, N. (2019). Kontekstualiserede casestudier. I: Kristensen, C. J. & Hussain M. A. (Red.), *Metoder i Samfundsvidenskaberne* (Kapitel 21). Samfundslitteratur.
- Tram, E. (2021). Færre ansøgere til sygeplejerskeuddannelsen. Lokaliseret d. 27. april 2022 på: <https://dsr.dk/politik-og-nyheder/nyhed/faerre-ansoegere-til-sygeplejerskeuddannelsen>
- Uddannelses- og forskningsministeriet. (2014). *Den danske kodeks for integritet i forskning*.
- Wackerhausen, S. (2009). Collaboration, professional identity and reflection across boundaries. *Journal of Interprofessional Care*, 23(5): 455–473.
- Wulff, C. (2017). Hjælp til selvhjælp i stedet for omsorg og pleje. *VIVE. Det nationale forsknings- og analysecenter for velfærd*. Lokaliseret d. 14. maj 2022 på: <https://www.vive.dk/da/udgivelser/hjaelp-til-selvhjaelp-i-stedet-for-omsorg-og-pleje-12297/>

16 Bilagsoversigt

Bilag 1. interviewguide

Bilag 2. Informationsbrev til vores informanter

Bilag 3. Observationsnoter fra fokusgruppeinterviewet

Bilag 4. Transskriptioner af de individuelle interviews

Bilag 5. Transskription af fokusgruppeinterviewet